

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

Nro	Lähde	Vuosi	Kohderyhmä P=potilas H=hoitaja O=omainen A=asiakirja K=koehenkilö L=lääkäri	Aineiston keruu (k), käytetyt mittarit ja analyysi (a)	Keskeiset tulokset	Tutkimus- asetelma	Näytön aste
3.	Shea R, Brooks JA, Dayhoff NE & Keck J. 2002. Pain intensity and postoperative pulmonary complications among the elderly after abdominal surgery. Heart & Lung 31(6), 440-449.	2002	P n=86	k=kysely NRS potilasasiakirjat a=tilastollinen analyysi	Potilailla, jotka arvioivat kipunsa voimakkuuden korkeammaksi, esiintyi muita useammin keuhkokomplikaatioita, he liikkuivat muita vähemmän ja olivat sairaalassa pidempään verrattuna niihin potilaisiin, joiden kipu oli hallinnassa.	Kuvaileva määrällinen	C
6.	Hamunen K & Kalso E 2009. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kipulääkityksen tarve ovat yksilölliset. Teoksessa Kalso E & Vainio A. (toim.) 2009. Kipu. Duodecim, Helsinki.	2009	-	-	Kivuliaimpia toimenpiteitä olivat isot polvi- ja olkapääleikkaukset, keuhko- ja ylämahaleikkaukset sekä munuaisiin kohdistuvat leikkaukset.	Asiantuntija lausunto	D
14.	Asetus 2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Valtion säädöstietopankki. Saatavilla: http://www.finlex.fi .	2009	-	-	Asetusta sovelletaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimiseen ja hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen.	Asiantuntija lausunto	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

19.	Crowe L, Chang A, Fraser JA, Gaskill D, Nash R & Wallace K. 2008. Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. International Journal of Evidence Based Healthcare 6, 396-430.	2008	A n=29 (n=9 meta-analyysi n=20 narratiivinen)	k=kirjallisuuskatsaus Allied and Complementary Medicine CINAHL Cochrane library DARE EMBASE Ingenta MEDLINE PsychINFO PubMed Web of Science a=tilastollinen analyysi	Hoitotyön postoperatiivisen kivun lieventämiseen tarkoitetuilla interventioilla (kipulääkitykseen liittyvät hallinnolliset toimenpiteet, preoperatiivinen potilasohjaus, kivun arviointi ja dokumentointi, protokollat ja hoitoketjut/polut sekä ei-farmakologiset interventiot, kuten hieronta ja rentoutus) ei todettu olevan selkeää hyötyä normaaliin hoitoon tai muihin hoitotyön interventioihin verrattuna. Hyötyä muihin interventioihin verrattuna todettiin olevan vain yksittäisissä tutkimuksissa.	Järjestelmällinen katsaus	B
20.	Watt MC, Stewart SH, Lefaivre MJ & Uman LS. 2006. A brief cognitive- behavioral approach to reducing anxiety sensitivity decreases pain- related anxiety. Cognitive Behaviour Therapy 35(4), 248–256.	2006	K n=221	k=kysely ASI PASS-20 a=tilastollinen analyysi	Ohjaus, joka lisäsi potilaan valmiuksia tunnistaa kognitioiden (mieli, käsitykset jne) vaikutusta kipukäyttäytymiseen, vähensi kipuun liittyvää pelkoa.	Kvasiko-keellinen	C
21.	Cheung LH, Callaghan P & Chang AM. 2003. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. International Journal of Nursing Studies 40(2), 207–216.	2003	P n=48 kontrolliryhmä n=48 interventio-ryhmä	k=kysely C-STAI VAS CPSQ kipulääkitys a=tilastollinen analyysi	Kognitiivisten selviytymiskeinojen (negatiivisten käsitysten tietoinen kääntäminen positiiviksi) opettaminen vähensi kohdunpoistoon tulleiden potilaiden kokemaa ahdistusta ja kipua ja lisäsi tyytyväisyyttä hoitoon.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

22.	Callaghan P, Yuk-Lung C, Yao KY, Chan SL. 1998. Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). <i>Journal of Advanced Nursing</i> 28(3), 576–583.	1998	P n=15 kontrolliryhmä n= 15 interventio- ryhmä	k=kysely C-STAI PSQ kipulääkitys a=tilastollinen analyysi	Potilaat, jotka saivat tehostettua ohjausta eturauhasen toiminnasta, sen liikakasvusta, TURP-leikkauksen tarkoituksesta, leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja seksuaalielämästä, olivat vähemmän ahdistuneita leikkauksen jälkeen verrattuna normaaliohjauksen saaneisiin.	Kvasiko- keellinen	C
23.	Lithner M & Zilling T. 2000. Pre- and postoperative information needs. <i>Patient Education and Counseling</i> 40(1), 29–37.	2000	P n=50	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Sappileikkaukseen tulleet potilaat halusivat eniten tietoa ahdistusta aiheuttavista asioista, kuten kivusta ja leikkauksen jälkeisistä oireista. Tietoa haluttiin sekä suullisesti että kirjallisesti.	Kuvaileva määrällinen	C
24.	Lilja Y, Rydén S & Fridlund B. 1998. Effects of extended preoperative information on perioperative stress: an anaesthetic nurse intervention for patients with breast cancer and total hip replacemt. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 14(6), 276–282.	1998	P n=50 kontrolliryhmä n=44 interventio- ryhmä	k=kysely S-Kortisoli HADS VAS a=tilastollinen analyysi	Ohjauksen sisältöön ja määrään on kiinnitettävä huomiota, sillä ohjaus saattoi lisätä potilaan ahdistusta.	Kuvaileva määrällinen	C
25.	Wong EM-L, Chan SW-C & Chair S-Y. 2010. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 66(5), 1120-1131.	2010	P n=125 (n=63 kontrolliryhmä n=62 interventio- ryhmä)	k=haastattelut, potilasasiakirjat VAS STAI (kiinalainen versio) C-SES (kiinalainen versio) kipulääkkeiden käyttö sairaalassaoloaika a=tilastollinen analyysi	Kivun hallintaan liittyvä potilasohjaus (sis. tietoa kivusta ja kipulääkityksestä sekä hengitysrentoutumisharjoituksia) voi vähentää kipua ja ahdistusta sekä lisätä itsepystyvyyttä sairaalassaoloaikana. Vielä 3 kuukauden kohdalla koeryhmällä todettiin ahdistuksen tason olevan kontrolliryhmää matalampi.	Kvasiko- keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

26.	Guo P, East L & Arthur A. 2012. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies 49, 129-137.	2012	P n=153 randomisoitu/ 135 analysoitu (n=76 -> 68 pudokkaiden jälkeen interventio-ryhmässä n=77 -> 67 pudokkaiden jälkeen kontrolliryhmässä)	k=kysely, potilasasiakirjat HADS BPI-sf teho-osastolla oloaika postopreatiivinen sairaalassaoloaika a=tilastollinen analyysi	Preoperatiivinen kirjallinen ja 15-20 minuuttia kestävä suullinen ohjaus voi vähentää ahdistusta ja masennusta sydänleikkauspotilaille tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Tämä voi lisäksi vähentää nukkumista häiritsevän kivun kokemista ja lyhentää teho-osastolla oloaika.	Kokeellinen (RCT)	B
27.	McDonald S, Hetrick SE & Green S. 2008. Pre-operative education for hip or knee replacement (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.	2008	A n=9 tutkimusta	K=kirjallisuus-katsaus the Cochrane Central Register of Controlled Trials MEDLINE EMBASE CINAHL PsychINFO PEDro a=tilastollinen analyysi	Ennen lonkan tai polven tekonivelleikkausta toteutettava potilasohjaus saattaa vähentää leikkausta edeltävää ahdistusta. Yksilöllisesti toteutettu ohjaus saattaa edistää paranemista niillä potilailla, jotka ovat tuen tarpeessa tai joilla on liikkumisen kansa vaikeuksia. Näyttö on kuitenkin heikkoa.	Meta-analyysi	A

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

28.	Lin LY & Wang RH. 2005. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. Journal of Advanced Nursing 51(3), 252–260.	2005	P n=30 kontrolliryhmä n=32 interventio- ryhmä	k=kysely VASA (Visual Analogue Scale for Anxiety) American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (7 kohtaa) BPI a=tilastollinen analyysi	Potilailla, jotka saivat ohjausta kivun vaikutuksista, kivun hoidon merkityksestä, varhaisen liikkeellelähdon hyödyistä, lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ja kivunhoidon tavoitteesta, ja joita rohkaistiin kertomaan kivunhoidon tarpeestaan, kipu oli paremmin hallinnassa verrattuna kontrolliryhmään.	Kvasiko- keellinen	C
29.	Goldsmith DM & Safran C. 1999. Using the Web to reduce postoperative pain following ambulatory surgery. Proceedings. AMIA Annual Symposium, 780–784.	1999	P n=195	k=kysely itse kehitetty mittari VAS a=tilastollinen analyysi	Potilailla, jotka saivat internetin kautta annettua tehostettua ohjausta päiväkirurgisesta hoitoprosessista, kipulääkityksestä ja kivunhoidon toteutuksesta kotona, kipu oli paremmin hallinnassa verrattuna kontrolliryhmään.	Kuvaileva määrällinen	C
30.	Chen HH, Yeh M-L & Yang H-J. 2005. Testing the impact of a multimedia video CD of patient-controlled analgesia on pain knowledge and pain relief in patients receiving surgery. International Journal of Medical Informatics 74(6), 437–445.	2005	P n=30 kontrolliryhmä n=30 interventio- ryhmä	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Tehostettua videovälitteistä ohjausta saaneet polviproteesileikkaukseen tulleet potilaat tiesivät enemmän kivusta, saivat paremman kivunlievityksen ja osasivat paremmin hyödyntää PCA- tekniikkaa (PCA I. patient controlled analgesia, potilaan itse annosteleva kipulääkitys) kipunsa hoidossa, kuin kontrolliryhmä. Ohjauksessa kerrottiin PCA- tekniikan käytöstä, lääkkeistä ja kivunhoidon tavoitteista.	Kvasiko- keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

31.	Knoerl DV. 1999. Preoperative PCA teaching program to manage postoperative pain. MEDSURG Nursing 8(1), 25–35.	1999	P n=76	k=kysely NRS tyytyväisyyskysely kipulääkityksen määrä a=tilastollinen analyysi	Strukturoitu videovälitteinen ohjaus PCA-tekniikasta ja PCA- tekniikan harjoittelu lisäsivät potilaiden tietoa kyseisestä kivunhoitomenetelmästä. Potilaat asennoituivat kipulääkkeisiin myönteisemmin, he kokivat harvemmin sietämätöntä kipua ja he olivat tyytyväisempiä kivunhoitoonsa verrattuna kontrolliryhmään.	Kuvaileva määrällinen	C
32.	Kearney M, Jennrich MK, Lyons S, Robinson R & Berger B. 2011. Effects of Preoperative Education on Patient Outcomes After Joint Replacement Surgery. Orthopaedic Nursing 30(6), 391-396.	2011	P n=150 (n=73 kontrolliryhmä n=77 interventio- ryhmä)	k=kysely, potilasasiakirjat, puhelinhaastattelu odotetun kivun voimakkuus kyky hallita kipua kokemus leikkaukseen valmistautumisesta komplikaatioita vähentävien harjoitteiden suorittaminen a=tilastollinen analyysi	Polven tai lonkan tekonivelleikkausta edeltävää potilasohjausta saaneet potilaat kuvailivat olevansa paremmin valmistuneita leikkaukseen ja kokivat leikkauksen jälkeisen kivun olevan paremmin hallittavissa kuin ei ohjausta saaneet. Ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa sairaalassaoloajan, kivun tason, kävelykyvyn tai komplikaatioiden suhteen.	Kuvaileva määrällinen	C
33.	Reynolds MAH. 2009. Postoperative pain management discharge teaching in a rural population. Pain Management Nursing 10(2), 76-84.	2009	P n=146 (n=59 kontrolliryhmä n=87 interventio- ryhmä)	k=kysely PPQ BPI kipupäiväkirja (sis. Numeric Rating Scale) a=tilastollinen analyysi	Kivun hoitoon liittyvä potilasohjaus voi parantaa kivun hallintaa postoperatiivisesti. Potilasohjausta saaneet kokivat vähemmän kipua ja vähemmän päivittäisiä aktiviteetteja häiritsevää kipua.	Kvasiko- keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

34.	Niemi-Murola L, Pöyhiä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A & Niemi TT. 2007. Patient satisfaction with postoperative pain management—effect of preoperative factors. Pain Management Nursing 8(3), 122–129.	2007	P n=77 H n=63	k=kysely Itse kehitetty kysely a=tilastollinen analyysi	Pre-operatiivisella poliklinikkakäynnillä annettu ohjaus kivun arvioinnista ja hoitomenetelmistä lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon.	Kuvaileva määrällinen	C
35.	Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N & Asplund K. 2003. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Education and Counseling 51(2), 169–176.	2003	P n=30 kontrolliryhmä n=30 koeryhmä	k=kysely VAS DPI (Daily Pain Index) kipulääkemäärä a=tilastollinen analyysi	Tehostettua ohjausta saaneet ortopediseen leikkaukseen tai verisuonileikkaukseen tulleet potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa kivunhoitoon, kivun voimakkuus laski nopeammin ja ahdistus oli lievempää. Ohjauksessa korostettiin potilaan omaa aktiivisuutta kivunhoidossa (esim. milloin kivusta pitää kertoa hoitohenkilökunnalle), hyvän kivunlievityksen hyötyjä, ennakoivan lääkityksen merkitystä ja fysioterapian merkitystä toipumisessa.	Kvasiko-keellinen	C
36.	Sherwood GD, McNeill JA, Starck PL & Disnard G. 2003. Changing acute pain management outcomes in surgical patients. AORN 77(2), 374–390.	2003	P n=277+263	k=kysely American Pain Society patient outcome questionnaire potilasasiakirjat a=tilastollinen analyysi	Potilaat, joiden kanssa keskusteltiin kivunhoidon tärkeydestä heidän sairaalassa ollessaan, olivat muita tyytyväisempiä hoitoonsa. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon, vaikka olivat kokeneet kohtalaista tai kovaa kipua sairaalassa. Potilaat eivät kertoneet oma-aloitteisesti kivustaan eivätkä pyytäneet apua.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

37.	Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS & Gan TJ. 2003. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 97(2), 534–540.	2003	P n=250	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Potilaat tarvitsivat asiallista tietoa kipulääkkeistä ja niiden käytöstä, sillä he pelkäävät kipulääkeriippuvuutta sekä kipulääkkeistä johtuvia sivuvaikutuksia. Potilaiden mielestä kipua kuuluu kestää. Potilaat kokivat kohtalaista, kovaa tai erittäin kovaa kipua kotona toimenpiteen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C
38.	Tracy S, Dufault M, Kogut S, Martin V, Rossi S & Willey-Temkin C. 2006. Translating best practices in nondrug postoperative pain management. <i>Nursing Research Volume</i> 55(2) S57–67.	2006	P n=137	k=kysely NDCPI (Non-Drug Complementary Pain Interventions Survey =itse kehitetty mittari MBSS (Miller Behavioral Style Scale) a=tilastollinen analyysi	Tieto erilaisista kivun hoitomenetelmistä (musiikki, hieronta, mielikuvittelu) muutti potilaiden asenteita myönteisemmiksi näitä menetelmiä kohtaan. Tiedon lisääntymisen myötä menetelmien käyttö lisääntyi.	Kuvaileva määrällinen	C
39.	Larue F, Fontaine A & Brasseur L. 1999. Evolution of the french public's knowledge and attitudes regarding postoperative pain, cancer pain, and their treatments: two national surveys over a six-year period. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 89, 659–664.	1999	K n= 2006	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Tiedotusvälineet ovat lisänneet potilaiden tietoisuutta kivusta ja sen hoidosta. Ihmisten asenteet leikkauksen jälkeistä opiaattien käyttöä kohtaan ovat muuttuneet hyvää kivunhoitoa tukeviksi. Potilaiden lisääntynyt tietoisuus kivunhoidon mahdollisuuksista edellyttää hoitohenkilökuntaa tarjoamaan asianmukaista, täsmällistä ja yksilöllistä tietoa.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

40.	Juarez G, Cullinane CA, Borneman T, Falabella A, Ferrell BR, Wagman LD & Lew M. 2005. Management of pain and nausea in outpatient surgery. Pain Management Nursing 6(4), 175–181.	2005	P n=39	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Potilaat eivät ottaneet kipulääkkeitä tarpeeksi, koska he pitivät lääkkeitä vaarallisina. Potilaiden tulisi saada enemmän tietoa myös sivuvaikutusten hoidosta.	Kuvaileva määrällinen	C
41.	Heikkinen K, Leino-Kilpi H, Nummela T, Kaljonen A & Salanterä S. 2008. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. Patient Education and Counseling 73 (2), 272–279.	2008	P n=75 kontrolliryhmä n=72 interventio- ryhmä	k=strukturoidut kyselyt Knowledge test (KT), Sufficiency of Knowledge (SoK), Orthopaedic Patient Knowledge Instrument (OPKQ) a=tilastollinen analyysi	Potilaiden tietomäärä lisääntyi molemmissa ryhmissä. Internet ohjausta saaneiden potilaiden eettinen ja toiminnallinen tiedon määrä sekä tiedon määrä kokonaisuudessa lisääntyi kontrolliryhmään verrattuna. Sekä internet perustaisella että kasvotusten toteutetulla potilasohjauksella voidaan lisätä potilaan tiedon riittävyttä ja määrää, jonka avulla edistää potilaan voimaantumista.	Kokeellinen (RCT)	B
42.	Heye ML, Foster L, Bartlett MK & Adkins S. 2002. A preoperative intervention for pain reduction, improved mobility, and self-efficacy. Applied Nursing Research 16(2), 174–183.	2002	P n=35 kontrolliryhmä n=35 interventio- ryhmä	k=kysely PSES (The Preoperative Self- Efficacy Scale) PAR (The Postoperative Accomplishment Report) a=tilastollinen analyysi	Tehostettua videovälitteistä ohjausta saaneet kohdunpoistoon tulleet potilaat kokivat vähemmän kipua, uskalsivat liikkua aktiivisemmin ja kotiutuivat aikaisemmin. Ohjauksessa neuvottiin hengitystekniikoita ja annettiin ohjeita leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen.	Kvasiko- keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

43.	McDonald DD. 1999. Postoperative pain after hospital discharge. <i>Clinical Nursing Research</i> 8(4), 355–367.	1999	P n=30	k=haastattelu a=laadullinen analyysi	Potilaat tarvitsevat ohjausta kivusta ja sen hoidosta, sillä leikkauksen jälkeen kotiutuneilla potilailla havaittiin kipua, heillä oli kipuun ja komplikaatioihin liittyviä pelkoja sekä lääkityksestä johtuvia sivuvaikutuksia. Potilaat toteuttivat lääkitystä epäsäännöllisesti. Kipu häytti myös liikkumista ja nukkumista.	Kuvaileva laadullinen	D
44.	Ochsner KN, Ludlow DH, Knierim K, Hanelin J, Ramachandran T, Glover GC & Mackey SC. 2006. Neural correlates of individual differences in pain-related fear and anxiety. <i>Pain</i> 120, 69–77.	2006	K n=13	k=kysely kliiniset tutkimukset ASI, FPQ Kysely, fMRI a=tilastollinen analyysi MRI kuvien analyysi	Kipukokemuksen aikana kivun prosessointiin osallistuvien aivoalueiden aktivoituminen korreloi sekä FPQ (fear of pain) että ASI (anxiety sensitivity index) arvojen kanssa.	Kuvaileva määrällinen	C
45.	Sastre MTM, Albaret M-C, Escursell RMR & Mullet E. 2006. Fear of pain associated with medical procedures and illnesses. <i>European Journal of Pain</i> 10 (1), 57–66.	2006	K n=573	k=kysely FPQ (suppea) EPSQ (Exposure to Painful Situations Questionnaire) a=tilastollinen analyysi	Aikaisempi altistuminen kivulle lisäsi toimenpiteisiin ja pistämiseen liittyvää pelkoa.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

46.	George SZ, Dannecker EA & Robinson ME. 2006. Fear of pain, not pain catastrophizing, predicts acute pain intensity, but neither factor predicts tolerance or blood pressure reactivity: An experimental investigation in pain-free individuals. <i>European Journal of Pain</i> 10(5), 457–465.	2006	K n=66	k=kysely STAI (Stai-Trait Anxiety Questionnaire) FPQ-III (Fear of Pain Questionnaire) CSQ (Coping Strategies Questionnaire) VAS NRS a=tilastollinen analyysi	Koehenkilöt, jotka pelkäsivät kipua etukäteen, kokivat ja ilmaisivat akuutin kivun voimakkaampana.	Kvasiko-keellinen	C
47.	Asmundson GJG & Carleton, NR. 2005. Fear of pain is elevated in adults with co-occurring trauma- related stress and social anxiety symptoms. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> 34(4), 248–255.	2005	K n=80	k=kysely PTSD PLC-C PFNE TRS/SAS a=tilastollinen analyysi	Koehenkilöt, joilla oli traumaattisiin kokemuksiin liittyvää ahdistusta tai sosiaalisia ahdistusoireita, pelkäsivät kipua muita enemmän.	Kvasiko-keellinen	C
48.	Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S & Mayes LC. 2000. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy: A repeated-measures design. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> 49, 417–422.	2000	P n=53	k=kysely STAI MBSS PSS SF-MPQ VAS a=tilastollinen analyysi	Potilaat, jotka olivat ahdistuneita ennen kohdunpoistoleikkausta, ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen kuin muut potilaat.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

49.	Katz J, Poleshuck EL, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI & Dworking RH. 2005. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. Pain 119, 16–25.	2005	P n=114	k=kysely NRS BDI STAI HDARS FACT-E a=tilastollinen analyysi	Potilaat, jotka olivat ahdistuneita ennen rintasyöpäleikkausta, ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen kuin muut potilaat.	Kuvaileva määrällinen	C
50.	Özalp G, Sarioglu R, Tuncel G, Aslan K & Kadiogullari N. 2003. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 47(1), 26–29.	2003	P n=99	k=kysely VAS STAI BDI a=tilastollinen analyysi	Potilaat, jotka olivat ahdistuneita ennen rintasyöpäleikkausta, ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen kuin muut potilaat.	Kuvaileva määrällinen	C
51.	Carr E. 2001. Impact of postoperative pain on patient experience and recovery. Professional Nurse 17(1), 37-40.	2001	P n=85	k=kysely, puolistrukturoitu haastattelu HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) BPI a=tilastolliset ja laadulliset analyysit	Kohdunpoiston jälkeen ahdistuneet potilaat ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

52.	Gillies ML, Smith LN & Parry-Jones WL. 1999. Postoperative pain assessment and management in adolescents. <i>Pain</i> 79(2–3), 207–215.	1999	P n=351 H n=157	k=kysely, haastattelu HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) APPT (Adolescent Paediatric Pain Tool) OSIQ-R (Offer Self-Image Questionnaire-Revised) VAS a=tilastollinen analyysi	Yleiskirurgisen, gynekologisen, korva-nenä-kurkkutautien, ortopedisen, plastiikka- ja suukirurgisen toimenpiteen jälkeen ahdistuneet potilaat ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C
53.	Granot M & Ferber SG 2005. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. <i>Clinical Journal of Pain</i> 21(5), 439–445.	2005	P n=38	k=kysely PCS (The Pain Catastrophizing Scale) STAI (State-Trait Anxiety Inventory) VAS a=tilastollinen analyysi	Tyrä- ja sappileikkauksen jälkeen ahdistuneet potilaat ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C
54.	Nelson FV, Zimmerman L, Barnason S, Nieveen J & Schmaderer M. 1998. The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 15(2), 102–109.	1998	P n=96	k=kysely MPQ PPI PRIA STAI a=tilastollinen analyysi	Ohitusleikkauksen jälkeen ahdistuneet potilaat ilmaisivat voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

55.	Carr EC, Thomas VN & Wilson-Barnet J. 2005. Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 42(5), 521–530.	2005	P n=85	k=kysely, haastattelu BDI HADS (Hospital anxiety and depression scale) a=tilastollinen analyysi	Ahdistus ja masennus vaikuttivat potilaan kipukokemukseen gynekologisen leikkauksen jälkeen. Ahdistuneet potilaat kokivat kivun muita kovempaan.	Kuvaileva määrällinen	C
56.	Tang J & Gibson SJ 2005. A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. <i>The Journal of Pain</i> 6(9), 612–619.	2005	K n=117	k=kyselytutkimus STAI-X2 VAS a=tilastollinen analyysi	Kokeellisessa tutkimuksessa koehenkilöt kokivat ahdistuksen lisääntymisen myötä kovempaa kipua.	Kvasiko-keellinen	C
57.	Manias E. 2003. Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 41(6), 585–594.	2003	H n=6	k=havainnointi a=laadullinen analyysi	Vatsan alueen leikkauksessa olleiden potilaiden kivun ja pelon hoitamiseen vaikuttivat hoitajien kyky tunnistaa kipua ja pelkoa, tiedonkulku eri ammattiryhmien kesken ja hoitajan lääkehoitotaidot	Kuvaileva laadullinen	C
58.	Criste A. 2002. Gender and pain. <i>AANA Journal</i> 70(6), 475–480.	2002	Hakumenettelyä ei ole kuvattu	Hakumenettelyä ei ole kuvattu	Naisilla on miehiä matalampi kipu- ja kivunsietokynnys. Sukupuolieroihin kivun kokemisessa ja ilmaisussa saattoivat vaikuttaa sosiaalistumisprosessi naiseksi tai mieheksi sekä naisten hormonaaliset vaihtelut.	Kirjallisuuskatsaus	D
59.	Hurley RW & Adams MC. 2008. Sex, gender, and pain: an overview of a complex field. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 107(1), 309–317.	2008	Hakumenettelyä ei ole kuvattu	k=kirjallisuuskatsaus PubMed EMBASE PsychInfo OVID/Medline	Naisilla on miehiä matalampi kipu- ja kivunsietokynnys.	Kirjallisuuskatsaus	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

60.	Riley JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD & Fillingim RB. 1998. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. Pain 74, 181–187.	1998	A n= 22	k=kirjallisuuskatsaus Psychlit Medline a=tilastollinen analyysi	Naisilla on miehiä matalampi kipu- ja kivunsietokynnys.	Meta-analyysi	A
61.	Rolke R, Baron R, Maier C, Tölle TR, Treede R-D, Beyer A, Binder A, Birbaumer N, Birklein F, Bötefür IC, Braune S, Flor H, Hüge V, Klug R, Landwehrmeyer GB, Magerl W, Maihöfner C, Rolko C, Schaub C, Scherens A, Sprenger T, Valet M & Wasserka B. 2006. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): Standardized protocol and reference values. Pain 123, 231–243.	2006	K n=180	k=kliininen tutkimus QST=Quantitative sensory test a=tilastollinen analyysi	Naisilla on miehiä matalampi kipu- ja kivunsietokynnys.	Kuvaileva määrällinen	C
62.	Rosseland LA & Stubhaug A. 2004. Gender is a confounding factor in pain trials: women report more pain than men after arthroscopic surgery. Pain, 112, 248–253.	2004	P n=219	k=kysely VRS VAS a=tilastollinen analyysi	Sukupuolieroja kartoitavissa kliinisissä tutkimuksissa havaittiin, että naiset arvioivat kivun voimakkaammaksi kuin miehet arthroscopian jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C
63.	Uchiyama K, Kawai M, Tani M, Ueno M, Hama T & Yamaue H. 2006. Gender differences in postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. Surgical Endoscopy 20(3), 448–451.	2006	P n=100	k=kysely VAS kipulääkkeiden käyttömäärä lämmönmittaus a=tilastollinen analyysi	Sukupuolieroja kartoitavissa kliinisissä tutkimuksissa havaittiin, että naiset arvioivat kivun voimakkaammaksi kuin miehet laparoskooppisen sappileikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

64.	Thomas T, Robinson C, Champion D, McKell M & Pell M. 1998. Prediction and assessment of the severity of post-operative pain and of satisfaction with management. Pain 75(2–3), 177–185.	1998	P n=91 H n=4	k=kysely itse kehitetty mittari PPI (The Present Pain Intensity) MPQ VAS a=tilastollinen analyysi	Naisten arvio kivun voimakkuudesta lonkka-, polviproteesi- ja selkäleikkauksen jälkeen oli suurempi verrattuna miesten arvioihin. Potilaat, joilla oli ennen lonkka-, polviproteesi- ja selkäleikkausta kovaa kipua, kokivat muita kovempaa kipua leikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C
65.	Watt-Watson J, Stevens B, Katz J, Costello J, Reid GJ & David T. 2004. Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. Pain 109, 73–85.	2004	P n=406	k=potilasasiakirjat ja potilashaastattelu BPI-I BQ APS-POQ McGill NRS a= tilastollinen analyysi	Naisten arvio kivun voimakkuudesta ohitusleikkauksen jälkeen oli suurempi verrattuna miesten arvioihin	Kvasiko-keellinen	C
66.	Aubrun F, Salvi N, Coriat P & Riou B. 2005. Sex- and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. Anesthesiology 103(1), 156–160.	2005	P n=4317	k=kysely VAS NRS kipulääkemäärä a=tilastollinen analyysi	Naiset tarvitsivat leikkauksen jälkeen miehiä enemmän vahvoja kipulääkkeitä (opiaatte- ja/kg) vatsa-, munuais-, selkä-, osteosynteesi- ja lonkkaleikkauksen sekä osteosyn-teesimateriaalin poiston ja ligamenttiplastian jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

67.	Cepeda MS & Carr DP. 2003. Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 97(5), 1464–1468.	2003	P n=700	k=kysely NRS kipulääkemäärä a=tilastollinen analyysi	Naiset tarvitsivat enemmän vahvoja kipulääkkeitä (opiaatteja/kg) saavuttaakseen saman analgeettisen tason kuin miehet pään, kaulan alueen ja ortopedisten leikkausten sekä thorax-, vatsa- ja selkäleikkausten jälkeen. Sukupuolieroihin kivun kokemisessa ja ilmaisussa saattoivat vaikuttaa sosiaalistumisprosessi naiseksi tai mieheksi sekä naisten hormonaaliset vaihtelut.	Kuvaileva määrällinen	C
68.	Young Casey C, Greenberg MA, Nicassio PM, Harpin RE & Hubbard D. 2008. Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective, and trauma factors. <i>Pain</i> 134(1–2), 69–79.	2008	P n=84	k=kysely TLEQ CES-D DDS PDI PBPI a=tilastollinen analyysi	Potilaan uskomus, että kipu jatkuu eikä sille voi tehdä mitään, myötävaikutti siihen että kipu koettiin voimakkaampana.	Kuvaileva määrällinen	C
69.	Svensson I, Sjöström B & Haljamäe H. 2001. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. <i>European Journal of Pain</i> 5(2), 125–133.	2001	P n=191	k=kysely itse kehitetty mittari VAS VRS a=tilastollinen analyysi	Ennen ortopedista leikkausta tai vatsanalueen avoleikkausta kipua kokeneet potilaat kokivat muita voimakkaampaa kipua leikkauksen jälkeen. Heillä kipu myös kesti pidempään.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

70.	Schwenk W, Böhm B & Müller JM. 1998. Postoperative pain and fatigue after laparoscopic or conventional colorectal resections. A prospective randomized trial. <i>Surgical Endoscopy</i> 12(9), 1131–1136.	1998	P n=60	k=kyselytutkimus VASC (yskiessä) VAS (levossa) VAS (uupumus) opiaatin käyttömäärä (PCA) a=tilastollinen analyysi	Laparoskooppisessa suoliresektiossa olleiden potilaiden kivun voimakkuus oli alhaisempi ja he tarvitsivat vähemmän kipulääkettä verrattuna avoleikkauksessa olleisiin potilaisiin.	Kuvaileva määrällinen	C
71.	Sloman R, Rosen G, Rom M & Shir Y. 2005. Nurses' assessment of pain in surgical patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 52(2), 125–132.	2005	P n= 95 H n=95	k=kyselytutkimus SF-MPQ VAS a=tilastollinen analyysi	Hoitajien arviot potilaan kivusta eivät olleet yhtenevät potilaan oman arvion kanssa visuaalisella (VAS) ja Mc Gillin mittareilla arvioituna. Hoitajat aliarvioivat potilaan kipua.	Kuvaileva määrällinen	C
72.	Hall-Lord ML & Larsson BW. 2006. Registered nurses' and student nurses' assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics <i>Nurse Education Today</i> 26(5), 377–387.	2006	H n=71 sh +184 opiskelijaa	k=kysely itse kehitetty mittari FFPI (five-factor personality inventory) SOC a=tilastollinen analyysi	Hoitohenkilökunta arvioi iäkkään potilaan ja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan kivun voimakkuuden alhaisemmaksi kuin potilas itse.	Kuvaileva määrällinen	C
73.	Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N & Nixon R. 2003. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. <i>Pain Management Nursing</i> 4 (4), 171–175.	2003	P n=156 H n=37	k=kysely NRS a=tilastollinen analyysi	Hoitajat aliarvioivat potilaan akuutin kivun voimakkuuden.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

74.	Gunningberg L & Idvall E. 2007. The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. <i>Journal of Nursing Management</i> 15(7), 756–766.	2007	P/H n=121 potilasta n=47 sh	k=kysely SCQIPPM (Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management) a=tilastollinen analyysi	Kipu potilaan itsensä arvioimana oli voimakkaampi kuin hoitajan arvioimana. Hoitajan arvio oli kirjattu potilasasiakirjaan. Leikkauksessa olleen potilaan kivun voimakkuutta ei kirjattu säännöllisesti ja täsmällisesti potilasasiakirjoihin.	Kuvaileva määrällinen	C
75.	Sjöström B, Dahlgren LO & Haljamäe H. 1999. Strategies in postoperative pain assessment: validation study. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 15(5), 247–258.	1999	P n=30 H n=10	k=haastattelu, havainnointi VAS a=laadullinen analyysi	Hoitajat aliarvioivat potilaiden kivun voimakkuuden. Valvontayksikön hoitajat tekivät päätelmiä potilaan kivusta kokemukseen perustuen, objektiivisesti havainnoimalla sekä kuuntelemalla mitä ja miten potilas kertoo tunteuksistaan.	Kuvaileva laadullinen	C
76.	Rundshagen I, Schnabel T, Standl T & Schulte am Esch J. 1999. Patients' vs nurses' assessments of postoperative pain and anxiety during patient- or nurse-controlled analgesia. <i>British Journal of Anaesthesia</i> 82(3), 374–378.	1999	P n=120 H (vuorossa oleva sairaanhoitaja)	k=kysely VAS (kipu ja ahdistus) a= tilastollinen analyysi	Potilaiden oma arvio kivun voimakkuudesta visuaalisella mittarilla (VAS) oli korkeampi kuin hoitajien arvio potilaan kivun voimakkuudesta.	Kuvaileva määrällinen	C
77.	Brevik EK, Björnsson GA & Skovlund E. 2000. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. <i>The Clinical Journal of Pain</i> 16 (1), 22–28.	2000	P n=63	k=kysely VRS NRS VAS a=tilastollinen analyysi	VAS-mittarin avulla mitattiin tarkasti kivun voimakkuutta ja sen vaihtelua leikkauksen jälkeen. Sen avulla voitiin kuvata tarkasti potilaan omaa kokemusta kivun voimakkuudesta mittaushetkellä. Potilaan kivun voimakkuutta ja sen vaihtelua leikkauksen jälkeen voitiin arvioida tarkasti käyttämällä numeraalista kipumittaria (NRS).	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

78.	Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstadt L, Breivik Hals EK, Kvarstein G & Stubhaug A. 2008. Assessment of pain. <i>British Journal of Anaesthesia</i> 101(1), 17-24.	2008	-	-	VAS-mittarin avulla voidaan tarkasti mitata kivun voimakkuutta ja sen vaihtelua leikkauksen jälkeen. Sen avulla voidaan kuvata tarkasti potilaan omaa kokemusta kivun voimakkuudesta mittaushetkellä.	Asiantuntija lausunto	D
79.	Rosier EM, Iadarola MJ & Coghill RC. 2002. Reproducibility of pain measurement and pain perception. <i>Pain</i> 98(1–2), 205–216.	2002	K n=15	k=kysely VAS VDS a=tilastollinen analyysi	Kivun voimakkuutta voitiin mitata luotettavasti koeolosuhteissa käyttämällä VAS:a.	Kuvaileva määrällinen	C
80.	Bodian CA, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft JB & Beilin Y. 2001. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. <i>Anesthesiology</i> 95(6), 1356–1361.	2001	P n=150	k=kysely MPQ VAS a=tilastollinen analyysi	VAS oli tutkimuskäyttöön hyvin soveltuva, luotettava ja tarkka kivun voimakkuuden mittari. Kliinisissä tilanteissa on harkittava tarkkuuden hyöty.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

81.	Li L, Liu X & Herr K. 2007. Postoperative pain intensity assessment: a comparison of four scales in chinese adults. Pain Medicine 8(3), 223–234.	2007	P n= 173	k=kysely VAS NRS VDS FPS-R a=tilastollinen analyysi	<p>Potilaan kivun lievittymistä kipulääkkeen avulla voitiin arvioida käyttämällä VAS -mittaria.</p> <p>Potilaan kivun lievittymistä kipulääkkeen avulla voitiin arvioida käyttämällä numeraalista kipumittaria (NRS).</p> <p>Potilaan kivun lievittymistä kipulääkkeen avulla voitiin arvioida käyttämällä FPS-R:a.</p> <p>VAS, NRS, VDS JA FPS-R soveltuivat kivun voimakkuuden arviointiin. Erilaisissa leikkauksissa olleet aikuispotilaat pitivät eniten kasvokipumittarista ja seuraavaksi eniten numeerisesta mittarista. Kolmanneksi pidetyin oli sanallinen mittari. Mittarit todettiin herkiksi arvioitaessa kipulääkkeen tehoa kipuun.</p>	Kuvaileva määrällinen	C
82.	Coll AM, Ameen JR & Mead D. 2004. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. Journal of Advanced Nursing 46(2) 124–133.	2004	A n=(ei ilmoitettu)	k=kirjallisuuskatsaus Medline CINAHL Nursing Collection Embase Healthstar BMJ a=laadullinen analyysi	VAS soveltuivat päiväkirurgisen potilaan kivun voimakkuuden arviointiin.	Kirjallisuuskatsaus	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

83.	Gagliese L, Weizblit N, Ellis W & Chan VW. 2005. The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. Pain 117, 412–420.	2005	P n=504	k=kysely NRS VDS VAS-H VAS-V MPQ a=tilastollinen analyysi	NRS:n psykometriset ominaisuudet (luotettavuus ja toistettavuus) olivat hyvät eikä mittari ollut ikäriippuvainen. VDS soveltui yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleiden potilaiden kivun voimakkuuden arviointiin. Iäkkäiden, yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleiden potilaiden oli vaikea arvioida kivun voimakkuutta horisontaalisen ja vertikaalisen VAS:n avulla. Yleiskirurgisessa toimenpiteessä olleet potilaat pitivät sanallista kipumittaria soveltuvana kivun voimakkuuden arviointiin.	Kuvaileva määrällinen	C
84.	Holdgate A, Asha S, Craig J & Thompson J. 2003. Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analogue scale for the measurement of acute pain. Emergency Medicine 15, 441–446.	2003	P n=79	k=kysely VAS VNRS a=tilastollinen analyysi	VNRS (verbaalinen numeerinen kipumittari) korreloi VAS- arvojen kanssa ja soveltui akuutin kivun voimakkuuden arviointiin.	Kuvaileva määrällinen	C
85.	Miró J, Huguet A, Nieto R, Paredes S & Baos J. 2005. Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. The Journal of Pain 6(11), 727–735.	2005	P n=177	k=kysely FPS-R Pain Thermometer a=tilastollinen analyysi	FPS–R soveltui iäkkäiden potilaiden kivun voimakkuuden arviointiin.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

86.	Herr KA, Spratt K, Mobily PR & Richardson G. 2004. Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. <i>Clinical Journal of Pain</i> 20(4), 207-219.	2004	K n=175	k=kysely VAS NRS FPS VDS VNS a=tilastollinen analyysi	Potilaan kognitiivinen ja/tai psykomotorinen häiriö vaikeutti VAS:n käyttöä. Viiden mittarin vertailussa (VAS-V, NRS-21, VDS, VNS, FPS) potilaiden mielestä NRS-21 ilmensi kivun voimakkuutta parhaiten. Seuraavaksi pidetyin oli VDS. Kognitiivisella statuksella, koulutuksella, iällä, rodulla tai sukupuolella ei ollut vaikutusta tuloksiin.	Kvasiko-keellinen	C
87.	Briggs M & Closs JS. 1999. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 18(6), 438–446.	1999	P n=417	k=kysely VRS VAS a=tilastolliset menetelmät	Ortopedisessä leikkauksessa olleet potilaat pitivät sanallisesta kipumittarista.	Kvasiko-keellinen	C
88.	Morrison RS, Ahronheim JC, Morrison R, Darling E, Baskin SA, Morris J, Choi C & Meier DE. 1998. Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 15(2) 91–101.	1998	P n=165	k=haastattelu NRS (1-10) NRS (1-5) Kipu ja epämukavuus a=tilastollinen analyysi	Viisiportaisen numeraalisen kipumittarin (NRS) avulla voitiin luotettavasti mitata pientoimenpiteisiin (esim. suonikanyylin laitto ja im-injektio) liittyvää kivun voimakkuutta. Numeraalinen kipumittari soveltui myös dementoituneiden potilaiden kivun ja epämukavuuden arviointiin.	Kuvaileva määrällinen	C
89.	Mamie C, Bernstein M, Morabia A, Klopfenstein CE, Sloutskis D & Forster A. 2004. Are there reliable predictors of postoperative pain? <i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i> 48, 234–242.	2004	P n=304	k=kysely VAS a=tilastollinen analyysi	Ortopedisessä ja vatsanalueen tai sydänleikkauksessa olleet potilaat kokivat kivun voimakkaampana yskiessä, liikkuesssa ja syvään hengittäessä.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

90.	Milgrom LB, Brooks JA, Qi R, Bunnell K, Wuestefeld S & Beckman D. 2004. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. <i>American Journal of Critical Care</i> 13(2), 116–125.	2004	P N=705	k=kysely NRS (0-10) a=tilastollinen analyysi	Ortopedisessä ja vatsanalueen tai sydänleikkauksessa olleet potilaat kokivat kivun voimakkaampana yskiessä, liikkussa ja syvään hengittäessä.	Kuvaileva määrällinen	C
91.	Rorarius MGF, Kujansuu E, Baer GA, Suominen P, Teisala K, Miettinen A, Ylitalo P & Laippala P. 2001. Laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomy: comparison of postoperative pain, fatigue and systemic response. A case-control study. <i>European Journal of Anaesthesiology</i> 18(8), 530–539.	2001	P n=40	k= VAS verikokeet a=tilastolliset analyysit	Laparoskooppisessa ja avoimessa kohdunpoistoleikkauksessa olleet naiset kokivat kivun voimakkaampana yskiessä ja liikkussa.	Kuvaileva määrällinen	C
92.	Closs SJ, Briggs M & Everitt VE. 1999. Implementation of research findings to reduce postoperative pain at night. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 36(1), 21–31.	1999	P N=417	k=kysely VRS HAD kipulääkemäärä a=tilastollinen analyysi	Ortopedisessä leikkauksessa olleiden potilaiden kipu oli paremmin hallinnassa, kun kipua arvioitiin säännöllisesti myös yöaikaan.	Kuvaileva määrällinen	C
93.	Ravaud P, Keita H, Porcher R, Durand-Stocco C, Desmonts JM & Mantz J. 2004. Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. <i>British Journal of Surgery</i> 91(6), 692–698.	2004	A n=2278	k=asiakirja-analyysi VAS Kuinka monen potilaan kipu oli arvioitu (%) Kuinka usein kipua oli arvioitu/potilas a=tilastollinen analyysi	Henkilökunnan koulutuksella oli vaikutusta potilaan kivunhoitoon. Koulutuksen jälkeen potilaan kipua arvioitiin useammin kipumittarin avulla, kivun hoitotyön kirjaaminen parantui ja potilaiden kivun voimakkuus oli matalampi. Säännöllinen kivun arviointi ja kirjaaminen tehostivat kivunhoitoa ja potilaiden kipu oli paremmin hallinnassa.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

94.	Herr K, Titler MG, Schilling ML, Marsh JL, Xie X, Ardery G, Clarke WR & Everett LQ. 2004. Evidence-based assessment of acute pain in older adults. Current nursing practices and perceived barriers. Clinical Journal of Pain 20(5), 331–340.	2004	A n=709 H n=198	k=potilasasiakirja-merkinnät kysely hoitajille Asiakirjatietojen keruuseen kehitettiin oma mittari (pohjana MRAF, AHRQ) Hoitajamittari PSA ja BOPMS a=tilastollinen analyysi.	Kirjaamisen perusteella kipua ei arvioida säännöllisesti eikä aina lääkkeen annon jälkeen. Hoitajien mielestä kommunikaatiovaikeudet potilaan ja hoitajien välillä olivat suurin este hyvälle kivunhoidolle.	Kuvaileva määrällinen	C
95.	McHugh GA & Thoms GMM. 2002. The management of pain following day-case surgery. Anaesthesia 57(3), 270–275.	2002	P n=102	k=kysely itse laadittu mittari a=tilastollinen analyysi	Päiväkirurgisesta leikkauksesta kotiutuvilla potilailla oli kotiutumisasiheessa jopa sietämättömän kovaa kipua. Sairaanhoidajat eivät välttämättä kysyneet sairaalassa potilaan kivuista, vaikka sekä keskustelu että potilaan ohjaus ja tukeminen ovat välttämättömiä edellytyksiä kivun hoidon onnistumiselle.	Kuvaileva määrällinen	C
96.	van Gulik L, Ahlers SJ, Brkić Z, Belitser SV, van Boven WJ, van Dongen EP, Knibbe CA & Bruins P. 2010. Improved analgesia after the realisation of a pain management programme in ICU patients after cardiac surgery. European Journal of Anaesthesiology 27, 900-905.	2010	P n=190 (n=60 kontrolliryhmä n=130 interventio-ryhmä)	k=haastattelu, potilasasiakirjat NRS kipulääkityksen määrä teho-osastolla oloaika mekaanisen ventilaation kesto a=tilastollinen analyysi	Kivun hoitoa koskevalla ohjelmalla (sis. hoitohenkilökunnan koulutus kivun arvioinnista ja oikeanlaisesta kipulääkityksestä sekä uusi potilastiedon hallintajärjestelmä, johon liittyi kivun voimakkuuden kysyminen potilaalta kolmesti päivässä ja kipulääkityksen suositukset) vähennettiin potilaiden kokemaa voimakasta kipua (NRS 4 tai enemmän). Interventioyhmän potilaat saivat myös enemmän morfiinia ja tässä ryhmässä suuremmat morfiiniannokset olivat yhteydessä potilaiden voimakkaamman kivun tuntemukseen. Potilaiden hoitoaikoihin interventiolla ei ollut vaikutusta.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

97.	Bergh I, Gunnarsson M, Allwood J, Odén A, Sjöström B & Steen B. 2005. Descriptions of pain in elderly patients following orthopaedic surgery. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 19(2), 110–118.	2005	P n=60	k=strukturoidu haastattelu VNRS MMSE POM MPQ-SF a=tilastolliset ja laadulliset analyysit	Kipusanojen avulla potilas voi kuvata kivun laatua. Moniulotteisia kipumittareita voitiin käyttää apuna kivun laatua arvioitaessa.	Kuvaileva laadullinen	C
98.	Gaston-Johansson F. 1996. Measurement of pain: the psychometric properties of the Pain-O-Meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practices. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 12(3), 172–181.	1996	P n=279	k=kysely POM (Pain-O-Meter) POM-VAS POM-WDS MPQ a=tilastollinen analyysi	Kipusanojen avulla potilas voi kuvata kivun laatua. Moniulotteisia kipumittareita voitiin käyttää apuna kivun laatua arvioitaessa.	Kuvaileva määrällinen	C
99.	McDonald DD & Weiskopf CS. 2001. Adult patients' postoperative pain descriptions and responses to the short-form McGill Pain Questionnaire. <i>Clinical Nursing Research</i> 10(4), 442–452.	2001	P n= 30	k=haastattelu SF-MPQ a=tilastollinen analyysi	Enemmistö kirurgisissa toimenpiteissä olleista potilaista kuvasi spontaanisti kivun laatua SF-MPQ- mittarin (Short- Form McGill Pain Questionnaire) mukaisten laatusanojen tai niiden synonyymien mukaisesti. SF-MPQ koostuu 11 sensorisesta ja 4 affektiivisesta kipua kuvaavasta laatusanasta.	Kuvaileva määrällinen	C
100.	Mueller XM, Tinguely F, Tevaearai HT, Revelly J-P, Chioliéro R & von Segesser LK. 2000. Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery. <i>CHEST</i> 118(2), 391–396.	2000	P n=200	k=kysely NRS kivun paikka a=tilastollinen analyysi	Sydänleikkauksessa olleiden potilaiden kivun sijainti vaihteli epigastriselta alueelta hartia-alueelle leikkauksen jälkeisenä aikana.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

101.	Corrêa CG & da Cruz Dde A. 2000. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. Nursing Diagnosis 11(1), 5–14.	2000	P n=80	k=kysely MPQ ASTI(Spielberger Anxiety State/Trait Inventory) BDI a=tilastollinen analyysi	Kipua osoittavaa käyttäytymistä voi olla valittaminen, epämukava olo, pelko vammautumisesta, unihäiriöt, kipualueen varjelu, välttämiskäyttäytyminen, ärtyneisyys, levottomuus, kärsivä ilme, sydämen sykkeen nousu, liikkumattomuus, vihaiisuus, ruokahaluttomuus, oireiden tarkkailu, vetäytyminen, ajatteluprosessin muutos, epätavallinen asento, verenpaineen nousu ja hengitystoiminnan muutos.	Kuvaileva määrällinen	C
102.	The American Geriatrics Society (AGS) panel on persistent pain in older persons. 2002. The management of persistent pain in older persons. 2002. Journal of the American Geriatrics Society 50(6), Supplement 205–224.	2002	-	-	Kipua osoittavia indikaattoreita ovat kasvojen ilmeet, ääntely, kehon kieli, persoonallisuuden muutokset, muutokset päivittäisissä toiminnoissa ja muutokset henkisissä toiminnoissa.	Asiantuntija lausunto	D
103.	Feldt K.S. 2000. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). Pain Management Nursing 1(1), 13–21.	2000	P n=88	k=kysely FPEI (Ferrell Pain Experience Interview) VDS MMSE CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators) a=tilastollinen analyysi	CNPI (The Checklist of Nonverbal Pain Indicators) koostuu kuudesta eri luokasta (kasvojen ilmeet, ääntely, valittaminen, tuen tarve, kipualueen hierominen ja levottomuus), joiden perusteella kipua arvioidaan. Kipu on havaittavissa herkimmin kasvojen ilmeistä sekä ääntelyn ja valittamisen perusteella. CNPI on ainoa mittari, jota on testattu leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnissa dementoituneilla iäkkäillä potilailla. Mittarin testausta on kuitenkin vielä jatkettava.	Kuvaileva määrällinen	C
104.	Herr K, Bjoro K & Decker S. 2006. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. Journal of Pain and Symptom Management 31	2006	A n= 10 kivun havainnointi-mittaria	K=kirjallisuus-katsaus CINAHL PsychInfo Abbey ADD CNPI	CNPI (The Checklist of Nonverbal Pain Indicators) koostuu kuudesta eri luokasta (kasvojen ilmeet, ääntely, valittaminen, tuen tarve, kipualueen hierominen ja levottomuus), joiden perusteella kipua arvioidaan. Kipu on havaittavissa	Kirjallisuus-katsaus	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

	(2), 170–192.			<p>DS-DAT Doloplus FLACC NOPPAIN PACSLAC PADE PAINAD</p> <p>a=arviointia varten kehitetty instrumentti, joka huomioi käsitteellistämisen, kohteet, hallinnan, pisteyttämisen, käytettävyyden, reliabiliteetin ja validiteetin.</p>	<p>herkimmin kasvojen ilmeistä sekä ääntelyn ja valittamisen perusteella. CNPI on ainoa mittari, jota on testattu leikkauksenjälkeisen kivun arvioinnissa dementoituneilla iäkkäillä potilailla. Mittarin testausta on kuitenkin vielä jatkettava.</p> <p>Doloplus-2 koostuu viidestä eri luokasta (kasvojen ilmeet, fyysinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky/mieliala, ääntely ja syöminen/nukkuminen), joiden perusteella kipua arvioidaan. Doloplus -2 korreloi potilaan oman arvion kanssa ja osoittautui sisäisesti johdonmukaiseksi. Mittaria on kuitenkin lyhennettävä, jotta se soveltuisi kliiniseen käyttöön.</p> <p>PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) koostuu viidestä luokasta (kasvojen ilmeet, hengitys, ääntely, kehon kieli ja lohdutuksen tarve) joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittari on lyhyt, helppokäyttöinen ja herkkä mittaamaan kivun voimakkuuden muutoksia. Mittaria on kuitenkin vielä testattava.</p> <p>PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) koostuu neljästä luokasta (kasvojen ilmeet, aktiivisuus ja kehon kieli, sosiaalisuus/ persoonallisuus/mieliala ja fysiologiset tekijät/syöminen/nukkuminen /ääntely), joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittarin sisäistä validiteettia on testattu ja se on lupaava, mutta ei vielä sovellu kliiniseen käyttöön.</p> <p>ADD (Assessment of Discomfort in Dementia) koostuu viidestä osa-alueesta</p>		
--	---------------	--	--	--	---	--	--

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

					<p>(kasvojen ilmeet, mieliala, kehon kieli, ääntely ja käyttäytyminen) joiden avulla kipua arvioidaan.</p> <p>NOPPAIN (Nursing Assistant-Administered Instrument To Assess Pain in Demented Individuals) sisältää neljä kivun arvioinnin osa-alueita: hoitotilanne (peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen) jossa kipukäyttäytymistä arvioidaan, kipukäyttäytymisen esiintyminen (kipusanat, ääntely, ilmeet, kipualueen hierominen ja levottomuus), kipukäyttäytymisen voimakkuus Likert- asteikolla sekä kivun voimakkuuden kokonaisarviointi.</p>		
105.	Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J & Wild L. 2006. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. Pain Management Nursing 7 (2), 44–52.	2006	-	-	<p>CNPI (The Checklist of Nonverbal Pain Indicators) koostuu kuudesta eri luokasta (kasvojen ilmeet, ääntely, valittaminen, tuen tarve, kipualueen hierominen ja levottomuus), joiden perusteella kipua arvioidaan. Kipu on havaittavissa herkimmin kasvojen ilmeistä sekä ääntelyn ja valittamisen perusteella. CNPI on ainoa mittari, jota on testattu leikkauksenjälkeisen kivun arvioinnissa dementoituneilla iäkkäillä potilailla. Mittarin testausta on kuitenkin vielä jatkettava.</p> <p>Doloplus-2 koostuu viidestä eri luokasta (kasvojen ilmeet, fyysinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky/mieliala, ääntely ja syöminen/nukkuminen), joiden perusteella kipua arvioidaan. Doloplus -2 korreloi potilaan oman arvon kanssa ja osoittautui sisäisesti johdonmukaiseksi. Mittaria on kuitenkin lyhennettävä, jotta se soveltuisi kliiniseen käyttöön.</p> <p>PAINAD (Pain Assessment in Advanced</p>	Asiantuntija lausunto	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

					<p>Dementia) koostuu viidestä luokasta (kasvojen ilmeet, hengitys, ääntely, kehon kieli ja lohdutuksen tarve) joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittari on lyhyt, helppokäyttöinen ja herkkä mittaamaan kivun voimakkuuden muutoksia. Mittaria on kuitenkin vielä testattava.</p> <p>PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) koostuu neljästä luokasta (kasvojen ilmeet, aktiivisuus ja kehon kieli, sosiaalisuus/ persoonallisuus/mieliala ja fysiologiset tekijät/syöminen/nukkuminen /ääntely), joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittarin sisäistä validiteettia on testattu ja se on lupaava, mutta ei vielä sovellu kliiniseen käyttöön.</p> <p>ADD (Assessment of Discomfort in Dementia) koostuu viidestä osa-alueesta (kasvojen ilmeet, mieliala, kehon kieli, ääntely ja käyttäytyminen) joiden avulla kipua arvioidaan.</p> <p>NOPPAIN (Nursing Assistant-Administered Instrument To Assess Pain in Demented Individuals) sisältää neljä kivun arvioinnin osa-alueita: hoitotilanne (peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen) jossa kipukäyttämistä arvioidaan, kipukäyttämisen esiintyminen (kipusanat, ääntely, ilmeet, kipualueen hierominen ja levottomuus), kipukäyttämisen voimakkuus Likert- asteikolla sekä kivun voimakkuuden kokonaisarviointi.</p>		
106.	Smith M. 2005. Pain assessment in nonverbal older adults with advanced dementia.	2005	A n=8	k=kirjallisuus- katsaus	CNPI (The Checklist of Nonverbal Pain Indicators) koostuu kuudesta eri luokasta (kasvojen ilmeet, ääntely, valittaminen, tuen	Kirjallisuus- katsaus	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

	Perspectives in Psychiatric Care 41 (3), 99–113.			MEDLINE CINAHL PubMed EMBRReviews	<p>tarve, kipualueen hierominen ja levottomuus), joiden perusteella kipua arvioidaan. Kipu on havaittavissa herkimmin kasvojen ilmeistä sekä ääntelyn ja valittamisen perusteella. CNPI on ainoa mittari, jota on testattu leikkauksenjälkeisen kivun arvioinnissa dementoituneilla iäkkäillä potilailla. Mittarin testausta on kuitenkin vielä jatkettava.</p> <p>PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) koostuu viidestä luokasta (kasvojen ilmeet, hengitys, ääntely, kehon kieli ja lohdutuksen tarve) joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittari on lyhyt, helppokäyttöinen ja herkkä mittaamaan kivun voimakkuuden muutoksia. Mittaria on kuitenkin vielä testattava.</p>		
107.	Zwakhaleen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH & Berger MP. 2006. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatrics 6(3).	2006	A n=29	<p>k=kirjallisuus-katsaus</p> <p>Medline Psychinfo CINAHL</p> <p>a=mittareiden psykometrisiä ominaisuuksia on verrattu keskenään</p>	<p>CNPI (The Checklist of Nonverbal Pain Indicators) koostuu kuudesta eri luokasta (kasvojen ilmeet, ääntely, valittaminen, tuen tarve, kipualueen hierominen ja levottomuus), joiden perusteella kipua arvioidaan. Kipu on havaittavissa herkimmin kasvojen ilmeistä sekä ääntelyn ja valittamisen perusteella. CNPI on ainoa mittari, jota on testattu leikkauksenjälkeisen kivun arvioinnissa dementoituneilla iäkkäillä potilailla. Mittarin testausta on kuitenkin vielä jatkettava.</p> <p>Doloplus-2 koostuu viidestä eri luokasta (kasvojen ilmeet, fyysinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky/mieliä, ääntely ja syöminen/nukkuminen), joiden perusteella kipua arvioidaan. Doloplus -2 korreloi potilaan oman arvion kanssa ja osoittautui sisäisesti johdonmukaiseksi. Mittaria on kuitenkin lyhennettävä, jotta se soveltuisi</p>	Järjestelmällinen katsaus	B

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

					<p>kliiniseen käyttöön.</p> <p>PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) koostuu viidestä luokasta (kasvojen ilmeet, hengitys, ääntely, kehon kieli ja lohdutuksen tarve) joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittari on lyhyt, helppokäyttöinen ja herkkä mittaamaan kivun voimakkuuden muutoksia. Mittaria on kuitenkin vielä testattava.</p> <p>PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) koostuu neljästä luokasta (kasvojen ilmeet, aktiivisuus ja kehon kieli, sosiaalisuus/ persoonallisuus/mieliala ja fysiologiset tekijät/syöminen/nukkuminen /ääntely), joiden perusteella kipua arvioidaan. Mittarin sisäistä validiteettia on testattu ja se on lupaava, mutta ei vielä sovellu kliiniseen käyttöön.</p> <p>NOPPAIN (Nursing Assistant-Administered Instrument To Assess Pain in Demented Individuals) sisältää neljä kivun arvioinnin osa-aluetta: hoitotilanne (peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen) jossa kipukäyttäytymistä arvioidaan, kipukäyttäytymisen esiintyminen (kipusanat, ääntely, ilmeet, kipualueen hierominen ja levottomuus), kipukäyttäytymisen voimakkuus Likert- asteikolla sekä kivun voimakkuuden kokonaisarviointi.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

108.	Pautex S, Herrman FR, Michon A, Giannakopoulos P & Gold G. 2007. Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. <i>Clinical Journal of Pain</i> 23 (9), 774–779.	2007	P n=180	k=kysely ja havainnointi VAS Doloplus2 a=tilastollinen analyysi	Doloplus-2 koostuu viidestä eri luokasta (kasvojen ilmeet, fyysinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky/mieliä, ääntely ja syöminen/nukkuminen), joiden perusteella kipua arvioidaan. Doloplus -2 korreloi potilaan oman arvion kanssa ja osoittautui sisäisesti johdonmukaiseksi. Mittaria on kuitenkin lyhennettävä, jotta se soveltuisi kliniseen käyttöön.	Kuvaileva määrällinen	C
109.	Vaurio LE, Sands LP, Wang Y, Mullen EA & Leung JM. 2006. Postoperative delirium: the importance of pain and pain management. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 102(4), 1267–1273.	2006	P n=333	k=kysely CAM I. confusion Assessment Method VAS a=tilastollinen analyysi	Kova ja sietämätön leikkauksen jälkeinen kipu altistaa potilaan leikkauksen jälkeiselle sekavuudelle. Potilailla, jotka saivat kipulääkkeensä suun kautta, oli vähemmän leikkauksen jälkeistä sekavuutta verrattuna potilaisiin, jotka saivat kipulääkkeensä PCA-laitteella suonon sisäisesti.	Kuvaileva määrällinen	C
110.	Sauaia A, Min S-j, Leber C, Erbacher K, Abrams F & Fink R. 2005. Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 53(2), 274–282.	2005	P n=322	k=kysely NRS tyytyväisyysmittari (American Pain Society questionnaire) a=tilastollinen analyysi	Yhteensä 62 % potilaista kokivat leikkauksen jälkeen kovaa kipua, ja 87 % potilaista olivat tyytyväisiä kivunhoitoon. Ensimmäisen vuorokauden aikana potilasasiakirjoihin kirjattu potilaan kokema kovin kivun oli yhteydessä potilastyytyväisyyteen. Potilastyytyväisyyteen vaikuttivat myös ikä, sukupuoli, potilasohjaus, leikkauksen tyyppi, hoidon kesto heräämössä, sun kautta otettu kipulääkitys sekä morfiini.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

111.	Pellino TA, Willens JS, Polomano RC & Heye ML. 2003. The American Society of pain management nurses role-delineation study: National association of orthopaedic nurses respondents. Orthopaedic Nursing 22(4), 289–297.	2003	H N=200 n=42	k=kysely NIC (Nursing interventions classification) a=tilastollinen analyysi	Hoitajan toiminnoille laskettiin keskimääräinen toiminto indeksi (Mean Activity Index) sen perusteella, miten usein hoitaja oli arvioinut toteuttaneensa tiettyä toimintoa. Korkeimmat indeksiluvut liittyivät potilaan kivun arviointiin ja lääkahoitoon sekä ortopedisten potilaiden kohdalla tehtäviin erityistoimintoihin, kuten asentohoitoon ja tähän liittyvään esilääkitykseen.	Kuvaileva määrällinen	C
112.	Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D & Gallop R. 2001. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. Journal of Advanced Nursing 36(4), 535–545.	2001	P/H n=225 potilasta n=94 sh	k=kysely MPQ-SF PPI VAS TPMI (The Toronto Pain Management Inventory) SDS a=tilastollinen analyysi	Potilaat kokivat kohtalaista tai kovaa kipua sydänleikkauksen jälkeen, mutta saivat vain 47 % lääkärin heille määräämistä kipulääkkeistä.	Kuvaileva määrällinen	C
113.	Willson H. 2000. Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. Journal of Advanced Nursing 31(5), 1145–1154.	2000	P/H n=3 potilasta n=9 sh	k=struktuuroitu haastattelu havainnointi a=laadullinen analyysi	Kivun lääkkeellinen hoito ei perustunut potilaan kivun säännölliseen arviointiin tai yksilöllisiin tarpeisiin, vaan kipulääkkeet annettiin potilaille pääsääntöisesti lääkekierrolla. Kipulääkitys perustui usein organisaation eikä potilaan tarpeisiin.	Kuvaileva laadullinen	C
114.	Barthelsson C, Lützén K, Anderberg B & Nordström G. 2003. Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. Journal of Clinical Nursing 12(2), 253–259.	2003	P n=20	k=haastattelu a=laadullinen analyysi	Päiväkirurgisen sappileikkauksen jälkeen potilaan kipua voi kotona voimistua uudelleen lääkärin määräämien kipulääkkeiden loppuessa.	Kuvaileva laadullinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

115.	Dolin SJ, Cashman JN & Bland JM. 2002. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. <i>British Journal of Anaesthesia</i> 89(3), 409–423.	2002	n=165 artikkelia	Medline a=tilastollinen analyysi	Potilailla jotka saivat kipulääkkeen lihakseen, oli kohtalaista tai kovaa kipua enemmän kuin niillä potilailla, joiden kipua hoidettiin PCA-laitteen tai epiduraalipuudutuksen avulla.	Kuvaileva määrällinen	C
116.	Feldt KS & Gunderson J. 2000. Treatment of pain for older hip fracture patients across settings. <i>Orthopaedic Nursing</i> 21(5), 62–71.	2000	A n=115	k=potilasasiakirjat a=tilastollinen analyysi	lääkäiden potilaiden kipu oli annettujen lääkemäärien perusteella alihoidettua.	Korrelaatio	C
117.	Bertolini G, Minelli C, Latronico N, Cattaneo A, Mura G, Melotti RM & Iapichino G. 2002. The use of analgesic drugs in postoperative patients: the neglected problem of pain control in intensive care units. An observational, prospective, multicenter study in 128 Italian intensive care units. <i>European Journal of Clinical Pharmacology</i> 58(1), 73–77.	2002	A n=661	k=potilasasiakirjat a=tilastollinen analyysi	Teho-osastolla hoidettujen, etenkin neurokirurgisten ja tajuttomien, potilaiden postoperatiivista kipua ei arvioitu systemaattisesti ja kivun lääkkeellinen hoito oli riittämätöntä. Lähes puolet (49 %) potilaista ei saanut lainkaan opiaattia kivun hoitoon vaikka yksimielisyys vallitsee siitä, että kipu on kovaa kahtena postoperatiivisena päivänä suuren leikkauksen jälkeen.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

118.	Titler MG, Herr K, Schilling ML, Marsh JL, Xie X-J, Ardery G, Clarke WR & Everett LQ. 2003. Acute pain treatment for older adults hospitalized with hip fracture: current nursing practices and perceived barriers. Applied Nursing Research 16(4), 211–227.	2000	A/H n=709 potilasasiakirjaa n=172 sh	k=asiakirjat MRAF (Medical Record Abstraction Form) The Perceived Stage of Adaption tool The Barriers to Optimal Pain Management tool a=tilastollinen analyysi	lääkäiden potilaiden lonkkaleikkauksen jälkeinen kipu oli alihoidettua. Huolimatta suosituksista, potilaat saivat kipulääkkeen usein lihaksensisäisesti. Potilailla oli harvoin säännöllinen kipulääkitys vaikka se olisi suositeltavaa, koska potilaat eivät aina kerro kivuistaan sairaanhoitajille.	Kuvaileva määrällinen	C
119.	Morrison RS & Siu AL. 2000. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. Journal of Pain and Symptom Management 19(4), 240–248.	2000	P ja A n=97	k=kysely MMSE CAM KIPU asteikolla 0-4 Käytetyt lääkkeet a=tilastollinen analyysi	Vaikka tiedetään että potilailla on lonkkaleikkauksen jälkeen kipua, heillä ei ollut asianmukaisia kipulääkemääräyksiä. Monet potilaat (42 %) joilla ei ollut muistisairautta, arvioivatkin postoperatiivisen kipunsa kovaksi tai sietämättömän kovaksi. Dementoivaa sairautta sairastavat potilaat saivat lonkkaleikkauksen jälkeen huomattavasti vähemmän kipulääkkeitä verrattuna muihin potilaisiin.	Kuvaileva määrällinen	C
120.	Mitchinson AR, Kim HM, Rosenberg JM, Geisser M, Kirsh M, Cikrit D & Hinshaw DB. 2007. Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy. Archives of Surgery 142(12), 1158–1167.	2007	P n=605	k=kysely VAS- kipu, epämukavuus STAI - ahdistus BCS- delirium Opiaattien käyttö/pv Post op komplikaatiot a=tilastollinen analyysi	Selkähierontaa (20 min /pv) saaneilla sternotomia- ja mahaleikatuilla potilailla kivun voimakkuus, kivusta johtuva epämukavuus ja ahdistus olivat vähäisempiä. Hierontaryhmässä kipu lievittyi nopeammin. Vaikutus oli kuitenkin lyhytaikainen.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

121.	Le Blanc-Louvry I, Costaglioli B, Boulon C, Leroi A-M & Ducrotte P. 2002. Does mechanical massage of the abdominal wall after colectomy reduce postoperative pain and shorten the duration of ileus? Results of a randomized study. <i>Journal of Gastrointestinal Surgery</i> 6(1), 43-49.	2002	P n=25 kontrolliryhmä n=25 interventio- ryhmä	k=kysely VAS kipulääkityksen käyttö sivuvaikutusten määrä a=tilastollinen analyysi	Vatsan alueen hierontaa päivittäin (15 min) saaneilla sappileikkauspotilailla kipu oli lievempää 2. ja 3. leikkauksen jälkeisenä päivänä ja kipulääkemäärät olivat pienempiä verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimusryhmän potilaiden suolen toiminta käynnistyi nopeammin verrattuna kontrolliryhmän potilaisiin.	Kvasiko- keellinen	C
122.	Taylor AG, Galper DI, Taylor P, Rice LW, Andersen W, Irvin W, Wang X-Q & Harrell FE. 2003. Effects of adjunctive Swedish massage and vibration therapy on short-term postoperative outcomes: a randomized, controlled trial. <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> 9(1), 77–89.	2003	P n=105	k=kysely NRS STAI PANAS (The Positive and Negative Affect Scale) kipulääkkeet verikokeet, RR a=tilastollinen analyysi	Ylä- ja alavartalohierontaa (45 min) saaneilla potilailla sensorinen ja affektiivinen kipu oli lievempää ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä verrattuna kontrolliryhmiin. Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä hieronnalla oli vaikutusta potilaan ahdistukseen verrattuna tavanomaiseen hoitoon.	Kvasiko- keellinen	C
123.	Wang HL & Keck JF. 2004. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. <i>Pain Management Nursing</i> 5(2), 59–65.	2004	P n=18	k=kysely NRS Fysiologiset mittaukset syke, RR, heng.tiheys a=tilastollinen analyysi	Käsi- ja jalkahierontaa (20 min) päivittäin saaneilla potilailla kivun voimakkuus ja epämukavuus väheni. Lisäksi sydämensyke ja hengitystiheys rauhoittuivat.	Kuvaileva määrällinen	C
124.	Hattan J, King L & Griffiths P. 2002. The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery: a randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 37(2), 199–207.	2002	P n=7 kontrolliryhmä p=18 interventio- ryhmä	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Jalkahieronta (20 min) lisäsi sydänleikkauksessa olleiden potilaiden levollisuudentunnetta ja psyykkistä hyvinvointia.	Kvasiko- keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

125.	Hulme J, Waterman H & Hillier VF. 1999. The effect of foot massage on patients' perception of care following laparoscopic sterilization as day case patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 30(2), 460–468.	1999	P n=29 kontrolliryhmä n=30 interventio- ryhmä	k=kysely itse kehitetty mittari NRS kipulääkkeiden käyttö a=tilastollinen analyysi	Jalkahierontaa (5 min) saaneilla laparoskooppisessa sterilisaatiossa olleilla potilailla kivun voimakkuuden keskiarvo oli matalampi verrattuna potilaisiin, jotka eivät saaneet hierontaa.	Kvasiko- keellinen	C
126.	Usichenko TI, Kuchling S, Witstruck T, Pavlovic D, Zach M, Hofer A, Merk H, Lehmann C & Wendt M. 2007. Auricular acupuncture for pain relief after ambulatory knee surgery: a randomized trial. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 176(2), 179–183.	2007	P n=59 kontrolliryhmä n=61 interventio- ryhmä	k=kysely VAS kipulääkkeen käyttö a=tilastollinen analyysi	Akupunktiohoitoa saaneet potilaat käyttivät vähemmän kipulääkkeitä polvileikkauksen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.	Kvasiko- keellinen	B
127.	Lin J-G, Lo M-W, Wen Y-R, Hsieh C-L, Tsai S-K & Sun W-Z. 2002. The effect of high and low frequency electroacupuncture in pain after lower abdominal surgery <i>Pain</i> 99(3), 509–514.	2002	P n=50 kontrolliryhmä n=50 interventio- ryhmä	k=kysely VAS opioidin kulutus sivuvaikutuskysely fysiologiset mittaukset a=tilastollinen analyysi	Preoperatiivinen sähköakupunktio vähensi kipulääkkeen tarvetta vatsanalueen leikkauksessa olleilla potilailla. Potilailla oli myös pahoinvointia ja huimausta vähemmän verrattuna kontrolliryhmään.	Kvasiko- keellinen	B
128.	Kotani N, Hashimoto H, Sato Y, Sessler DI, Yoshika H, Kitayama M, Yasuda T & Matsuki A. 2001. Preoperative intradermal acupuncture reduces postoperative pain, nausea and vomiting, analgesic requirement, and sympathoadrenal responses. <i>Anesthesiology</i> 95(2), 349–355.	2001	P n=86 kontrolliryhmä n= 89 interventio- ryhmä	k=kysely VRS opiaatin käyttö verikokeet (kortisoli, kstekolamiinit) a=tilastollinen analyysi	Akupunktiohoitoa saaneet vatsaleikkauspotilaat tarvitsivat kontrolliryhmään verrattuna vähemmän kipulääkkeitä. Heillä oli myös vähemmän pahoinvointia.	Satunnais- tettu kokeellinen	B

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

129.	VHA/DoD. 2002. Clinical practice guideline for the management of postoperative pain. Saatavilla http://www.healthquality.va.gov/op/pop_fulltext.pdf . Luettu 18.8.2011	2002	-	-	<p>Vaikutusmekanismi: Lämpö eliminoi cellulaarisia metaboliitteja (kudosten aineenvaihduntatuotteita), jotka stimuloivat kipua. Pinalämpö lisää ihoverenkiertoa. Syvälämpö lisää kudosten verenkiertoa. Lihakset rentoutuvat ja kudosten venyvyys lisääntyy.</p> <p>Vaikutusmekanismi: kylmä alentaa kudosten lämpötilaa, verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat ja lihasspasmit vähenevät. Lihakset rentoutuvat, jolloin kipu lievittyy.</p> <p>Potilasta voi tukea hyvään asentoon tyynyin, kiiloin, erilaisten tukien tai erikoisvuoteen avulla. Asennon vaihto lievittää kipua edistämällä verenkiertoa ja vähentämällä lihasspasmeja. Passiivinen tai aktiivinen liikunta edistävät verenkiertoa, vähentävät lihasspasmeja ja ehkäisevät virheasentojen kehittymistä. Liikkuminen vähentää turvotusta ja vähentää tromboosiriskiä.</p> <p>Lepo edistää paranemisprosessia, mutta sitä ei suositella ainoaksi kivunlievitysmenetelmäksi. Lepoa käytetään rajoitetun ajan ja se soveltuu esim. luunmurtumaleikkauksen jälkeiseksi hoidoksi.</p>	Asiantuntija lausunto	D
------	--	------	---	---	---	-----------------------	---

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

130.	Adie S, Kwan A, Naylor JM, Harris IA & Mittal R. 2012. Cryotherapy following total knee replacement (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9.	2012	A n=12	k=kirjallisuuskatsaus Cocrane Database of Systematic Reviews CENTRAL DARE HTA Database MEDLINE EMBASE CINAHL PEDro Web of Science a=tilastollinen analyysi	Kylmähoito (cryotherapy) saattaa hieman vähentää verenvuotoa polven tekonivelleikkauksen yhteydessä ja parantaa liikkuvuutta kotiutuksen aikaan. Kylmähoidon todettiin myös vähentävän kipua 48 tunnin kohdalla, mutta ei 24 tai 72 tunnin kohdalla. Näiden näytön aste oli kuitenkin matala.	Meta-analyysi	A
131.	Rezaei-Adaryani M, Ahmadi F, Mohamadi E & Asghari-Jafarabadi M. 2009. The effect of three positioning methods on patient outcomes after cardiac catheterization. Journal of Advanced Nursing 65(2), 417-424.	2009	P n=105 (n=35 kontrolliryhmä n=35 interventio-ryhmä A -> asentohoito + tyyny n=35 interventio-ryhmä B -> asentohoito)	k=mittaukset NRS-mittari) NRS (selkäkipu) verenpaine pulssi hematoomat ja verenvuoto a=tilastollinen analyysi	Potilaan selällään makaamisesta aiheutuvaa selkäkipua ja hemodynaamista epävakautta voidaan vähentää asentohoidolla ja tukityynyllä suonensisäisen sydäntoimenpiteen jälkeen ilman verenkierröllisiä komplikaatioita. Interventiolla ei todettu vaikutusta hematoomien eikä verenvuodon määrään.	Kvasiko-keellinen	C
132.	Good M. 1996. Effects of relaxation and music on postoperative pain: a review. Journal of Advanced Nursing 24(5) 905–914.	1996	A n=21	k=kirjallisuuskatsaus Medline 1966-1995 Psychit Journal Articles 1971-1995 CINAHL 1982-1995	Rentoutus ja musiikki vähensivät erityisesti affektivista (kivun tunneperäistä kokemusta) ja havainnoitavissa olevaa kipua, kun taas sensorista kipua (kipuaistimus) ja opioidien käyttöä musiikki ei vähentänyt.	Kirjallisuuskatsaus	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

133.	Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Choi C, Scolmeesters LJ & Salman A. 1999. Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. Pain 81(1–2), 163–172.	1999	P n=152 kontrolliryhmä n=465 interventio- ryhmä	k=kysely VAS kipulääkkeiden käyttö a=tilastollinen analyysi	Sekä rentoutus että musiikki ja niiden yhdistäminen vähensivät vatsanalueen leikkauksen jälkeistä kipua yhdessä lääkehoidon kanssa.	Satunnais- tettu kokeellinen	B
134.	Good M, Anderson GC, Ahn S, Cong X & Stanton-Hicks M. 2005. Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery. Research in Nursing and Health 28, 240–251.	2005	P n=167	k=kysely VAS kipulääkkeiden käyttö a=tilastollinen analyysi	Rentoutusta ja musiikkia käyttäneillä potilailla kipu oli paremmin hallinnassa sekä levossa että liikkeelle lähtiessä ja liikkeessä verrattuna kontrolliryhmän potilaisiin. Leukarentoutusmenetelmää (jaw relaxation) käyttäneillä potilailla kipu oli lievempää leikkauksen jälkeen verrattuna kontrolliryhmään.	Satunnais- tettu kokeellinen	B
135.	Mitchell LA & MacDonald RA. 2006. An experimental investigation of the effects of preferred and relaxing music listening on pain perception. Journal of Music Therapy 43(4), 295–316.	2006	K n=54	k=kysely Toleranssiaika VAS McGill a=tilastollinen analyysi	Oman mielimusiikin kuuntelu auttoi koehenkilöitä sietämään kokeellisesti aiheutettua kipua kauemmin.	Kuvaileva määrällinen	C
136.	Ovayolu N, Ucan O, Pehlivan S, Pehlivan Y, Buyukhatipoglu H, Savas MC & Culsen MT. 2006. Listening to Turkish classical music decreases patients' anxiety, pain, dissatisfaction and the dose of sedative and analgesic drugs during colonoscopy: a prospective randomized controlled trial. World Journal of Gastroenterology 12 (46), 7532–7536.	2006	P n=60	k=kysely itse kehitetty mittari STAI a=tilastollinen analyysi	Klassista musiikkia elektiivisen kolonoskopian aikana kuunnelleet potilaat tarvitsivat vähemmän kipulääkkeitä, olivat vähemmän ahdistuneita ja tyytyväisempiä hoitoonsa. Heidän kipunsa oli paremmin hallinnassa verrattuna kontrolliryhmään.	Kvasiko- keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

137.	Voss JA, Good M, Yates B, Baun MM, Thompson A & Hertzog M. 2004. Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. <i>Pain</i> 112, 197–203.	2004	P n=61	k=kysely VAS- ahdistus Dual VAS – kipu ja epämukavuus a=tilastollinen analyysi	Rauhoittavaa musiikkia kuunnelleet ohitusleikkauspotilaat kokivat vähemmän ahdistusta, kipua ja kivun aiheuttamaa epämukavuutta verrattuna kontrolliryhmän potilaisiin.	Kvasiko-keellinen	C
138.	Nilsson U, Rawall N & Unosson M. 2003. A comparison of intra-operative or postoperative exposure to music – a controlled trial of the effects on postoperative pain. <i>Anaesthesia</i> 58(7), 684–711.	2003	P n=151	k=kysely NRS (0-10) kipu, ahdistus,uupumus ja pahoinvointi opiaattien tarve a=tilastollinen analyysi	Pehmeää hidasrytmistä instrumentaalimusiikkia kuunnelleilla potilailla kipu oli paremmin hallinnassa tunnin ja kahden tunnin kuluttua leikkauksesta. Postoperatiivisesti musiikkia kuunnelleilla potilailla morfiinin tarve oli vähäisempi tunnin kuluttua leikkauksesta.	Satunnaisesti kokeellinen	B
139.	Cepeda MS, Carr DB, Lau J & Alvarez H. 2010. Music for pain relief (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 2.	2010	A n=51	k=kirjallisuuskatsaus The Cochrane Library MEDLINE EMBASE PsycINFO LILACS a=tilastollinen analyysi	Musiikin todettiin vähentävän kipua, lisäävän vähintään 50% verran kivun lieventymistä kokeneita ja vähensi morfiinin kaltaisten kipulääkkeiden tarvetta. Tulosten hyöty on kuitenkin vähäinen ja kliininen merkitys epäselvä. Musiikkia ei tulisi käyttää ensisijaisena kivun lievitysmenetelmänä, vaikkakin musiikki on potentiaalinen kivun lievitysmenetelmä osana muuta kivunhoitoa sen vähäisten kustannusten, helpon saatavuuden ja turvallisuuden näkökulmasta.	Meta-analyysi	A
140.	Kwekkeboom KL & Gretarsdottir E. 2006. Systematic review of relaxation interventions for pain. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> 38 (3), 269–277.	2006	A n=15	k=kirjallisuuskatsaus CINAHL, MEDLINE, PsychInfo a=laadullinen analyysi	Tutkimustulokset tukevat leukarentoutuksen (jaw relaxation) ja systemaattisen rentoutuksen käyttöä leikkauksen jälkeisen kivun hallinnassa.	Järjestelmällinen katsaus	B

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

141.	Roykulcharoen V & Good M. 2004. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. Journal of Advanced Nursing 48(2), 140–148.	2004	P n=122	k=kysely potilasasiakirjat VAS TSAI (Trait-State-Anxiety Inventory) lääkemäärät a=tilastollinen analyysi	Vatsanalueen leikkauksessa olleilla, systemaattista rentoutusmenetelmää käyttäneillä potilailla välittömästi rentoutuksen jälkeinen kipu ja kipuun liittyvä epämukavuus olivat lievempiä kuin kontrolliryhmän potilailla. Rentoutusmenetelmää käyttäneet potilaat tarvitsivat vähemmän kipulääkkeitä.	Kvasiko-keellinen	C
142.	Seers K & Carrol D. 1998. Relaxation techniques for acute pain management: a systematic review. Journal of Advanced Nursing 27(3), 466-475.	1998	A n=7	k=kirjallisuus-katsaus MEDLINE, psycLIT, CINAHL, Oxford Pain Relief Database	Näyttää rentoutusmenetelmistä ainoana kivunlievitysmenetelmänä ei ole tarpeeksi, joten sitä tulee käyttää läikehoidon rinnalla.	Kirjallisuus-katsaus	D
143.	Good M, Albert JM, Anderson GC, Wotman S, Cong X, Lane D & Ahn S. 2010. Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery. Nursing Research 59(4),259-269.	2010	P n=517 (n=103 kontrolliryhmä n=82 potilasohjaus PT n=95 rentoutus ja musiikki RM n=86 PT+RM)	k=kysely, kipupumpun monitori, potilasasiakirjat, haastattelu, mittaukset VAS opioidin käyttö musiikin käyttö, sen miellyttävyyys ja väsyttävä vaikutus pulssi hengitystaajuus usko intervention vaikuttavuuteen leikkauksen kesto ja leikkaushaavan sijainti a=tilastollinen analyysi	Rentoutus ja musiikki potilaan itse annostelevaan kipulääkitykseen (opioidi) rinnalla vähensi kivun kokemista pelkästään ja yhdistettynä kivun hoitoon liittyvään potilasohjaukseen. Pelkän potilasohjauksen potilaan itse annostelevaan kipulääkityksen rinnalla ei kuitenkaan todettu vähentävän kivun kokemista eikä se lisännyt rentoutuksen ja musiikin vaikutusta kivun vähenemiseen nähden.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

144.	Keogh E, Thompson T & Hannent I. 2003. Selective attentional bias, conscious awareness and the fear of pain. Pain 104, 85–91.	2003	K n=81	k=kyselytutkimus FPQ DASS-SF (DASS-A, DASS-D, DASS-S) MHVS a=tilastollinen analyysi	Kokeellisessa tutkimuksessa vähemmän pelokkaat henkilöt kykenivät suuntaamaan huomion pois kivusta paremmin kuin voimakkaasti pelkäävät.	Kuvaileva määrällinen	C
145.	Veldhuijzen DS, Kenemans JL, de Bruin CM, Olivier B & Volkerts ER. 2006. Pain and attention: attentional disruption or distraction? The Journal of Pain 7(1), 11–20.	2006	K n=30	k=kysely STAI-ahdistus CES-D-masennus POMS- mieliala VAS a=tilastollinen analyysi	Koehenkilöt kokivat kokeellisesti aiheutetun kivun lievempänä suorittaessaan vaativaa tehtävää. Keskittyminen tehtävään vei huomion pois kivusta.	Kvasiko-keellinen	C
146.	Roelofs J, Peters ML, van der Zijden M & Vlaeyen JW. 2004. Does fear of pain moderate the effects of sensory focusing and distraction on cold pressor pain in pain-free individuals? The Journal of Pain 5(5), 250–256.	2004	K n=272	k=kysely FPQ PVAQ PCS a=tilastollinen analyysi	Koehenkilöt, jotka pelkäsivät kipua eniten, kokivat myös kivun voimakkaampana. Huomion suuntaaminen pois kivusta tehoi vain henkilöihin, joilla ei ollut voimakas kivunpelko.	Kvasiko-keellinen	C
147.	Valet M, Sprenger T, Boecker H, Willloch F, Rummeny E, Conrad B, Erhard P & Tolle TR. 2004. Distraction modulates connectivity of the cingulo-frontal cortex and the midbrain during pain—an fMRI analysis. Pain 109, 399–408.	2004	K n=7	k= kliininen tutkimus fMRI a=magneettikuvien analyysi	Kivun voimakkuus oli matalampi koehenkilöillä, kun huomio suunnattiin pois kivusta. Huomion suuntaaminen pois kivusta aktivoi aivoalueita, joka saattaa heikentää kipusignaalin välittymistä.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

148.	Antall GF & Kresevic D. 2004. The use of guided imagery to manage pain in an elderly orthopaedic population. Orthopaedic Nursing 23(5), 335–340.	2004	P n=13	k=kysely VAS POMS (Profile of Mood States) SF-12 käytetyt lääkkeet a=tilastollinen analyysi	Mielikuvittelua käyttäneillä potilailla oli lonkkaleikkauksen jälkeen kivun voimakkuus alhaisempi ja he tarvitsivat vähemmän kipulääkitystä verrattuna kontrolliryhmään. He myös kotiutuivat aikaisemmin.	Kuvaileva määrällinen	C
149.	Tusek D, Church JM & Fazio VW. 1997. Guided imagery as a coping strategy for perioperative patients. AORN 66, 644–649.	1997	P n=65 kontrolliryhmä n= 65 interventio-ryhmä	k=kysely NRS kipulääkityksen määrä sivuvaikutusten määrä unen laatu sairaalassa oloaika suolen toiminta a=tilastollinen analyysi	Ohjattu mielikuvaharjoittelu vähensi gastroenterologisessa leikkauksessa olleiden potilaiden ahdistusta. Heidän kivun voimakkuutensa oli alhaisempi, he tarvitsivat vähemmän kipulääkkeitä ja he olivat tyytyväisempiä hoitoonsa verrattuna kontrolliryhmään.	Kvasiko-keellinen	C
150.	Gonzales EA, Ledesma RJA, McAllister DJ, Perry SM, Dryer CA & Maye JP. 2010. Effects of Guided Imagery on Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Same-Day Surgical Procedures: A Randomized, Single-Blind Study. AANA Journal 78(3), 181-188.	2010	P n=44 (n=22 kontrolliryhmä n=22 interventio-ryhmä)	k=kysely, potilasasiakirjat APAIS vVAS kipulääkkeiden käyttö potilastyytyväisyys sairaalassaoloaika a=tilastollinen analyysi	Mielikuvaharjoittelu voi vähentää merkittävästi potilaiden ahdistusta preoperatiivisesti. Tällä voi taas olla vaikutusta postoperatiivisen kivun vähenemiseen ja nopeuttaa kotiutumista postoperatiivisesta anestesiayksiköstä.	Kvasiko-keellinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

151.	Derry CJ, Derry S & Moore RA. 2012. Caffeine as an analgesic adjuvant for acute pain in adults (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.	2012	A n=19	k=kirjallisuus-katsaus CENTRAL MEDLINE EMBASE the Oxford Pain Relief Database a=tilastollinen analyysi	Kofeiinilisä (100 mg tai enemmän) yhdistettynä tavalliseen annokseen yleisimmin käytettyjä kipulääkkeitä (ibuprofeini, parasetamoli) tehostaa hieman kivun lieventymistä riippumatta kivun tyypistä tai käytetystä kipulääkkeestä. Hyvän kivun lievityksen kokeminen lisääntyi 5-10%:lla kofeiinilisän myötä (NNT 15).	Meta-analyysi	A
152.	Lin C-C. 2000. Applying the American Pain Society's QA standards to evaluate the quality of pain management among surgical, oncology, and hospice inpatients in Taiwan. Pain 87(1), 43–49.	2000	P n=234	k=kysely APS outcome Questionnaire a=tilastollinen analyysi	Monet potilaat eivät pyytäneet kipulääkettä sairaalassa ollessaan. Vaikka potilaat kokivat kipulääkityksen riittämättömäksi, useimmat potilaista eivät pyytäneet muutosta kipulääkitykseen.	Kuvaileva määrällinen	C
153.	Doling SJ & Cashman JN. 2005. Tolerability of acute postoperative pain management: nausea, vomiting, sedation, pruritis, and urinary retention. Evidence from published data. British Journal of Anaesthesia. 95(5), 584-591.	2005	A n=410	Medline (1974-1999)	Kipulääkitykseen voi liittyä erilaisia sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointi, oksentelu, sedaatio, kutina ja virtsaumpi.	Kirjallisuus-katsaus	D
154.	Cashman JN & Dolin SJ. 2004. Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: evidence from published data. British Journal of Anaesthesia 93(2), 212–223.	2004	A n=165	MEDLINE a=tilastollinen analyysi	Eri lääkkeenantomenetelmin (i.m., PCA ja epid) toteutettuun kivunhoitoon saattoi liittyä sivuvaikutuksia, joskin ne olivat erittäin harvinaisia. Hengitysvajaus esiintyi alle 1 %:lla ja verenpaineen laskua alle 5 %:lla potilaista (n = 20 000).	Kirjallisuus-katsaus	D

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

155.	Jarernsripornkul N, Krska J, Richards RM & Capps PA. 2002. Patient reporting of adverse drug reactions: useful information for pain management? <i>European Journal of Pain</i> 7(3), 219–224.	2002	P n=1048	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Osa potilaista saattoi kieltäytyä kipulääkityksestä tai lopettaa lääkityksen kipulääkkeistä aiheutuvien sivuvaikutuksien takia.	Kuvaileva määrällinen	C
156.	Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, Lietman SA, Jermyn RM & Fleisher LA. 2003. The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 97, 1078–1085.	2003	P n=37	k=kysely SF-12 VAS a=tilastollinen analyysi	Lonkkaleikkauksen jälkeinen kipu ja pahoinvointi heikensivät potilaiden elämänlaatua.	Kuvaileva määrällinen	C
157.	Chia Y-Y, Kuo M-C, Liu K, Sun G-C, Hsieh S-W & Chow L-H. 2002. Does postoperative pain induce emesis? <i>The Clinical Journal of Pain</i> 18(5), 317–323.	2002	P n=625	k=kysely VASR VASC sivuvaikutus- ja lääkitystiedot a=tilastollinen analyysi	Pahoinvointia esiintyi enemmän niillä gynekologisessa leikkauksessa olleilla potilailla, joiden kipu oli voimakkaampaa sekä levossa että yskiessä.	Kuvaileva määrällinen	C
158.	Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n kivunhoidon jaoksen työryhmä. Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta. <i>Kipuviesti</i> 2/2012	2012	-	-	Kivusta ja kivun hoidosta tulisi kirjata vähintään kivun voimakkuus validoidulla mittarilla mitattuna, käytetty kivun hoitomenetelmä sekä kivun hoidon haittavaikutukset.	Asiantuntija lausunto	D
159.	Idvall E & Ehrenberg A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 11(6), 734–742.	2002	P n=172 H n=63	k=potilasasiakirjat, kysely (hoitajille) a=tilastollinen analyysi	Kivun hoitotyön prosessia ei kirjattu systemaattisesti. Sairaanhoitajat eivät tunnistanee kirjaamisen puutteita.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

160.	Briggs M & Dean KL. 1998. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 7(2), 155-163.	1998	P n=65	k=haastattelu Potilasasiakirja- merkinnät VRS Lääkemäärät a=laadullinen ja tilastollinen analyysi	Kirjaamisen perusteella kipua ei arvioitu säännöllisesti. Potilaan oma kokemus ei tule kirjaamisessa esille.	Kuvaileva määrällinen	C
161.	Malek CJ & Olivieri RJ. 1996. Pain management: documenting the decision making process. <i>Nursing Case Management</i> 1(2), 64–74.	1996	A n=23	k=potilasasiakirja- merkinnät NPMAT (Nurses´ Pain management Audit Tool) a=tilastollinen analyysi	Kivun hoitotyön kirjaamisessa ei näkynyt sairaanhoitajan päätöksenteko. Kirjaamisen perusteella ei voitu tehdä johtopäätöksiä kivunhoidon vaikuttavuudesta.	Kuvaileva määrällinen	C
162.	Roets L, Aucamp MC, de Beer H & Niemand M. 2002. Keeping record of the postoperative nursing care of patients. <i>Curationis</i> 25(4), 38–47.	2002	A n= 186	k=potilasasiakirja- merkinnät a=frekvenssit merkinnöistä	Kivunhoidon vaikutusta ei kirjattu järjestelmällisesti.	Kuvaileva määrällinen	C
163.	Mac Lellan K. 1997. A chart audit reviewing the prescription and administration trends of analgesia and the documentation of pain, after surgery. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 26(2), 345–350.	1997	A n=136	k=potilasasiakirja- merkinnät a=tilastollinen analyysi	Kivun voimakkuutta ja hoidon vaikutusta ei kirjattu systemaattisesti.	Kuvaileva määrällinen	C
164.	Eder SC, Sloan EP & Todd K. 2003. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. <i>American Journal of Emergency Medicine</i> 21(4), 253–257.	2003	P n=302	k=potilasasiakirja- merkinnät a=tilastollinen analyysi	Päivystyspoliklinikalla etenkin kivunhoidon seurannan kirjaaminen oli puutteellista.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

165.	Warrén Stomberg M, Lorenzen P, Joelsson H, Lindquist H & Haljamäe H. 2003. Postoperative pain management on surgical wards—impact of database documentation of anesthesia organized services. <i>Pain Management Nursing</i> 4(4), 155–164.	2003	A n=2890	k=potilasasiakirja-merkinnät Lääkemäärät Lääkityksen kesto aika Sivuvaikutukset Lääkeannokset a=tilastollinen analyysi	Puutteellinen kivun seurantalomakkeiden täyttäminen vaikeuttaa laadun valvontaa.	Kuvaileva määrällinen	C
166.	de Rond ME, de Wit R, van Dam FS, van Campen BT, den Hartog YM & Klievink RM. 2000. A Pain Monitoring Program for nurses: effects on nurses' pain knowledge and attitude. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 19(6), 457–467.	2000	H N=240	k=kysely PKQ-DLV PAI a=tilastollinen analyysi	Koulutuksen myötä sairaanhoitajien asenteet muuttuivat hyvää kivunhoitoa tukeviksi ja he kiinnittivät enemmän huomiota potilaan kipuun.	Kuvaileva määrällinen	C
167.	de Rond ME, de Wit R, van Dam FS & Muller MJ. 2000. A Pain Monitoring Program for nurses: effects on communication, assessment and documentation of patients' pain. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 20(6), 424–439.	2000	P n=358 kontrolliryhmä n=345 interventio-ryhmä	k=kysely, potilasasiakirjat MPQ-DLV a=tilastollinen analyysi	Koulutusohjelma paransi kivun arviointikäytäntöjä ja kirjaamista, mutta koulutuksella ei ollut vaikutusta hoitohenkilökunnan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen.	Kvasiko-keellinen	C
168.	de Rond M, de Wit R & van Dam F. 2001. The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practice: results of a follow-up study in five hospitals. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 35(4), 590–598.	2001	H n=277 L n=115	k=kysely DPAQ PAI PKQ-DLV a=tilastollinen analyysi	Yksittäisellä koulutuskerralla ei saatu aikaan pysyvää muutosta kivun hoitotyön käytäntöön.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

169.	White CL. 1999. Changing pain management practice and impacting on patient outcomes. <i>Clinical Nurse Specialist</i> 13(4), 166–172.	1999	P n=35	k=potilasasiakirja-merkinnät ja haastattelu PPI, McGill, Pain management audit tool a=tilastollinen analyysi	Hoitohenkilökunnan koulutus, jossa käsiteltiin kipua, kivun arviointia ja kivun hoitomenetelmiä, paransi kirjaamista. Koulutuksen jälkeen potilaan kivun voimakkuus kirjattiin useammin potilasasiakirjoihin ja kipulääkkeiden käyttö lisääntyi. Vaikka potilaiden kivun voimakkuuden trendi koulutuksen jälkeen oli laskeva, tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevää.	Kuvaileva määrällinen	C
170.	Lin P-C, Chiang H-W, Chiang T-T & Chen C-S. 2008. Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17, 2032-2041.	2008	H + P n=81 hoitajat (n=39 kontrolliryhmä n=42 interventio-ryhmä) n=40 potilaat	k=kysely (hoitajat), haastattelu (potilaat) Checklist for knowledge of pain management Attitudinal checklist Behaviour scale of relaxation therapy a=tilastollinen analyysi	Hoitajille kohdennetulla jatkuvalla kivun hoitoon liittyvällä koulutuksella (sis. luentoja, keskustelua, kirjallista materiaalia, kokemusten jakamista ja kliinistä harjoittelua kivun arvioinnista, lääkkeellisestä ja ei-lääkkeellisestä hoidosta sekä rentoutushoidosta) voidaan lisätä hoitajien tietoa kivun hoidosta ja parantaa hoitajien kivun hoitoon liittyviä asenteita sekä kivun hoidon toteutusta.	Kvasiko-keellinen	C
171.	Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG & Sjöström B. 2008. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17, 2042-2050.	2008	H + P Part I n=19 hoitajaa n=77 potilasta Part II n=22 hoitajaa n=141 potilasta	k=kysely, potilasasiakirjat VAS kipulääkityksen määrä kipua koskevat kirjaukset hoitajien kivun hoitoa koskevat toimintatavat a=tilastollinen analyysi	Hoitajien kyky arvioida potilaiden kipua parani hieman kahden vuoden kuluessa, jonka aikana hoitohenkilökunnalle toteutettiin kivun hoitoa koskeva koulutusohjelma (sis. kivun fysiologiaa, farmakologiaa sekä eri kipulääkkeiden kliinistä vaikutusta ja riskejä, kivun arviointia ja dokumentointia). Tulokset kuitenkin osoittivat eroavaisuutta hoitajien kliinisen työn toteutuksessa verrattuna hoitosuosituksiin. Kipua koskevat kirjaukset myös vähenivät seuranta-aikana.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

172.	Crawford FIJ, Armstrong D, Boardman C & Coulthard P. 2011. Reducing postoperative pain by changing the process. <i>British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery</i> 49, 459-463.	2011	P n=68 ennen interventiota n=80 intervention jälkeen	k=haastattelu VAS (kivun kesto ja voimakkuus) kivun hoitoa koskevat odotukset ja tyytyväisyys kivun hallintaan a=tilastollinen analyysi	Riittämättömästi hoidetuksi koettu kipu väheni merkittävästi intervention jälkeen. Tämän perusteella posoperatiivista kipulääkitystä koskeva protokolla yhdistettynä hoitohenkilökunnan ja potilaiden koulutukseen voi olla hyödyllinen. Kuitenkin voimakkaan kivun kokeminen oli interventiosta huolimatta melko yleistä, joka osoittaa vielä tarvetta protokollan kehittämiseksi. Potilaiden kivun kokemisen keston ja potilaiden tyytyväisyyteen ei interventiolla todettu olevan vaikutusta.	Kuvaileva määrällinen	C
173.	Idvall E. 2004. Quality of care in postoperative pain management: what is realistic in clinical practice? <i>Journal of Nursing Management</i> 12(3), 162–166.	2004	P n=198 H n= 63	k=kysely Itse kehitetyt potilas ja hoitaja mittarit a=tilastollinen analyysi	Sekä potilaat että sairaanhoitajat arvioivat toteutuneen kivun hoidon laadun heikommaksi, kuin mikä sairaanhoitajien oman arvion perusteella oli mahdollista käytännössä toteuttaa. Vaikka hoitajat tiesivät hyvistä kivun arvioinnin ja potilasohjauksen käytännöistä, he eivät toimineet ohjeiden mukaisesti.	Kuvaileva määrällinen	C
174.	Idvall E, Hamrin E, Sjöström B & Unosson M. 2002. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. <i>Quality & Safety in Health Care</i> 11(4), 327–334.	2002	P n=209 H n=64	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Potilaat arvioivat kivunhoidon laadun hoitajien arviota alhaisemmaksi vuorovaikutuksen, toiminnan, luottamuksen ja ympäristön näkökulmista arvioituna. Potilaat kokivat kovempaa kipua kuin olivat odottaneet.	Kuvaileva määrällinen	C
175.	Idvall E, Hamrin E & Unosson M. 2002. Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 37(6), 532–540.	2002	P n=209	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Potilaat arvioivat kivunhoidon laadun hoitajien arviota alhaisemmaksi vuorovaikutuksen, toiminnan, luottamuksen ja ympäristön näkökulmista arvioituna. Potilaat kokivat kovempaa kipua kuin olivat odottaneet.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

176.	Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, Laskin R, Lipson S, Siliski J, Thornhill T & Zuckerman J. 2000. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: A Nine-Hospital Study of Surgical Patients. Medical Care 38(8), 807–819.	2000	P/H n=878 potilasta n=388 sh	k=kysely, potilasasiakirjat itse kehitetty mittari, WOMAC a=tilastollinen analyysi	Eri ammattiryhmien yhteistyön tehostaminen paransi kivun hoitotyön laatua. Potilaat arvioivat hoidon laatua vuorovaikutuksen, yksilöllisyyden kunnioittamisen, fyysisen hoidon tarpeen, ohjauksen, kivunhoidon ja kotiutussuunnitelman näkökulmista.	Kuvaileva määrällinen	C
177.	Dufault MA & Willey-Lesne C. 1999. Using a collaborative research utilization model to develop and test the effects of clinical pathways for pain management. Journal of Nursing Care Quality 13(4), 19–33.	1999	P/H n=239 potilasta n=102 henkilökunnan edustajaa	k= strukturoitu haastattelu, potilasasiakirjat BPI a=tilastollinen analyysi	Tutkittuun tietoon perustuvan, monitieteellisen ajattelutavan käytäntöön soveltaminen paransi kivun hoitotyön laatua. Potilaan hoitopolun kuvaaminen ja näyttöön perustuvan tiedon käytäntöön vieminen sai aikaan muutoksen henkilökunnan kivunarviointikäytännöissä ja asenteissa tutkimustietoa kohtaan.	Kvasiko-keellinen	C
178.	Schafheutle EI, Cantrill JA & Noyce PR. 2001. Why is pain management suboptimal on surgical wards? Journal of Advanced Nursing 33(6), 728–737.	2001	H n=180	k=kysely itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Hoitajat tunnistivat hyvän kivunhoidon esteiksi organisaatiosta johtuvat tekijät (ajanpuute, henkilöstöpula, työkuorma), puutteelliset kipulääkemääräykset, uuden määräyksen viipyminen, kiputiimiä tai lääkäreitä ei ole saatavilla ja potilaiden uskomukset ja kieltäytyminen lääkkeitä.	Kuvaileva laadullinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

179.	Sjöstedt L, Hellström R & Stomberg MW. 2011. Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. Gastroenterology Nursing 34(5), 390-397.	2011	H + L n=39 hoitajaa n=10 anestesialääkäriä	k=fokusryhmähaastattelu (hoitajat) ja yksilöhaastattelu (lääkärit) arvio potilaan tiedon tarpeesta a=sisällön analyysi	Hoitajien ja anestesialääkäreiden mukaan potilaat tarvitsevat ennen paksusuoleen kohdistuvaa operaatiota tietoa ahdistuksen lieventämisestä, posoperatiivisesta kivun hoidosta ja hoitopolusta kokonaisuudessaan sekä tietoa, joka lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Informanttien kesken ei ollut eroavaisuutta potilaiden tiedon tarpeita koskevista näkemyksistä ja kaikki myös kokivat, että potilailla yleisesti on suuri tiedon tarve ja diagnoosia koskeva tiedon tarve on toistuva. Potilaille annettavaa tietoa tulisi kerrata eri paksusuoleen kohdistuvan operaation vaiheissa. Tieto, hyvä kommunikaatio ja moniammatillisen henkilökunnan asenne tukevat potilaan mukavuuden tunnetta ennen leikkausta.	Kuvaileva laadullinen	D
180.	Stomberg MW, Wickström K, Joelsson H, Sjöström B & Haljamäe H. 2003. Postoperative pain management on surgical wards—do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical outcomes? Pain Management Nursing 4(1), 11–22.	2003	P/H n=110 potilasta n=51 sh	k=kysely VAS itse kehitetty mittari a=tilastollinen analyysi	Sairaaloissa, joissa oli toimiva Acute Pain Service (APS, kivun hoitotiimi, joka vastaa kivun hoitotyön laadusta), potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa kivunhoitoon. Heillä esiintyi vähemmän keuhkokomplikaatioita, heidän kipunsa oli paremmin hallinnassa ja kivun hoitotyön kirjaaminen oli tarkempaa. Potilaiden sairaalassaoloaika saattoi olla lyhyempi, joten kustannussäästöä voi syntyä potilaiden siirtyessä aikaisemmin jatkohoitoonpaikkaan. Sairaaloissa, joissa oli hoitajakeskeinen Acute Pain Service organisaatio, preoperatiivinen ohjaus toteutui paremmin, viive kipulääkkeen saamisessa oli pienempi, hoito perustui potilaan omaan arvioon kivusta, vastuut oli määritelty, kivun arviointitavat olivat järjestelmälliset ja henkilökunnan asenteet tukivat hyvää kivunhoitoa.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

181.	Werner MU, Sørholm L, Rotbøll-Nielsen P & Kehlet H. 2002. Does an acute pain service improve postoperative outcome? <i>Anesthesia & Analgesia</i> 95(5), 1361–1372.	2002	A n=154	k=kirjallisuuskatsaus a=tilastollinen analyysi	Sairaaloissa, joissa oli toimiva Acute Pain Service (APS, kivun hoitotiimi, joka vastaa kivun hoitotyön laadusta), potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa kivunhoitoon. Heillä esiintyi vähemmän keuhkokomplikaatioita, heidän kipunsa oli paremmin hallinnassa ja kivun hoitotyön kirjaaminen oli tarkempaa. Potilaiden sairaalassaoloaika saattoi olla lyhyempi, joten kustannussäästöä voi syntyä potilaiden siirtyessä aikaisemmin jatkohoitoonpaikkaan.	Kirjallisuuskatsaus	D
182.	Salomäki TE, Hokajärvi TM, Ranta P & Alahuhta S. 2000. Improving the quality of postoperative pain relief. <i>European Journal of Pain</i> 4, 367–372.	2000	P n=400	k=kysely itse kehitetty mittari NRS a=tilastollinen analyysi	Hoitajakeskeisen APS:n käynnistäminen, jossa henkilökuntaa koulutettiin, potilaiden kivun voimakkuutta arvioitiin säännöllisesti ja kivunhoidon ohjeistukset tarkennettiin, vähensi potilaiden leikkauksen jälkeistä kivun voimakkuutta ja vaihtelua. Kivunhoidon tehostaminen ei lisännyt sivuvaikutuksia.	Kuvaileva määrällinen	C
183.	Mackintosh C & Bowles S. 2000. The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about post-operative pain. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 9(1), 119–126.	2000	H n=63	k=kysely a=tilastollinen analyysi	APS vaikutti hoitajien tietoihin ja asenteisiin, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi.	Kuvaileva määrällinen	C
184.	Harmer M & Davies KA. 1998. The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. <i>Anaesthesia</i> 53(5), 424–430.	1998	P n=2738	k=kysely standardoitu mittari a=tilastollinen analyysi	Henkilökunnan koulutuksella, potilasohjauksen tehostamisella ja lääkehoidon käytäntöjä kehittämällä kivunhoidon laatu parani: potilaiden ilmoittama kivun voimakkuus aleni, pahoinvointia oli vähemmän ja leikkauksenjälkeisiä komplikaatioita oli jonkin verran vähemmän.	Kuvaileva määrällinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

185.	Huang N, Cunningham F, Laurito CE & Chen C. 2001. Can we do better with postoperative pain management? The American Journal of Surgery 182(5), 440–448.	2001	Hakumenettelyä ei ole kuvattu	k=kirjallisuuskatsaus Medline, CINAHL 1996-2000	Potilaan kivunhoidon esteinä olivat organisaation rakenteelliset tekijät (hyvä käytäntö oli määrittelemättä), sekä henkilökunnan koulutuksen ja potilaiden ohjauksen puutteellisuus.	Kirjallisuuskatsaus	D
186.	McDonnell A, Nicholl J & Read SM. 2003. Acute pain teams and the management of postoperative pain: a systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing 41(3), 261–273.	2003	A n=15	k=kirjallisuuskatsaus Medline Cinahl Cochrane database of Systematic Reviews British Nursing Index RCN Journals database Embase Nursing Collection a=tilastollinen analyysi, laadullinen analyysi	Tutkimusta, joka luotettavasti arvioisi APS:n vaikutusta aikuisten leikkauspotilaiden kivun hoitotyön tuloksiin tai prosesseihin, ei ollut riittävästi. Toisaalta ei ollut näyttöä siitä, että APS- toiminta olisi tehontonta.	Järjestelmällinen katsaus	B
187.	Bucknall T, Manias E & Botti M. 2001. Acute pain management: Implications of scientific evidence for nursing practice in the postoperative context. International Journal of Nursing Practice 7(4), 266–273).	2001	-	-	Kivun hoitotyötä kehitettäessä tulisi huomioida ympäristön asettamat esteet hoitajien päätöksenteolle.	Asiantuntija lausunto	D
188.	Manias E, Bucknall T & Botti M. 2005. Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. Pain Management Nursing 6(1), 18–29.	2005	H n=52 P n=312	k=havainnointi a=laadullinen analyysi	Sairaanhoitajat asettivat hoitotyössä etusijalle erilaisia tehtäviä kuten puheluihin vastaamisen, osastosiirrot ja potilaan sisään kirjaus, sen sijaan että olisivat priorisoineet potilaiden kivun hoitoa.	Kuvaileva laadullinen	C

LIITETAULUKKO 1: Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: hoitosuosituksen perustana olevat lähteet

189.	McLeod GA. 2002. The use of audit in acute pain services: a UK perspective. <i>Acute Pain</i> 4(2), 57–64.	2002	-	Yhden lähteen referointi: The Royal College of Anaesthetists audit recipe book	Auditoinnilla oli mahdollista parantaa kivunhoidon laatua. Auditointiprosessissa tunnistetaan parhaat tutkimustietoon perustuvat käytännöt, arvioidaan vallitseva tilanne ja korjataan havaitut puutteet.	Asiantuntija lausunto	D
190.	Hartog CS, Rothaug J, Goettermann A, Zimmer A & Meissner W. 2010. Room for improvement: nurses' and physicians' views of a post-operative pain management program. <i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i> 54, 277-283.	2010	H + L n=78	k=kysely, potilaiden aiemmin antamia tietoja koskeva tietokanta arvio postoperatiivisen kivun hoidon hallinnasta ja tärkeydestä hoitohenkilökunnan tieto kivun hoidosta hoitohenkilökunnan arvio kivusta kivun hoitoon kuuluvat vastuut ja velvollisuudet potilaan oma arvio kivusta kivun hoidon menetelmät a=tilastollinen analyysi	Postoperatiivisen kivun hoito koettiin tärkeäksi kaikkien vastaajien kesken. Kivun hoidon toteutuksen onnistuminen arvioitiin kuitenkin tätä hieman heikommaksi. Hoitajien ja lääkäreiden arvioima kivun hoidon onnistuminen vastasi potilaiden aiemmin arvioimaa kivun astetta. Hoitajat arvioivat kivun hoitoon liittyvät tietonsa lääkäreitä korkeammiksi. Henkilökunta joko yli- tai aliarvioi tyypillisten toimenpiteiden aiheuttaman kivun potilaalle. Naispuolinen henkilökunta arvioi toimenpiteet kivuliaammiksi kuin miehet. Epäselvyyttä todettiin olevan kivun hoitoon liittyvien vastuun ja velvollisuuksien osalta. Kivun hoidon toteutus edellyttää vielä organisaatiosalla kehittämistä.	Kuvaileva määrällinen	C
191.	Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefevre N & Laxenaire MC. 2002. Acute Postoperative pain management at home after ambulatory surgery: A French pilot survey of general practitioners' views. <i>Anesthesia & Analgesia</i> 95(5), 1258–1262.	2002	L n=2199	k=kysely itse laadittu mittari a=tilastollinen analyysi	Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunta ei aina tietänyt tarkasti, mikä toimenpide asiakkaalle oli tehty. Heillä ei välttämättä ollut lisäkipulääkitysohjeita eikä yhteystietoja hoitopaikkaan, jossa asiakasta oli hoidettu.	Kuvaileva määrällinen	C