

---

# **Kivun arvioinnin toteutuminen akuuttihoidon yksikössä**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, syksy 2016

Laura Visala



LAHDENSIVU  
Hoitotyön koulutus  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Laura Visala	<b>Vuosi</b> 2016
<b>Työn nimi</b>	Kivun arvioinnin toteutuminen akuuttihoidon yksikössä	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, eräästä akuuttihoidon yksiköstä. Opinnäytetyön aihe koettiin tarpeelliseksi ja ajankohtaiseksi, koska Pirkanmaan sairaanhoitopiirin uusissa ohjeistuksissa määritellään VAS-kipumittarin käytön olevan osa kivunarviointia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada ajankohtaista tietoa siitä, kuinka usein tutkimusyksikössä VAS-kipumittaria käytetään kivun arvioinnissa. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, kuinka kivun arviointi ja hoito yksikössä toteutuu potilasasiakirjojen kirjausten perusteella.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksena, missä analysoitiin tutkimusyksikön hoitotyön kirjauksia. Tutkimuksen kirjaukset rajattiin rinta- ja vatsakipuihin potilaisiin. Opinnäytetyö oli sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella VAS-kipumittaria oli käytetty 20 %:ssa tutkituista kirjauksista. Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, ettei VAS-kipumittarin käyttö ole vielä vakinaistunut tutkimusyksikössä. Kuitenkin kivun voimakkuuden arviointi oli toteutunut yksikössä sanallisena kivun arviointina. Kivun hoidossa oli käytetty paljon lääkkeellistä kivunhoitoa, mutta lääkkeettömästä kivunhoidosta ei juuri löytynyt kirjauksia.

Opinnäytetyön tulosten perusteella yksikössä kannattaa jatkossa kiinnittää huomiota VAS-kipumittarin säännölliseen käyttöön. Kivun käypähoitosuositus (2015) määrittää, että kivun arvioinnissa on käytettävä jotakin yleistä kipumittaria kivun voimakkuuden arvioinnissa. Kipumittarin käyttö on siis merkittävä osa potilaan kivun arviointia, ja sen käytön vakinaistuminen päivittäiseen hoitotyöhön on tärkeää.

**Avainsanat** VAS-kipumittari, kivun arviointi, kivun hoito

**Sivut** 29 s. + liitteet 4 s.

LAHDENSIVU  
Degree Programme in Nursing  
Nursing

---

<b>Author</b>	Laura Visala	<b>Year</b> 2016
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	The Realization of Pain Assessment and Management	

---

ABSTRACT

The subject of this Bachelor's thesis was assessment and management of pain in the intensive care unit. The purpose of the thesis was to investigate how often visual analog pain rating scale is used in the intensive care unit.

The aims for the assignment were to get more knowledge about pain assessment and pain management in the intensive care unit. The subject of this thesis was derived from Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaa hospital district. The subject seemed to be useful and topical because of the new directive about visual analog pain rating scale in Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaa hospital district.

The thesis was quantitative and qualitative. The material used in this study was collected from medical records. Other research of the assessment and management of pain were used in this thesis.

Research results indicated that visual analogue rating scale was not being used on a regular basis in the intensive care unit. However, the pain assessment was done as a verbal pain assessment. Medication was used often as a pain management method, while nonmedical pain treatment was not used much in the unit. Based on results of this thesis, the staff on the unit should pay attention to on how to use visual analogue rating scale on a regular basis.

**Keywords** Visual analog pain rating scale, pain assessment, pain management

**Pages** 29 p. + appendices 4 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KIPU.....	2
2.1	Akuutti kipu.....	2
2.2	Krooninen kipu.....	3
2.2.1	Neuropaattinen kipu .....	4
2.2.2	Nosiseptiivinen kipu .....	4
2.2.3	Idiopaattinen kipu .....	4
3	KIVUN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI .....	5
3.1	Kivun arvioinnin apuvälineet .....	7
3.2	VAS-kipumittari.....	7
3.3	Hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarista .....	8
3.4	VAS-kipumittari akuuttihoitotyössä .....	9
4	KIVUN HOITO .....	9
4.1	Akuutin kivun lääkehoito .....	10
4.2	Lääkkeetön kivun hoito.....	11
5	KIRJAAMINEN.....	11
5.1	Kirjaaminen hoitotyössä.....	12
5.2	Kivun kirjaaminen.....	12
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE	13
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	14
7.1	Tutkimusmenetelmät.....	14
7.2	Koeotanta .....	15
7.3	Aineiston keruu .....	15
7.4	Aineiston analysointi.....	16
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	17
8.1	VAS-kipumittarin käyttö tutkimusyksikössä .....	17
8.2	Kivun arvioinnin ja hoidon toteutuminen tutkimusyksikössä.....	19
9	POHDINTA.....	23
9.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu .....	23
9.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	25
9.3	Oma oppiminen ja jatkotutkimusaiheet.....	26
	LÄHTEET .....	27

## 1 JOHDANTO

Kivuntutkimusyhdistys IASP:n mukaan kipu on sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivaurioon. Vaikka kipu osaltaan onkin fysiologinen ilmiö, on se hyvin henkilö-koh-taista ja kokemuksellista. Henkilön kokemaa kipua on vaikea välittää toi-selle ihmiselle. Kipua on myös tutkittu paljon, ja eri aikakaudet ja kulttuurit ovat tulkinneet kipua eri tavalla. (IASP Taxonomy 2012; Vainio 2006, 21, 39.)

Kivun hoito ja arviointi ovat oleellinen osa sairaanhoitajan työtä. Vento, Nyqvist ja Siiriäinen (2015) havaitsivat opinnäytetyönsä tuloksissa sen, että vain pieni osa sairaanhoitajista käytti kipumittareita arvioidessaan po-tilaan kipua. Kivun käypähoitosuosituksessa (2015) kuitenkin määritellään, että kipupotilaan kivun voimakkuus tulisi arvioida jollakin yleisesti käyte-tyllä kipumittarilla, esimerkiksi VAS-kipujanalla. VAS-kipujana on yleisimmin käytetty kipumittari, ja sitä voidaan käyttää apuvälineenä kivun arvioinnissa (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 87).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää VAS-kipumittarin käyttöä ja kivun arviointia Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttiosastolla. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat toimeksiantajan kannalta tärkeitä, sillä saatiin tietoa siitä, käytetäänkö kyseisessä yksikössä kipumittaria kivun arvioin-nissa, ja kirjataan sitä potilasasiakirjoihin. Tavoitteena oli siis saada ajan-kohtaista tietoa VAS-kipumittarin käytön säännöllisyydestä potilaan kivun-hoidossa ja arvioinnissa. Tutkimuksen kohteena olivat akuuttiosaston poti-lasiasiakirjamerkinnät, joiden otannasta tutkittiin VAS-kipumittarin käytön toteutumista.

Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Aihe koettiin tarpeelliseksi sekä ajankohtaiseksi, sillä Pirkanmaan sairaan-hoitopiirin toimintaohjeessa 2014–2016 on määritelty, että VAS-kipumittaria tulisi käyttää kivunhoidossa ja arvioinnissa. (Hoitotyön toi-mintaohjelma 2014–2016.)

## 2 KIPU

Kipu on samaan aikaan tunne- ja aistikokemus sekä fysiologinen ilmiö. Kivun aistiminen ja kokeminen on täysin yksilöllistä. Tästä johtuen eri ihmisen voivat kokea yhtä voimakkaan kivun eri lailla. Kipu on tyypillisesti epämiellyttävää, ja sen kokemiseen saattaa liittyä pelkoa. Ihmiselle onkin luontaista yrittää päästä kivusta välittömästi eroon, ja välttää kivun aiheuttajia. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7; Vainio 2006, 67.)

Kipuaistilla on aina ollut suuri merkitys ihmisen selviytymisen kannalta. Kipuaistin tehtävä on varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta: kipukokemuksen ansioista opimme jo lapsena välttämään polttavia tai teräviä esineitä. Kudosvaurio aiheuttaa ärsytyksen, joka välittyy kipuhermoja pitkin selkäyttimeen ja sieltä aivoihin. Aivoissa kipuärsyke yhdistyy tuntoaivo-kuoreen, minkä takia kipu aiheuttaa ihmisessä muun muassa pelkoa ja ahdistusta. Kiputuntemus yhdistyy aivoissa myös muistiin, jotta ihminen oppisi välttämättään kipua tuottavia ärsykeitä. (Vainio 2009; Rautava-Nurmi ym. 2013, 85.)

Vaikka kipu on yksilöllinen kokemus, ihmisen kulttuuritausta vaikuttaa siihen suhtautumiseen. Kipututkimus ei ole havainnut eroa eri etnisten ryhmien kivun havaitsemisessa tai kipukynnyksessä. Kuitenkin kivunsietokyvyyssä oli eroa eri kulttuuritaustan omaavien välillä. Myös sairaskäyttäytymisessä on havaittu kulttuurien välisiä eroja; Pohjois-Euroopassa korostuu tyyneys kivun kestämisessä, kun taas Välimeren kansat ilmaisevat kipuaan äänekkäästi valittaen. (Vainio 2006, 18; Kalso & Vainio 2002, 22 – 23.)

### 2.1 Akuutti kipu

Akuutilla kivulla tarkoitetaan äkillistä ja ohi menevää kipua. Akuutin kivun ensisijainen tehtävä on varoittaa elimistöä kudosvauriosta. Akuutti kipu voi olla voimakkuudeltaan lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa. Tavallisesti kivun voimakkuus määrittyy kudosvaurion laajuuden mukaan, isommissa vammoissa kipukin on kovempi. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasmus 2013, 663; Kipupoliklinikka 2015.)

Äkillinen akuutti vamma, esimerkiksi onnettomuudessa, ei välttämättä aiheuta aluksi kipua. Henkilön toiminta keskittyy tilanteesta selviytymiseen, ja kun vammautunut on turvassa, kivut alkavat. Akuutti voimakas kipu auttaa osaltaan ihmistä selviytymään hengenvaarallisista tilanteista: kipu aiheuttaa neurohumoraalisia vasteita, joiden ansioista elimistö pystyy kompensoimaan elintärkeitä toimintoja, kuten verenpaineen ylläpitämistä. Kuitenkin potilaan päästyä hoitoon, kipu aiheuttaa enää vain haittaa. Voimakas kipu voi esimerkiksi olla este vapaalle hengitykselle ja yskimiselle. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 105–106; Mustajoki ym. 2013, 663.)

Akuutille kivulle löytyy lähes poikkeuksetta syy, joka pystytään hoitamaan. Akuutti hoitotyössä yleisimpiä akuutin kivun tyyppejä ovat rintakipu, selkäsärky, päänsärky, vatsakipu sekä erilaisiin infektioihin ja traumoihin liittyvät kivut. Akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti nykyaikaisilla kivunhoitomenetelmillä. Hoidossa tavoitteena on estää akuutin kivun kroonistuminen sekä kipusokki. Akuutti kipu voi ilmentyä potilaan peruselintoimintojen häiriönä, subjektiivisena kiputuntemuksena, ahdistuksena tai sekaavuutena. Akuutit kivut paranevat yleensä päivien tai viikkojen kuluessa kudosisvaurion paranemisen ja hyvän kivun hoidon myötä. (Kalso ym. 2009, 106; Mustajoki ym. 2013, 663; Castren, Aalto, Rantala, Sopenan & Westergård 2009, 238.)

## 2.2 Krooninen kipu

Krooninen kipu erotetaan akuutista kivusta pitkäkestoisuudella. Yleensä krooniseksi kivuksi on nimitetty yli 3–6 kuukautta kestävästä kipusta. Akuutti kipu voi muuttua krooniseksi kivuksi, jos kudoksen paraneminen kestää odotettua pidempään. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 106)

Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher (2006) ovat tutkineet Euroopassa kroonisen kiputilan yleisyyttä. Tutkimukseen osallistujia oli 16 eri Euroopan maasta ja vastaajia 46394. Tutkimuksen mukaan 19 prosentilla eurooppalaisista esiintyy vähintään kohtalaiseksi luokiteltavaa kroonista kipua, joka heikentää toimintakykyä. Lähes joka viides eurooppalainen kärsii kroonisesta kivusta, joten vaiva on todella yleinen.

Krooninen kipu voidaan jakaa sen aiheuttajan mukaan kolmeen ryhmään: neuropaattiseenkipuun eli hermovauriokipuun, nosiseptiiviseen eli kudosisvauriokipuun ja idiopaattiseen eli tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun. Lisäksi tunnetaan psyykkisin mekanismein tunnistettava psykogeeninen kipu. Psykogeeninen kipu itsessään on harvinaista, mutta psyykkiset tekijät voivat edes auttaa kivun kroonistumisessa. (Vainio 2006, 35; Haanpää 2007.)

Krooninen neuropaattinen kiputila voi syntyä esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Jotkin sairaudet voivat aiheuttaa pitkäaikaista kudosisvauriokipua. Esimerkiksi nivelreumassa jatkuva tulehdus aiheuttaa kipua. Tuntemattomasta syystä johtuvassa kivussa, eli idiopaattisessa kivussa, kipualueella ei ole kudosis- tai hermovaurion merkkejä. Ihminen vaikuttaa tutkimusten valossa täysin terveeltä, mutta kipu ei lopu. (Vainio 2006, 35; Mustajoki ym. 2013, 671.)

Krooninen kipu aiheuttaa siitä kärsivälle fyysisen kivun lisäksi psyykkisiä ongelmia. Se vaikuttaa elämään monella tavalla, niin omaan jaksamiseen kuin ihmissuhteisiin. Moni kroonisesta kivusta kärsivä potilas kärsii myös unettomuudesta ja masennuksesta. Kipu saattaa myös estää työnteon, ja näin kaventaa elämänpiiriä. Luonnollisesti myös perhe kärsii kroonisesta kivusta. On vaikea katsella vierestä, kuinka läheinen kärsii voimatta auttaa häntä. (Vainio 2006, 37.)

### 2.2.1 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu, eli hermovauriokipu, tarkoittaa kipua välittävästä hermojärjestelmästä johtuvaa kiputilaa. Hermovauriosta johtuvassa kivussa kipualue on terve, mutta kipuviestejä kuljettavassa järjestelmässä on vikaa. Häiriö voi olla ääreis- tai keskushermostossa. Neuropaattinen kipu voi syntyä leikkauksen jälkeen tai jonkun sairauden yhteydessä. Esimerkiksi vyöruusu voi parannuttuaan jättää jälkeensä hermovauriokivun. Neuropaattinen kipu on tyypillisesti pistelevää tai polttavaa kipua. Neuropaattinen kipu voi esiintyä myös puutuneisuuden tunteena kipu alueella. Kipu voi tuntua myös hetkittäin sähköiskumaisina tuikkauksina, ja eri ärsykkeet voivat laukaista kivun. Jos hermovaurio ei ole pysyvä, vaan voi korjaantua, silloin puhutaan neurogeenisestä kivusta. Neurogeeninen kipu johtuu hermorungon ohimenevästä, mekaanisesta ärsytyksestä. Neuropaattisessa kivussa hermovaurio on korjaantumaton. (Haanpää 2004; Kalso ym. 2009, 156–157.)

Neuropaattista kipua hoidetaan useilla lääkkeillä. Tyypillisesti puhdas neuropaattinen kipu reagoi huonosti kipulääkkeisiin. Paras ja tehokkain lääke potilaan kipuun löytyy yleensä kokeilemalla systemaattisesti eri lääkevaihtoehtoja. Etukäteen ei välttämättä voida tietää, mikä lääke sopii kunkin potilaan kivunhoitoon. Kivunhoidon aloitus neuropaattiseen kipuun on tärkeää, sillä kivun pitkittyessä uudet hermosolujen väliset yhteydet juurtuvat keskushermostoon, ja kipu on huominkin poistettavissa. (Haanpää 2004; Kalso ym. 2009, 157.)

### 2.2.2 Nosisepitiivinen kipu

Nosisepitiivisellä kivulla tarkoitetaan kudonsvauriokipua, joka syntyy kun nosisepitorit eli kipuhermopäätteet reagoivat kudonsvauriota aiheuttavaan ärsykkeeseen. Kudonsvaurio kivussa kipua aistiva järjestelmä on terve, ja sen tehtävänä on varoittaa ihmistä mahdollisesta uhkaavasta kudonsvauriosta. Nosisepitiivisen kivun syy voi olla mekaaninen, esimerkiksi ulkoinen haava iholla tai lämmön aiheuttama palovamma. Myös kudoksessa oleva prosessi, kuten tulehdus tai tuumori, voivat aiheuttaa nosisepitiivistä kipua. (Kalso ym. 2009, 155; Vainio 2009.)

Yksi nosisepitiivisen kivun muodoista on viskeraalinen kipu, eli sisäelinkipu, joka syntyy kun sisäelimiä hermottavat hermosäikeet aktivoituvat. Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavissa ja kipu tuntuu laajalla alueella. Viskeraaliselle kivulle on tyypillistä kaukokipu, jossa kipu heijastuu samanaikaisesti esimerkiksi iholle. Autonomiset oireet, kuten kalpeus, hikoilu ja sydämentykytys, liittyvät viskeraaliseen kipuun. (Kalso ym. 2009, 156.)

### 2.2.3 Idiopaattinen kipu

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan tuntemattomasta syystä johtuvaa kipua. Kipualueella ei ole löydettävissä kudonsvaurion merkkejä, eikä myöskään

merkkejä hermovauriosta. Lääketieteellisten tutkimusten, kuvausten ja laboratoriotutkimusten, valossa ihminen vaikuttaa täysin terveeltä, vaikka kipu jatkuu. (Vainio 2006, 35; Kalso ym. 2009, 157.)

Idiopaattinen kipu on kuitenkin potilaalle oikeaa kipua. Kipu ei ole keksittyä tai kuviteltua, ja kipu voi tuntua ihmisestä aivan samalta kuin näkyvään vaurioon liittyvä kipu. Esimerkiksi vakavaan depressioon voi esimerkiksi liittyä kiputiloja, joille ei löydy selittävää tekijää. Tällöin kipu voi saada psykoogeenisen kivun, eli psyykkisillä tekijöillä selittyvän kivun, diagnnoosin. (Vainio 2006, 35; Kalso ym. 2009, 157.)

### 3 KIVUN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI

Kivun tunnistaminen on yksi tärkeimmistä hoitajan tehtävistä. Jopa noin 40 % potilaista tulee sairaalaan kivun vuoksi. Lisäksi potilaat voivat sairaalahoidon aikana joutua kokemaan kipua sairautteen, tutkimuksiin tai hoitoon liittyen. Tämä asettaa avain asemaan potilaan kivun arvioinnin ja kivun hoidon. Lähtökohtana kivun tunnistamiseen on kivun kokija itse, joka osaa yleensä parhaiten arvioida kokemaansa kipua. Kipuoireista täytyy selvittää myös kattava anamneesi. Potilaan kivusta halutaan tietää muun muassa kivun alkamisajankohta, kesto, sijainti ja kuinka voimakasta kipu on. Yksilön kokemaan kiputuntemukseen vaikuttaa persoonallisuus, fyysinen ja psyykinen vointi sekä ympäristötekijät. (Salanterä ym. 2006, 75; Rautava-Nurmi ym. 2013, 87; Holkka 2013)

Kipu voi vaikuttaa ihmisiin eri tavoin. Kivulias potilas voi olla levoton, ärtynyt tai liikkumaton. Potilaan syke ja hengitys voivat tihentyä ja verenpaine nousta. Kipu saattaa aiheuttaa myös huimausta ja oksentelua. Potilaan iho voi olla kylmän hikinen tai kuuma ja kuiva. Suurissa kudostuhoissa kehon endorfiinit aktivoituvat, minkä vuoksi potilas saattaa olla jopa kivuton jonkin aikaa. (Salanterä ym. 2006, 75; Rautava-Nurmi ym. 2013, 87; Holkka 2013; Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 238–239.)

Kivun tyyppiä voidaan kuvailla eri adjektiiveilla. Kipu voi olla esimerkiksi pistävää tai polttavaa kipua. Kipua arvioitaessa halutaan tietää kivun voimakkuus, jota voidaan arvioida sanallisesti tai kivun arviointiin kehitetyillä mittareilla. Elimistön fysiologisia toimintoja, kuten pulssia ja verenpainetta, mittaamalla voidaan arvioida kipua. Verenpaineen ja pulssin yhteys kipuun ei kuitenkaan ole selkeä. (Salanterä ym. 2006, 76–78.)

Kipua voidaan arvioida myös yksilön käyttäytymisen perusteella. Kehon liikkeet, kasvojen ilmeet, itku, kyyneleet ja kehon asento voivat kertoa yksilön kokemasta kivusta, ja niiden perusteella voidaan arvioida kipua. Varsinkin jos potilas on kykenemätön kommunikoimaan, kivun arviointi käyttäytymisen perusteella on tärkeää. Kipua arvioitaessa olisi tärkeää tietää millaista on potilaan normaali käyttäytyminen, esimerkiksi kehitysvammaisten hoidossa täytyy osata erottaa normaalista poikkeava liikehdintä ja ääntely. (Salanterä ym. 2006, 76–78, 83.)

Kivun arviointiin kuuluu myös kivun säännöllinen ja yhdenmukainen seuranta. Kivunvoimakkuutta on hyvä seurata levossa ja liikkeessä. Kipu-lääkkeen vaikutusta seurataan kipumittarilla, jonka avulla kipu tulee mitata ennen lääkkeen antoa. Kivun arviointitiheys riippuu potilaan kivun syystä, potilaan voinnista ja hoidoista. Yleensä akuutti vaiheessa kivun voimakkuutta tulisi seurata 1–2 tunnin välein, ja aina 20 minuutin kuluttua kipulääkkeen antamisesta. Ongelmana kivun arvioinnissa on yksilöiden erilaiset reaktiot ja havainnoinnit kipuun. Tämän vuoksi potilaita ei koskaan saa verrata toisiinsa, vaikka kivun aiheuttaja olisikin sama. Toisinaan potilaan oma arvio kivustaan ja hoitohenkilökunnan havainnot voivat olla ristiriidassa keskenään. Keskeisempänä kivun arvioinnissa on kivun sijainnin, laadun, voimakkuuden ja keston selvittäminen (Kuva 1). (Holkka 2013; Salanterä ym. 2006, 75, 101, 104; Koponen & Sillanpää 2005, 221.)

**1. Missä kipu tuntuu** (kipupiirros)

**2. Kauanko kipu kestää**

- jatkuva, ajoittainen, kohtausittainen
- jotain muuta

**3. Minkälaisuista kipu on**

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava
- puristava – kinnaava
- pistävä – vihlova
- viiltävä – repivä
- jotain muuta

**4. Miten voimakkaana kipu koetaan**

Kivun aste: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lievä kipu kohtalainen kipu voimakas kipu

**5. Mikä yleensä vaikuttaa kipuun, pahentaa tai helpottaa**

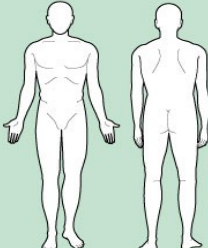
**6. Mitä lääkettä on kokeiltu ja miten se on auttanut; sivuvaikutukset**

**7. Potilaan oireet: voimakkuus (0, +, ++, +++), muuta huomioitavaa**

- kipu \_\_\_\_\_
- hengenahdistus \_\_\_\_\_
- pahoinvointi, oksentelu \_\_\_\_\_
- ummetus \_\_\_\_\_
- ruokahaluttomuus \_\_\_\_\_
- painon lasku \_\_\_\_\_
- unettomuus \_\_\_\_\_
- masennus \_\_\_\_\_
- yleinen väsymys \_\_\_\_\_

**8. Potilaan itsensä kokemat pahimmat ongelmat**

**9. Potilaan liikkumiskyky**



Kuva 1. Kipuanalyysi.

### 3.1 Kivun arvioinnin apuvälineet

Kipumittarit ovat yleisesti käytettyjä apuvälineitä kivun arvioinnissa. Kipumittareilla mitataan kivun voimakkuutta. Kivun voimakkuuden mittaaminen on perusta esimerkiksi kipulääkkeen antamiselle ja sen vaikutuksen arvioimiselle. Sopiva kipumittari olisi hyvä valita yhdessä potilaan kanssa. Yleisimmät kipumittarit ovat kipujana tai kipukiila, visual analogue scale eli VAS, numeerinen kipumittari, numerical rating scale eli NRS, ja sanallinen kipumittari, verbal descriptor scale eli VDS. Numeerista mittaria käytetään siten, että potilaalta kysytään mikä luku kuvaa parhaiten hänen kipuaan asteikolla 0–10. Nolla tarkoittaa, ettei kipua ole lainkaan, ja kymmenen kuvaa sietämätöntä kipua. Sanallisessa kipumittarissa kipua luokitellaan asteikolla 0–4. Jokaiselle luvulle on kipua kuvaava sanansa, ja potilaalta kysytään mikä niistä kuvaa hänen kipuaan parhaiten. (Salanterä ym. 2006, 83–84; Holkka 2013)

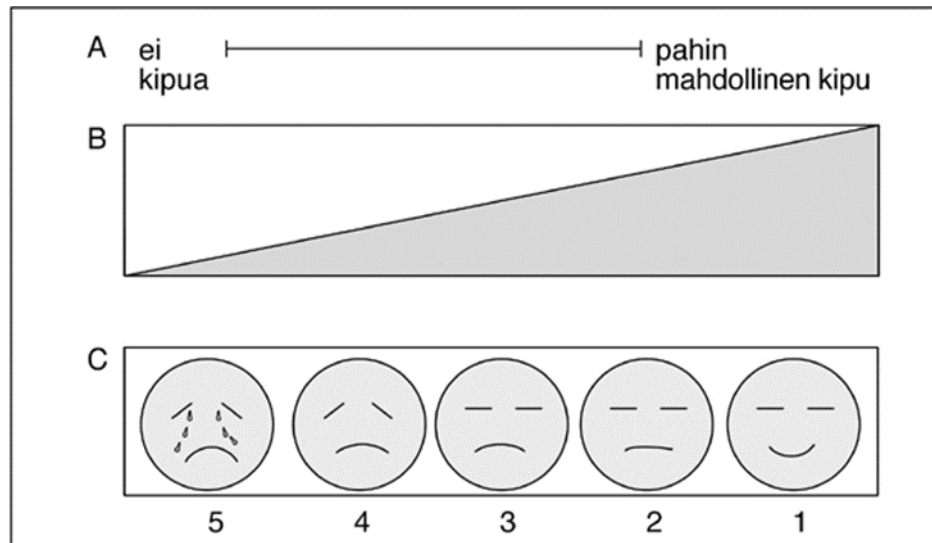
Lapsille on suunniteltu erilaisia kipukasvomittareita, joista lapsi voi valita kipuaan kuvaavan ilmeen. Kipukasvomittari voi sopia myös iäkkäille ja dementoituneille, jotka eivät välttämättä hahmota lukuja. Kipumittarin valinta riippuu potilaasta, toiset saattavat hahmottaa kipunsa paremmin numeroina ja toiset kiilalta. Potilaan kipua olisi hyvä mitata aina samalla mittarilla ja kirjata kivun mittaus potilaan asiakirjoihin, tällöin kipua voi verrata hänen aikaisempiin kipukokemuksiinsa. Kipu on yksilöllinen kokemus, eikä sitä voi verrata kenenkään muun kipukokemukseen. (Salanterä ym. 2006, 83–84; Holkka 2013.)

### 3.2 VAS-kipumittari

VAS-kipujana (Kuva 2.) on yleisimmin käytetty kipumittari, ja sitä voidaan käyttää akuutin sekä pitkäaikaisen kivun arviointiin. VAS-kipujana on yksinkertainen, luotettava ja sitä on helppo käyttää. Mittari on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Janan vasen pää kuvaa kivuttomuutta ja oikea pää pahinta mahdollista kipua. Potilas asettaa poikkiviivan janalle siihen kohtaan, jossa arvioi senhetkisen kipunsa olevan. Janasta on kehitetty erilaisia versioita, jotka helpottavat sen käyttöä hoitotyössä. Janan sijaan voidaan käyttää punaista kipukiilaa, joka auttaa potilasta havainnollistamaan hyvin kivun tason. Kipukiila on myös 10 cm pitkä viivain, jossa on punainen oikealla kasvava kiila. Kipukiilasta voi olla myös isompia versioita esimerkiksi heikonäköisille. (Rautaneva-Nurmi ym. 2013; Holkka 2013; Koponen & Siljanpää 2005, 222.)

VAS-kipujanahan toisella puolella on numeroasteikko josta voidaan katsoa kipu lukuna. Kliinisessä työssä VAS-mittarin lukema ilmoitetaan yleensä tarkkuudella 0–10, mutta tutkimuskäytössä saatetaan ilmoittaa sadasosien tarkkuudella. Kivun voimakkuutta kirjatessa potilasasiakirjoihin kipu on hyvä merkitä niin, että arviointiskaala tulee ilmi (esimerkiksi 6/10). Noin kahden yksikön (2 cm) muutosta pidetään merkittävänä kivun vaihteluna. Kipua tulisi lääkittää, jos potilas arvioi kipunsa korkeammaksi kuin kolme. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 87; Salanterä ym. 2006; Kalso & Vainio 2002.)

Vaikka VAS-mittaria yleisesti pidetään hyvänä kivun mittaus keinona, sitä ei suositella ainoana menetelmänä, sillä se kuvaa ainoastaan kivun voimakkuutta. Kivun voimakkuuden lisäksi olisi hyvä saada selville kivun muitakin ulottuvuuksia, esimerkiksi sanallisen asteikon avulla. Rissanen (2013) on tutkinut monikulttuurisuuden aiheuttamia haasteita postoperatiivisen kivun hoidossa pro gradu -tutkielmassaan. Rissanen tutkimuksessa (N=13) haastatellut sairaanhoitajat kertoivatkin käyttävänsä useampaa eri arviointimenetelmää arvioidessaan potilaan kipua. Hoitajat kokivat, ettei yhden arviointimenetelmän antama tieto ole yleensä tarpeeksi luotettavaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 223)



Kuva 2. VAS-kipumittari ja kasvoasteikko.

### 3.3 Hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarista

Salonen (2014) on tutkinut ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään Kirurgisen osaston hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä Loimaan aluesairaalassa. Opinnäytetyö toteutettiin kyselynä, johon osallistui 35 sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokevat VAS-kipumittarin käytön helpoksi ja nopeaksi. Tämä mielipide korostui erityisesti niiden hoitajien kohdalla, jotka olivat tottuneita käyttämään VAS-mittaria jokapäiväisessä hoitotyössä. Hoitajat kokivat osaavansa käyttää mittaria kivun arvioinnissa. Sen sijaan opinnäytetyön tutkimuksen perusteella käy ilmi, että ohjauksessa, sekä mittarin säännöllisessä käytössä olisi parannettavaa. (Salonen 2014.)

Salosen (2014) opinnäytetyön mukaan hoitajat kokivat ikääntymisen olevan haaste VAS-kipumittarin käytössä. Kuten Tilvis (2004) kirjoituksessaan toteaa, vanhusten kivun aistiminen on heikentynyt nuorempiin potilaisiin verrattuna, eivätkä he pysty aina sanoin ilmaisemaan kipuaan. Joidenkin hoitajien mielestä myös potilaiden monikulttuurisuus ja äidinkieli asettivat haasteen VAS-kipumittarin käytölle. Rissanen (2013) tutkimuksen mukaan, kipumittareiden käyttö monikulttuuristen potilaiden kohdalla ja-

kaa mielipiteitä. Osa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista piti kipumittaria hyvänä apuvälineenä, kun yhteistä kieltä potilaan kanssa ei ollut. Toisaalta koettiin, että niiden idea ja käyttötarkoitus voidaan ymmärtää väärin, jos yhteistä kieltä ei ole. Sairanhoitajat kuvasivat ylipäätään monikulttuuristen potilaiden kivun hoidon olevan haasteellista.

### 3.4 VAS-kipumittari akuuttihoitotyössä

Akuuttia hoitoa vaativat potilaat hoidetaan päivystyspoliklinikoilla. Akuuttihoitotyössä voi olla kaiken ikäisiä potilaita, jotka tarvitsevat eri erikoisalojen hoitoa. Potilaan avuntarpeen syyt voivat liittyä somaattisiin tai psyykkisiin sairauksiin tai oireisiin. Myös potilaiden avun tarpeen kiireellisyys vaihtelee, jonka takia hoitohenkilökunnan on tärkeä saada potilaat kiireellisyys järjestyksessä hoitoon. Hoitosuhde on yleensä lyhyt, mutta sen aikana pitää tehdä potilaalle tarvittavat hoitotoimenpiteet ja suunnitella jatkohoito. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan potilaita moniammatillisessa työryhmässä, ja tiimityöskentely on tärkeää. (Castren ym. 2009, 63.)

Kipu on yksi merkittävimmistä syistä miksi potilaat hakeutuvat päivystykseen, joten kivun arviointi akuuttihoitotyössä on tärkeää. Akuuttihoitotyössä potilaan kivun arviointiin kuuluu riittävä peruselintoimintojen havainnointi ja monitorointi, jolloin pystytään seuraamaan esimerkiksi verenkierron tilaa ja potilaan tajunnan tasoa. Tämä ei kuitenkaan anna vielä riittävää kuvaa kivun voimakkuudesta, vaan arvioinnin on perustuttava kipumittareihin. VAS-kipumittari on yleisimmin päivystyspoliklinikoilla käytetty kipumittari, mutta se soveltuu myös kivun mittaamiseen sairaalan ulkopuolisessa kivunhoidossa. (Koponen & Sillanpää 2005, 220; Castren ym. 2009, 239–240.)

VAS-kipumittarin käyttö ja sen ohjeistus potilaalle on nopeaa, joten se soveltuu hyvin käytettäväksi akuuttihoitotyöhön. VAS-mittari on kielestä riippumaton, joten sillä saadaan luotettava tulos myös vieraskielisiltä potilailta, jos mittarin käyttötarkoitus saadaan potilaalle ohjeistettua. Grenman ym. (2006) tutkivat kivun hoidon toteutumista kirurgian päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksessa 44/73 potilaasta oli hakeutunut hoitoon kivun vuoksi, mutta vain 12 potilaalta oli kirjattu VAS-arvo. Tutkijat tulivat johtopäätöksessään siihen tulokseen, että VAS-arvoa kirjataan harvoin potilasasiakirjoihin, jolloin lääkityksen tehon seuranta on vaikeaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 223; Grenman, Niemi-Murola, Silfvast & Kalso, 2006.)

## 4 KIVUN HOITO

Kivun hoitoa suunniteltaessa on tärkeää tuntea eri kivun hoitomenetelmien periaatteet ja tehokkuus. Onnistuneeseen kivun hoitoon kuuluu kivun syyn selvittäminen ja kivun voimakkuuden arviointi. Lääkehoito on yleisin ja tärkein kivun hoito menetelmä, mutta se on kuitenkin vain yksi kivunhoidon osa-alueista. Erilaisia lääkkeettömiä hoitomuotoja, kuten fysioterapeuttisia menetelmiä, käytetään yleisesti kivun hoidossa. Etenkin kroonisen kivun hoidossa on tärkeää tukea potilaan omia kivun hallintamekanismeja sekä

kannustaa potilasta aktiiviseen itsehoitoon. Kivunhoidolle on tärkeää asettaa tavoite, jotta sen tehoa ja vaikuttavuutta voidaan arvioida. Akuutin kivun hoidossa tavoitteena on kivun lievittäminen. Tavoite määritellään jokaiselle potilaalle erikseen, potilaan tilanne ja taustat huomioon ottaen. (Koponen & Sillanpää 2005, 137; Salanterä ym. 2006, 98–100.)

Tilanteen ja resurssien arviointi on tärkeää kivunhoitoa suunniteltaessa. Kivun hoidon turvalliseen toteuttamiseen kuuluu oleellisesti se, että kivun hoitoa toteuttava henkilökunta on perehtynyt lääkkeisiin ja lääkkeiden annostelu tekniikoihin. Henkilökunnan suhtautuminen potilaan kipuun on myös tärkeää hoidon kannalta. Erityisesti akuutin kivun hoidossa hoitajan rauhoittava ja asiallinen suhtautuminen kipuun saattaa jo lieventää potilaan kipukokemusta. Aina kivun aiheuttajaa ei saada selville, jolloin potilaan kipua hoidetaan oireenmukaisesti. (Salanterä ym. 2006, 99; Castren ym. 2009, 237, 242)

### 4.1 Akuutin kivun lääkehoito

Onnistuneessa kivun hoidossa kipulääkkeet ovat hoidon kulmakivi. Akuutti hoidossa potilaan kipulääkityksen on tarkoitus antaa nopea ja tehokas lievitys kipuihin. Nykyaikaiset kipulääkkeet ja annostelutekniikat mahdollistavat vaikeidenkin kiputilojen tehokkaan hoidon. Kipulääke tarkoittaa lääkelain mukaista valmistetta, joka ehkäisee, lievittää tai parantaa kipua. Kipulääkkeet saattavat sisältää yhtä tai useampaa vaikuttavaa lääkeainetta. Akuutti hoidossa kivunhoitoon käytetään muun muassa opiaatteja, ketamiinia, tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia. Mikäli yhden lääkkeen teho ei kivun lievityksessä ole riittävä, voidaan siihen yhdistää eri mekanismeilla vaikuttavia lääkkeitä. (Salanterä ym. 2006, 107; Castren ym. 2009, 242)

Opioidit sopivat parhaiten potilaan kivunhoitoon niiden nopean ja tehokkaan vaikutuksen takia. Oikein käytettynä opioidit ovat myös turvallisia kipulääkkeitä. Opioidit voivat aiheuttaa kuitenkin haittavaikutuksia, jotka on hyvä kertoa myös potilaalle. Opioidit saattavat aiheuttaa esimerkiksi hengityslamaa, pahoinvointia, uneliaisuutta ja suoliston lamaa. Hengityslamarisikin vuoksi potilaalle, jonka tajunta on heikentynyt, ei saa antaa opioideja. Opioidien vaikutukset voidaan kumota vastalääkkeellä, naloksonilla. (Salanterä ym. 2006, 116; Castren ym. 2009, 243; Kotovainio & Lehtonen 2015.)

Akuuttihoitossa kipulääkityksen tavoitteena on kivun ehkäiseminen riittävän tehokkaasti. Tähän tavoitteeseen päästään antamalla sopiva määrä kipulääkettä tarpeeksi usein. Kipu lääkitys valitaan potilaan kivun voimakkuuden perusteella, ja titrataan vasteen perusteella sopivaan annokseen. Titrauksella varmistetaan riittävä kivun lievitys mutta vähennetään mahdollisten haittavaikutusten riskiä. Kivun ennalta ehkäisy on helpompaa ja potilaan kannalta mielekkäämpää, kuin jo kovaksi yltyneen kivun taltuttaminen. Rauhattoman ja mahdollisesti kivuliaan potilaan hoidossa ei ensisijaisesti käytetä rauhoittavia lääkkeitä vaan kipulääkkeitä. Parhaisiin tuloksiin kivun hoidossa päästään, kun lääkehoito yhdistetään muihin kivun hoito menetelmiin. (Kotovainio & Lehtonen 2015; Salanterä ym. 2006, 107)

## 4.2 Lääkkeetön kivun hoito

Lääkkeetön kivun hoito on usein tehokkainta yhdistettynä lääkehoitoon. Kivun hoidossa voidaan käyttää monenlaisia eri lääkkeettömiä menetelmiä, riippuen potilaan kivun aiheuttajasta. Erilaisten murtumien kivun hoidossa tärkeää on asentohoito ja kipeän ruumiinosan liikkumattomaksi tekeminen ja tukeminen. Kun potilas on tuettu hyvään asentoon, hänen ei tarvitse jännittää lihaksiaan, mikä vähentää kipua. Kylmäpakkauksia käytetään yleisesti kivunhoidossa. Kylmä vähentää kudoksessa tulehdusreaktiota ja ehkäisee turvotusta. Lisäksi kylmähoito nostaa kipukynnystä. Kylmäpusseja voidaan käyttää esimerkiksi erilaisille vamma-alueille laskemaan turvotusta ja vähentämään alueen tuntoa. Palovammoissa viileä estää palovamman laajenemista iholla ja vähentää kipua. Kivulias potilas on tärkeää saada rentoutumaan. Rentoutumista auttaa mukava asento ja kiristävien vaatteiden poistaminen. Potilaan asentoa voidaan tukea esimerkiksi tyynyillä. (Castren ym. 2009, 242; Lääkkeetön kivunhoito n.d.)

Erityisesti kroonisia kiputiloja voidaan hoitaa fysioterapian keinoin, kuten liikunnan, liikeharjoitteiden ja hieronnan avulla. Esimerkiksi selkäkipupotilaiden kuntoutuksessa fysioterapiaan yhdistetty fyysinen harjoittelu on erittäin tärkeää. Harjoittelun tavoitteena on kivun väheneminen, ja heikkojen lihasten vahvistaminen ja sekä liikkuvuuden lisääminen. TNS-hoito, eli transkutaaninen neurostimulaatio, voi auttaa sekä akuuttien että kroonisten kiputilojen hoidossa. TNS-hoidossa kipua hoidetaan sähköisen stimulaattorin avulla. TNS-hoitoa voidaan käyttää esimerkiksi leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon. Kroonisen kivun hoidossa on tärkeää huomioida potilaan henkinen kärsimys ja masennus, mitä pitkään jatkunut kipu voi aiheuttaa. Kroonisesta kivusta kärsivä potilas voi hyötyä psykologisesta kivunhoidosta, mikä auttaa muun muassa yksilöä tunteiden käsittelyssä ja antaa lisää tietoa kivun ulottuvuuksista. (Vainio 2006, 84–88.)

## 5 KIRJAAMINEN

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidossa käytettäviä, hoitopaikassa laadittuja asiakirjoja tai teknisiä tallenteita. Potilasasiakirjat sisältävät tietoja potilaan terveydentilasta, ja mahdollisesti myös muita henkilökohtaisia tietoja. Esimerkiksi sähköinen potilaskertomus on osa potilasasiakirjoja. (Iivanainen & Syväoja 2012, 21.)

Suomessa on jo useamman vuoden ollut tavoitteena valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilaskertomus. Potilaan hoito tulisi kirjata hoidon vaiheiden mukaisesti, ja potilaskertomuksen tulee edetä aikajärjestyksessä. Sähköinen potilaskertomus menee nykyään omakantaan, sähköiseen potilastietojärjestelmään, mistä myös potilas itse pystyy katsomaan mitä hänestä on kirjattu. Kansallisesta terveystietokannasta kansalainen voi katsoa omia reseptitietojaan ja potilaskertomuksiaan. Tämä omakanta ei ole vielä valtakunnallisesti käytössä, mutta laajenee vähitellen ympäri Suomen. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 45; Potilastiedon arkisto 2015.)

Nykyään kirjaaminen tapahtuu pääsääntöisesti sähköisesti potilastietojärjestelmään, joten kirjaaminen edellyttää tietojärjestelmän kokonaisvaltaisen

teknisen osaamisen. Hoitajan täytyy muun muassa osata käyttää rakenteisen kirjaamisen otsikoita sekä osata poistaa tai korjata virheelliset tiedot potilastietojärjestelmästä. Potilastietojärjestelmän käyttöön ja kirjaamiseen liittyvät koulutukset ylläpitävät hoitajan kirjaamisosaamista. Työyksikössä on hyvä määrittää kirjaamisen tavoitetaso, jolla pyritään saavuttamaan laadukkaan kirjaamisen kriteerit. (Rantalainen 2009.)

## 5.1 Kirjaaminen hoitotyössä

Sairaanhoitajalla on työssään velvollisuus kirjata potilaan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot potilasasiakirjoihin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee hoitohenkilökunnan velvollisuuksia kirjaamiseen liittyen. Potilaan hoidon kirjaaminen varmistaa hoidon jatkuvuuden sekä potilasturvallisuuden. Potilasturvallisuuden lisäksi huolellisella kirjaamisella on tärkeä merkitys hoitohenkilökunnan oikeusturvalle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus 2012; Salanterä ym. 2006, 102)

Potilasasiakirjoista tulee selvittää, miten potilaan hoitoa on toteutettu ja millaisia hoitoon liittyviä päätöksiä on tehty. Hoitoon liittyvien päätösten perustelut on myös kirjattava potilasasiakirjoihin. Tärkeää on kirjata vain se, mikä on potilaan tilanteen ja hoidon kannalta oleellista. Kansallisesti määritellyt hoitotyön ydintiedot ovat: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Kirjaamistavan tulee olla yhtenäinen, ja kirjatun tiedon ymmärrettävää. Kirjausten kuuluu olla kaikille ammatti ryhmille yksiselitteisiä eikä lyhenteitä saisi käyttää. Hyvä tiedon kulku on potilaan onnistuneen hoidon edellytys. Erityisen tärkeää on tiedon kulun onnistuminen, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Potilasta koskevat tiedot täytyy löytyä hoitosuunnitelmasta ja erilaiset hoito-ohjeet tulee antaa jatkohoitopaikkaan kirjallisena suullisen raportin lisäksi. (Salanterä ym. 2006, 102; Heikkinen & Lundgren-Laine 2013; Koponen & Sillanpää 2005, 73.)

Bergqvist ja Nordman (2010) ovat Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään tutkineet sairaanhoitajien kokemuksia hoitotyön kirjaamisesta. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen liittyi sekä positiivisia että negatiivisia mielipiteitä. Negatiiviseksi kirjaamisessa koettiin muun muassa otsikoiden suuri määrä ja vaikea käyttöisyys. Myös kirjaamismallien vaihtelevuus eri ammattiryhmien välillä koettiin hankalaksi. Positiivista sähköisessä kirjaamisessa sairaanhoitajien mielestä oli muun muassa se, kuinka helposti ja nopeasti potilaan tiedot ovat löydettävissä. Sähköisen rakenteisen kirjaamisen koettiin myös helpottavan vuorojen välistä raportointia.

## 5.2 Kivun kirjaaminen

Potilaan hoidon kannalta kivun kirjaaminen on erittäin tärkeää. Tarkka kirjaaminen potilaan kivusta ja kivun hoidosta varmistaa onnistuneen hoidon jatkuvuuden. Säännöllisellä kirjaamisella saadaan selkeä kokonaiskuva potilaan kivunhoidon tavoitteista ja tuloksista. Kivunhoidon kirjaamisessa

oleellista on kirjata lähtötilanne; mikä kipuongelma potilaalla on, ja mikä on kivun hoidontarve. Potilaan hoidontarve määritellään moniammatillisesti yhdessä potilaan kanssa. Akuutin kivun lähtötilanteessa kirjataan kivun sijainti, alkamisajankohta, laatu ja voimakkuus. Lisäksi on hyvä kirjata, jos jokin pahentaa tai helpottaa kipua. Hoidontarpeen määrittäminen ja hoitotulosten kirjaaminen mahdollistavat kivunhoidon onnistumisen arvioinnin. (Koponen & Sillanpää 2005, 225–226; Salanterä ym. 2006, 102–103, 105.)

Kivun hoidon yhteydessä pitäisi kirjata kivun voimakkuus kipumittarilla mitattuna. Kipua mitataan uudelleen aina kivun hoitotoimien jälkeen, ja kirjataan hoitotoimien vaikutus. Myös kivun hoitomenetelmät, haittavaikutukset sekä lääkitykset tulee kirjata. Mahdollisia haittavaikutuksia tulisi kirjata yhtä usein kuin kivun voimakkuuttakin. Mikäli potilaan kivun hoidossa esiintyy ongelmia, voidaan kivun hoitokeinoihin tehdä muutoksia. Tämän vuoksi kivun hoidon ongelmien tarkka kirjaus on myös tärkeää. (Hoikka 2013; Castren ym. 2009, 240.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää VAS-kipumittarin käyttöä kivun arvioinnissa sekä kivun arvioinnin ja hoidon toteutumista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttihoiton yksikössä.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten usein VAS-kipumittaria käytetään kirjausten mukaan akuuttiosastolla kivun arvioinnissa?
2. Mitä asioita yksikössä kirjataan kivun arvioinnista?
3. Mitä asioita yksikössä kirjataan kivun hoidosta?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttihoitoyksikön sairaanhoitajien kipumittarin käytöstä päivittäisessä hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään yksikön kivun arvioinnin toteutumista. Opinnäytetyön tulosten perusteella saatiin tietoa siitä, kuinka paljon VAS-kipumittaria käytetään yksikössä kivunhoidossa ja arvioinnissa. Saatua tietoa voidaan käyttää perustana yksikön kivun arvioinnin ja kirjaamisen kehittämiseen.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksena, jossa tarkastelun kohteena olivat potilasasiakirjat. Tutkimuksen kohteena oleva yksikkö on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttihoitotyön yksikkö, jossa potilaita hoidetaan moninaisten syiden vuoksi. Tutkimusaineistosta tehtiin induktiivinen sisällön analyysi, jonka avulla tarkasteltiin miten kipua on arvioitu ja hoidettu. Määrällisen tutkimuksen avulla tutkittiin, miten usein potilaan kivun arvioinnissa ja hoidossa on käytetty VAS-kipumittaria.

### 7.1 Tutkimusmenetelmät

Tässä tutkimuksessa on piirteitä sekä laadullisesta että määrällisestä tutkimuksesta, mutta pääpaino on kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen avulla pyrittiin opinnäytetyössä selvittämään, kuinka hoitajat ovat arvioineet potilaan kipua, ja miten VAS-kipumittarin tulokseen on reagoitu potilaan hoidossa. Määrällisen tutkimuksen avulla taas pyrittiin selvittämään, kuinka usein tutkimusyksikössä hoitajat käyttävät kivunarvioinnissa VAS-kipumittaria. Tutkimusaineiston määrä oli 60 kirjausta, joten tutkimuksessa laskettiin, kuinka monessa kirjauksessa kuudes- tai kymmenestä on käytetty VAS-kipumittaria potilaan kivun arvioinnissa.

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään tutkitun kohteen ominaisuuksia, laatua sekä merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Aineiston keruu menetelmiä laadulliseen tutkimukseen on runsaasti, esimerkiksi haastattelu tai videointi. Laadullisessa tutkimuksessa tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada, niin kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 16; Laadullinen tutkimus n.d.; Määrällinen tutkimus n.d.)

Laadullista tutkimusta käytetään, kun halutaan tutkia asiaa tai ilmiötä, jota ei voi mitata määrällisesti. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään muun muassa vastaamaan kysymyksiin: kuinka, miksi ja miten? Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Sen vuoksi laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleensä induktiivista analyysia, jotta aineistoa voidaan tarkastella monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on myös tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156–157, 160.)

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus kuvaa ja tulkitsee tutkimuksen kohdetta tilastojen ja numeroiden avulla. Määrälliseen tutkimukseen kuuluu erilaiset luokittelut, syy- ja seuraussuhteet sekä numeeriset tulokset. Aineiston keruussa on tärkeää huomioida, että havaintoaineisto soveltuu numeraaliseen mittaamiseen. Kun havaintoaineisto valitaan, määritellään perusjoukko ja perusjoukosta otetaan otos, joka tutkitaan. Erilaiset laskennalliset ja tilastolliset analyysimenetelmät kuuluvat määrällisen tutkimuksen suorittamiseen. Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia voidaan kuvata esimerkiksi

prosenttitaulukoiden avulla. Keskeistä määrällisessä tutkimuksessa on hahmottaa aiempien tutkimuksien johtopäätökset ja teoriat. (Määrällinen tutkimus n.d; Hirsijärvi ym. 2007, 136.)

## 7.2 Koeotanta

Koeotanta varsinaista tutkimusta varten suoritettiin 9.3.2016 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusyksikön tiloissa. Koeotantaan valittiin 15 ensimmäistä potilaskirjausta elokuulta ja syyskuulta 2015, yhteensä koeotannassa oli tutkittavana 30 kirjausta. Koeotannassa tavoitteena oli selvittää, täytyykö potilasainestoa tai kirjauksia rajata jotenkin varsinaista tutkimusta varten.

Koeotannan myötä päätettiin, että puhelut ja konsultaatiot rajataan varsinaisen tutkimuksen ulkopuolelle. Puhelut päätettiin rajata pois tutkimuksesta, koska puhelimesta käsitellyt asiat eivät välttämättä liittyneet potilaan hoitoon mitenkään, vaan saattoivat olla käytännön asioiden selvittelyä. Koeotannan perusteella päätettiin myös rajata tutkimus varsinaisiin kipupotilaisiin, jotta tutkimustulokset saataisiin selkeästi esille. Potilasryhmien rajauksella saadaan varmistettua, että tutkimuksessa olevien potilaiden kohdalla kipua olisi varmasti pitänyt arvioida, ja käyttää VAS-kipumittaria arvioinnissa. Potilasryhmiksi tutkimukseen valittiin yleisimmät kipupotilaat: vatsakipuiset ja rintakipuiset potilaat.

## 7.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin tutkimusyksikön sähköisistä potilasasiakirjoista. Ennen varsinaista tutkimusta suoritettiin koeotanta. Alkuperäinen suunnitelma tutkimuksessa oli, että potilasryhmiä ei rajata tutkimukseen mitenkään. Koeotannan perusteella potilasryhmiksi tutkimukseen päätettiin kuitenkin valita ainoastaan rinta- ja vatsakipuiset potilaat. Tutkimusaineiston keräsi tutkimusluvan saanut sairaanhoitaja huhtikuussa 2016. Tutkimusaineisto luovutettiin tutkittavaksi potilaiden henkilötiedot poistettuina. Tutkimusaineisto ei fyysisesti poistunut missään vaiheessa tutkimusyksiköstä, joten kaikki aineiston tutkiminen tapahtui tutkimusyksikössä.

Tutkimukseen valittiin potilasasiakirjoja lokakuulta, marraskuulta ja joulukuulta 2015. Jokaiselta kuukaudelta otettiin 20 ensimmäistä poiskirjattua potilasta, jolla tulo-oireena oli rinta- tai vatsakipu. Yhteensä tutkimuksessa oli 60 potilaskirjausta. Tutkimusaineiston hakusanoina käytettiin sanoja: rintakipu, vatsakipu, alavatsakipu ja kipu. Hakusanoilla tutkimusaineisto saatiin rajattua ainoastaan kipupotilaisiin.

Opinnäytetyön toteuttamiseksi täytyi opinnäytetyöluvan lisäksi hakea potilastietojen luovutus- ja käyttö lupa ja henkilökuntaan kuulumattomien tutkijoiden rekisteriseloste. Opinnäytetyössä tutkitaan virallisia asiakirjoja, joten tutkimusluvat täytyi hakea siitä huolimatta, että potilaiden henkilötiedot olivat tutkimusaineistosta poistettu. Tutkimuslupa myönnettiin helmikuussa 2016.

#### 7.4 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sisällön analyysiä pääasiallisena analyysimenetelmänä, mikä Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan on yksi laadullisen tutkimuksen perustyövälineistä. Aineiston analyysiin kannattaa valita sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksia tutkimustehtävään. Hirsjärven ym. (2007) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysi koetaan usein vaikeaksi monien eri menetelmien takia. Myös se, ettei laadulliseen analyysiin ole sääntöjä, voi olla tutkijalle hankalaa. Tavallisimmat analyysimenetelmät laadulliseen tutkimukseen ovat teemoittelu, tyypittely ja sisällönerittely. Sisällön analyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Induktiivisella sisällön analyysillä tarkoitetaan aineistolähtöistä sisällön analyysiä, jota usein kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä käytetään. Induktiivisessä sisällön analyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella.

Analyysiprosessiin ei ole olemassa tarkkoja sääntöjä, mutta yleensä analyysin etenemisessä noudatetaan tietynlaisia ohjeita. Sisällön analyysin ensimmäisessä vaiheessa tutkijan täytyy päättää, mikä on tutkimuksessa käytettävä analyysiyksikkö. Yleensä analyysiyksikkönä käytetään sanaa tai sanayhdistelmää. Analyysiyksikkö voi kuitenkin olla esimerkiksi lause tai ajatuskokonaisuus. Kun analyysiyksikkö on valittu, aineistoa luetaan useaan kertaan läpi, ja tutustutaan huolella aineistoon. Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta kerätyt ilmaukset pelkistetään, jonka jälkeen niistä aletaan ryhmitellä eri kategorioita niiden erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien perusteella. Kategorioille annetaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Analyysi jatkuu siten, että samansisältöisistä kategorioista muodostetaan yläkategorioita. (Kangas & Vanhanen 1999, 5–7).

Analysoitavaksi yksiköksi tutkimukseen valittiin hoitotyön kirjaus, joka saattaa käsittää yhden tai useamman lauseen, tai muodosta pelkästä sanasta tai sanayhdistelmästä. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen tutkimusaineisto luettiin aktiivisesti läpi monta kertaa. Jo aineistoon perehtymisvaiheessa pohdittiin, kuinka aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Kun tutkimusaineisto saatiin luettua läpi, aineistoa pelkistettiin. Aineiston pelkistäminen tarkoitti sitä, että aineistosta kerätyt ilmaukset pelkistettiin ja tiivistettiin lyhempään muotoon. Usein ilmauksia ei tarvinnut pelkistää, sillä kirjaukset olivat itsessään jo hyvin pelkistettyjä. Pelkistämisen jälkeen ilmaukset jaoteltiin ryhmiin niiden sisällön perusteella. Ryhmistä muodostui yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien perusteella alakategoriat, ja alakategorioille muodostui yhdistävä yläkategoria. Kategorioista muodostui analyysirunko (Liite 1).

Ensimmäiseen tutkimuskysymyksen kohdalla vastaus tutkimustehtävään saatiin määrällisen tutkimuksen keinoja käyttäen. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, kuinka usein VAS-kipumittaria käytetään tutkimusyksikössä kivun arvioinnissa. Tutkimusaineistosta tehtiin taulukot, jokaisesta tutkimuskuukaudesta tehtiin oma taulukkonsa. Taulukkoon merkittiin potilaan tulosy, onko VAS-kipumittaria käytetty kivun arvioinnissa ja jos oli, mikä

oli kivun voimakkuusluku. Taulukon perusteella voitiin laskea, kuinka monen potilaan kohdalla 60 kirjauksesta kipua oli VAS-kipumittarilla arvioitu. Tutkimusaineiston taulukot saatiin laadittua Huhtikuussa 2016.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

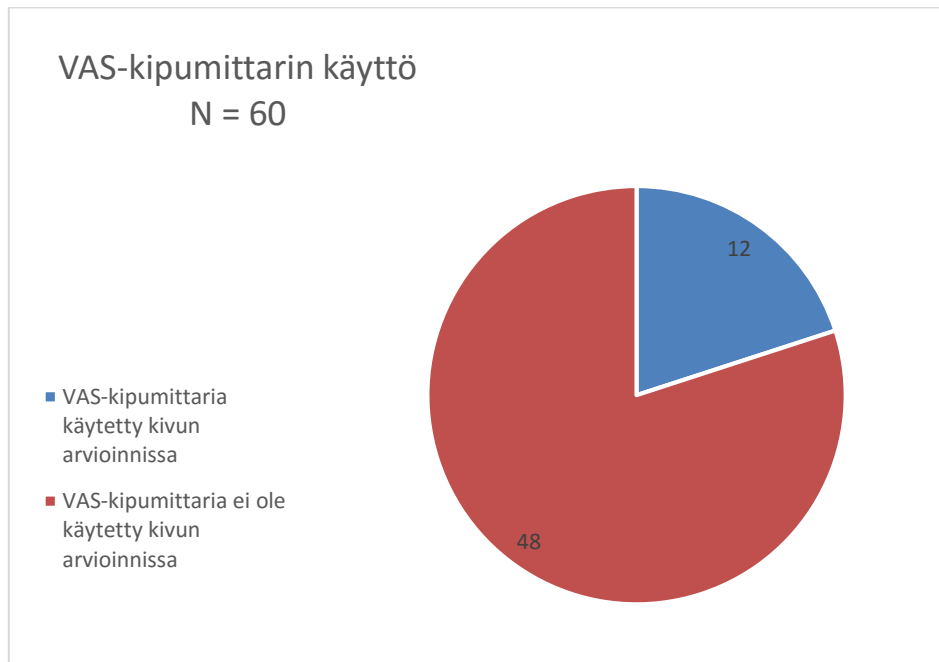
Tutkimusaineisto koostui 60 kirjatusta potilaskäynnistä. Yksi käynti sisällytti monta eri hoitotyön kirjausta. Hoitotyön kirjaukset oli kirjattu Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käytettävään Uranus-potilastietojärjestelmään FinCC-rakenteisten luokitusten mukaisesti. Rakenteisen kirjaamisen vuoksi jokainen kirjaus oli kirjattu hoitajan valitseman otsikon alle.

Tutkimuksessa analysoidut kirjaukset olivat erimittaisia ja erilaajuisia. Toiset potilas käynnit olivat lyhempiä tai suppeampia, ja kirjaukset oli kirjattu esimerkiksi kolmen valitun otsikon alle. Toisten potilaiden käynnit taas olivat kirjausten perusteella pidempiä ja laajempia, joten otsikoitakin oli enemmän. Pääosin aineiston yksi kirjattu käynti oli yhdellä A4:lla, mutta joissakin käynneissä, missä kirjauksia oli enemmän, yksi käynti oli kahdella tai kolmella A4:lla. Tässä kappaleessa esitellään opinnäytetyössä saavutetut tulokset. Tulosten esittely on jaoteltu tutkimuskysymysten mukaisesti. Tulosten havainnollistamiseksi käytetään apuna taulukoita.

### 8.1 VAS-kipumittarin käyttö tutkimusyksikössä

Kerättyä aineistoa ei tarvinnut analysoida erikseen tilastointiohjelmalla, sillä tulokset saatiin analysoidua yksinkertaisesti laskemalla, kuinka monessa kirjauksessa VAS-kipumittaria oli käytetty. Kirjausten perusteella tehtiin taulukko jokaisesta tutkimuskuukaudesta, ja joka kuukaudessa oli 20 kirjausta potilas käynnistä. Taulukkoon kirjattiin, oliko VAS-kipumittaria käytetty kivun arvioinnissa vai ei. Lisäksi taulukkoon tilastoitiin tulosyy ja VAS-asteikolla arvioitu kipulukema. Kirjausten perusteella VAS-kipumittaria oli yhteensä käytetty 12/60 kirjauksesta (Kuvio 1). VAS-kipumittaria oli siis käytetty 20 %:ssa kirjauksista. Kuukausi vertailussa lokakuussa oli VAS-mittaria käytetty eniten ja puolestaan marraskuussa vähiten (Taulukko 1). Epäselviä kirjauksia ei tutkimukseen tullut, sillä kaikista kirjauksista kävi hyvin ilmi, oliko VAS-kipumittaria käytetty vai ei.

Kuvio 1. VAS-kipumittarin käyttö



Taulukko 1. VAS-kipumittarin käyttö

Kuukausi	VAS-kipumittarin käyttö
Lokakuu	7/20 (35 %)
Marraskuu	2/20 (10 %)
Joulukuu	3/20 (15 %)

Tutkimusaineisto oli rajattu vatsa- ja rintakipuisiin potilaisiin, jotta tutkimustuloksia analysoitaessa voitaisiin olla varmoja kipumittarin käytön tarpeellisuudesta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vatsa- ja rintakipuisten potilaiden kivun arvioinnissa VAS-kipumittarin avulla, oli suuri ero. Tutkimuksessa vain yhden rintakipuisen potilaan kohdalla oli käytetty VAS-kipumittaria kivun arvioinnissa. Tutkimuksen perusteella 91,67 % kirjatusta VAS-arvoista oli kirjattu vatsakipuudesta potilaasta ja vastaavasti 8,33 % oli kirjattu rintakipuudesta potilaasta (Taulukko 2).

Taulukko 2. VAS-kipumittarin käyttö

Tulosyy	VAS-kipumittarin käyttö
Vatsakipu	11
Rintakipu	1

Suurin kirjattu VAS-kipuluku oli kymmenen, ja pienin yksi. Kaikkien kirjattujen VAS-kipulukemien keskiarvo oli seitsemän. Kahdessa kirjauksessa VAS-luku oli kontrolloitu kipulääkkeen annon jälkeen uudelleen, mutta toisessa kirjauksessa potilas ei ollut osannut antaa tarkkaa lukemaa. VAS-arvo oli siis kontrolloitu 17 % niistä kirjauksista, joissa VAS-kipuluku oli kysytty.

### 8.2 Kivun arvioinnin ja hoidon toteutuminen tutkimusyksikössä

Tutkimustulokset saatiin esille sisällönanalyysin kategorioinnin avulla. Kategoriat rakentuivat pelkistetyistä ilmauksista, ja osa ilmauksista olisi sopinut useamman kuin yhden kategorian alle (Kuvio 2). Yläkategoriaksi muodostui käsite ”kivun arviointi” ja sen alle muodostui alakategorioiksi ”kivun voimakkuuden kirjaaminen”, ”kivun sijainnin kirjaaminen”, ”kivun laadun kirjaaminen”, ”kivun helpottumisen tai pahentumisen kirjaaminen” ja ”muut huomiot kivun arvioinnista”.

Kuvio 2. Kategoriat.



Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että suurimassa osassa kirjauksista potilaan kipua oli arvioitu jollakin tavalla. Suurimassa osassa kirjauksista myös kivun voimakkuutta oli arvioitu. Kirjausten perusteella kivun voimakkuutta arvioitiin useammin sanallisesti kuin numeraalisesti, mikä selittää VAS-kipumittarin vähäisen käytön. Numeraalista kivunarviointia ei yleensä käytetty pelkästään, vaan sen tukena oli sanallinen arvio potilaan kivusta. Parhaimman käsityksen potilaan kivusta kirjausten perusteella sai, kun kipua oli arvioitu sekä numeraalisesti, että sanallisesti. Useimmissa kirjauksissa kipua oli arvioitu uudelleen myös kipulääkkeen annon jälkeen. Kivun voimakkuutta kuvattiin kirjauksissa usein sanoilla: lievää kipua, kivulias, tuskainen tai ei kipuja.

Tullessa kivulias, VAS 8

Ei kipuja, pientä arkuutta ylävatsalla

Hyvä vointi

Ei kipuja

Lievää kipua

### Kova kipu, kovin tuskainen VAS 9

Kivun sijainti oli lähes poikkeuksetta kirjattu potilastietoihin. Kivun sijainnin tarkkuudessa oli vaihtelevuutta kirjausten välillä. Toisissa kirjauksissa puhuttiin pelkästä vatsakivusta, ja toisissa kirjauksissa kipua oli määritelty tarkemmin, esimerkiksi ”oikealle alavatsaan painottuva kipu”. Kivun tarkkaa sijaintia kuvailtiin usein kirjaamalla, onko se oikealla, keskellä vai vasemmalla puolella vatsaa tai rintaa.

Vatsakipua

Paikantuu oikealla alavatsalle

Kipu ylävatsalla

Rintaan koskee

Aristaa vatsaa kauttaaltaan

Nyt kipua alaselän ja alavatsapuolella

Kivun laadusta kirjattiin muun muassa, onko kipu jatkuvaa tai ohi menevää. Lisäksi kivun laadusta kirjattiin kivun tyyppi, eli onko kipu esimerkiksi puristavaa, polttavaa tai viiltävää. Kirjausten perusteella potilaan kivun laatua arvioitiin yksikössä vähemmän, kuin kivun voimakkuutta ja sijaintia.

Puristava rintakipu

Kipu jatkuvaa

Aaltomainen ja krampimainen kipu

Edelleen tuntee krampimaista vatsakipua

Puristava tunne rintakehällä

Kivun kuvaa viiltäväksi

Tulosten perusteella kivun helpottumista tai pahenemisesta oli yksikössä kirjattu melko harvoin. Kivun helpottamisesta ja pahenemisesta oli kirjattu esimerkiksi, pahentaako vai helpottaako jokin asento tai liikkuminen kipua. Useimmin kirjattiin mikä pahentaa kipua, kun taas kivun helpottamisesta ei löytynyt kuin muutama kirjaus.

Liikkuminen pahentaa kipua

Ei pysty makuullaan olemaan

Yskiminen/tärähtely ei pahenna kipua

Puristava tunne lisääntyy liikkeellä ollessa

Liikkuessa kuitenkin kipua tuntuu

Etenkin liikkuessa kipuilee

Muut huomiot kivusta, jotka eivät sopineet mihinkään muuhun kategoriaan, käsittivät lähinnä huomioita potilaan yleisvoinnista kipuun liittyen tai kivun alkamisajankohdasta. Tähän kategoriaan tuli niin vähän ilmauksia, ettei niistä kannattanut tehdä omia erillisiä kategorioita. Potilaan kivun alkamisajankohta oli mainittu kirjauksissa vain muutaman kerran, joten sekini luokiteltiin tähän kategoriaan.

Kalpea ja kylmänhikinen kivun voimasta

Kivun yhteydessä pahoinvointia

Kipu alkanut lievänä tuntemuksena klo 17, nyt pahentunut

Aamusta saakka vatsakipua

Klo 21 alkanut vatsakipu

Yksikön kivun hoidon toteutumisesta ei saatu kirjausten perusteella yhtä paljon tietoa, kuin kivun arvioinnin toteutumisesta. Varsinaiset kivun hoitoon liittyvät kirjatukset, olivat lähinnä kivun lääkitsemistä koskevia kirjauksia. Kipulääkkeiden annosta oli säännöllisesti kirjattu kaikki olennainen. Lääkkeen nimi, antotapa, annoksen määrä ja antoaika löytyivät kirjauksista. Lääkkeen antajan nimeä ei tutkimuksessa näkynyt, sillä kirjauksista olivat kaikki nimet poistettu anonymiteetin vuoksi. Kipulääkkeitä annettiin yleisimmin suunkautta, mutta usein myös lihakseen tai suonensisäisesti. Kipulääkkeen antamisen yhteydessä oli myös aina kirjattu jotakin arvioita kivusta, ja syy miksi kipulääkettä annetaan. Kipulääkkeen annon jälkeen oli useimmissa kirjauksissa arvioitu kiputilanne uudelleen, mutta ei kuitenkaan kaikissa kirjauksissa. Lääkkeettömästä kivunhoidosta, kuten asentohoidosta, ei löytynyt kuin muutama kirjaus

## 9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää VAS-kipumittarin käytön säännöllisyyttä kivun arvioinnissa, sekä kivun arvioinnin ja hoidon toteutusta akuuttihoiton yksikössä. Keskeisimpänä johtopäätöksenä tutkimuksesta nousee esille VAS-kipumittarin käytön säännöllisyys yksikössä. Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että VAS-kipumittaria käytetään tutkimusyksikössä harvoin kivun arvioinnissa. Kivun arviointi kokonaisuudessaan kuitenkin kirjausten mukaan toteutui hyvin, pääosin sanallisena kivun arviointina. Kirjaukset vaihtelivat niukoista arvioista laajempiin ja kokonaisvaltaisempiin kivun arvioihin.

Kivunhoidon toteutumisesta ei kirjausten perusteella saatu yhtä paljon tietoa, kuin kivun arvioinnin toteutumisesta. Kivun hoidon kirjauksista saatiin tietoa lähinnä lääkkeellisestä kivunhoidosta, kun taas lääkkeettömästä kivunhoidosta ei juuri ollut kirjauksia. Kirjausten perusteella voidaan päätellä, että yksikössä lääkkeetöntä kivunhoitoa yleensä ei kirjata potilaskertomukseen, tai lääkkeetön kivunhoito on ylipäätään vähäistä.

### 9.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa keskityttiin tukimaan kirjausten sisältöjä, eikä niinkään itse kirjausten rakenteita tai sanamuotoja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli nimenomaan selvittää, miten käytännön hoitotyössä on toimittu. Kirjauksissa näkyi hoitajien henkilökohtaiset kirjaamistottumukset. Toiset kirjaukset olivat ytimekkäämpiä ja vähäsanaisempia, kun toiset taas kuvailevampia ja käyttivät pidempiä lauseita kirjauksissaan. Kaikissa kirjauksissa tuli kuitenkin kirjattu asia selväksi, mitä hoitaja oli kirjauksellaan tarkoittanut.

VAS-kipumittaria oli siis käytetty 20 % kaikista tutkimuksen kirjauksista. VAS-kipumittarin käytön voidaan päätellä olevan yksikössä vielä vähäistä, tai ainakaan sitä ei ole kirjattu suurimmassa osassa tutkimuksen potilaskäynneistä. Grenman ym. (2006) tulivat tutkimuksensa tuloksissa samankaltaisiin päätelmiin, että VAS-kipumittarin käyttöä kirjataan harvoin potilaskertomukseen, mikä tekee kivunhoidon ja lääkityksen seurannasta vaikeampaa.

Tutkimustuloksien perusteella ei voida olla täysin varmoja, mikä VAS-kipumittarin todellinen käyttöaste on, koska voi olla, että mittaria on käytetty enemmän mitä potilaskertomukseen on kirjattu. Tulosten perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, ettei VAS-kipumittaria käytetä usein päivittäisessä hoitotyössä.

Kipumittarin käytön vähäisyys voi johtua eri asioista. Joku voi kokea kipumittarin käytön hankalaksi, ja käyttää mieluummin sanallista arvioita kivun

arvioinnissa. Saattaa myös olla, että jos kipumittaria ei ole totuttu käyttämään, sitä ei muista käyttää apuvälineenä kivun arvioinnissa. VAS-kipumittarin käytön vähäisyys voi johtua osittain myös siitä, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintaohje, missä VAS-kipumittarin käyttö potilaan hoidossa määritellään, on vielä kovin tuore. Ohjeistus VAS-kipumittarin käytöstä on siis organisaatiotasolla vielä suhteellisen uusi asia, ja sen käyttö ei ole vielä kerinnyt vakinaistua. Kipumittari ei kuitenkaan vakinaistu päivittäiseen käyttöön itsestään, vaan se vaatii seuranta ja jatkuvaa arviointia.

Kaikkien kipumittarilla arvioitujen kipulukemien keskiarvo oli 7. Tulokset viittaavat siihen, että kivuliaalta potilaalta on herkemmin kysytty VAS-kipulukua, kuin vähemmän kivuliaalta potilaalta. Kuitenkin kaikkien tutkimuksessa olleiden potilaiden tulosyö oli joko rinta- tai vatsakipu, joten kaikilta tutkimuksen potilailta olisi VAS-kipuluku pitänyt kysyä. Kivun käypähoitosuosituksissa (2015) määritellään, että kivun voimakkuus tulisi arvioida jollakin kipumittarilla. Kivuliaan potilaan kohdalla kipumittarin käyttö voi tuntua perustellummalta, tai se on voinut hoitajalle muistua paremmin mieleen. Kipuluku antaa kuitenkin yhtä paljon informaatiota hoidon kannalta, oli se korkea tai matala.

Niissä kirjauksissa, joissa VAS-kipuluku oli kysytty, kipuluku oli vain muutamassa kirjauksessa kontrolloitu hoitotoimenpiteiden jälkeen. Päivi Kuusiston (2012) mukaan kivun voimakkuus tulisi mitata ennen annettavaa hoitoa sekä hoidon jälkeen, tai aina jos hoitomuoto vaihtuu. Kuitenkin kipua oli useimmissa kirjauksissa sanallisesti kontrolloitu, ja kirjattu esimerkiksi kivun helpottuneen, tai että kipulääkkeestä ei ole ollut apua. Kivun arviointi oli siis kokonaisuudessaan toteutunut myös hoitotoimenpiteiden tai kipulääkityksen annon jälkeen, mutta joissakin kirjauksissa siitä ei ollut mainintaa. Kuitenkin noin 80 % kirjauksista kivunvoimakkuus oli lääkkeen annon jälkeen kontrolloitu sanallisesti, mikä on tärkeintä. VAS-kipulukujen kontrollointi jäi vähäiseksi, joten tähän asiaan yksikössä voitaisiin jatkossa kiinnittää huomiota.

Kivunarviointi oli toteutunut yksikössä pääsääntöisesti hyvin. Lähes jokaisessa kirjauksessa oli määritelty kivun voimakkuus ja sijainti, mitkä ovatkin yhdet tärkeimmistä havainnoista kipua arvioidessa. Kivun laatua oli arvioitu hieman harvemmin, mutta sitäkin kiitettävästi. Kivun laatu olisi kuitenkin aina tärkeä selvittää hoidon alkaessa (Kuusisto, 2012). Kirjauksia siitä, mikä helpottaa ja pahentaa kipua, oli vähän. Vaikka kipu pysyy koko ajan stabiilina, eikä mikään helpota tai pahenna sitä, sen voi silti kirjata. Erityisen tärkeää on kirjata, jos jokin tietty asia tekee kipua voimakkaammaksi tai pahentaa sitä. Muita huomiota kivun arvioinnista - kategorian alle löytyi kirjauksia muun muassa kivun alkamisajankohdasta. Kivun alkamisajankohtaa tai kestoa oli kirjattu yllättävän harvoin. Kivun kesto on kuitenkin olennainen osa kipuanalyysiä (Kuva 1. ).

Lääkkeellinen kivun hoito löytyi hyvin kirjattuna. Lääkehoidon kirjauksista löytyi kaikki olennainen. Kirjausten perusteella lääkkeellisen kivun hoidon vaikutuksia oli yksikössä arvioitu pääsääntöisesti hyvin. Lääkkeellinen ki-

vun hoito toimii yksikössä kirjausten mukaan siis melko hyvin. Lääkkeettömästä kivun hoidosta ei löytynyt juuri ollenkaan kirjauksia, mikä oli erikoista. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on voitu käyttää, mutta niitä ei ole kirjattu potilastietojärjestelmään.

Tutkimuksen potilaiden tulosyö oli rinta- tai vatsakipu, joten varmasti esimerkiksi murtumapotilaiden kohdalla lääkkeettömistä kivunhoito keinoista olisi enemmän kirjauksia. Rintakipuisen ja mahdollisesti hengenahdistuksesta kärsivän potilaan yksinkertaista lääkkeetöntä kivunhoitoa on esimerkiksi asentohoito. Potilaan asettaminen hyvään puoli-istuvaan asentoon, missä on helpompi hengittää, on jo lääkkeetöntä kivun hoitoa. Näin on varmasti hoitotyössä toimitukin, mutta sitä ei löytynyt kirjauksista.

Kokonaisuudessaan yksikössä oli kipua arvioitu ja lääkitty hyvin, ja näistä löytyi asianmukaiset kirjaukset. VAS-kipumittarin säännölliseen käyttöön olisi jatkossa hyvä kiinnittää huomiota niin, että siitä tulisi rutiininomainen kivun voimakkuuden arviointi keino. Myös lääkkeettömän kivun hoidon toteuttamiseen ja kirjaamiseen tulee kiinnittää lisää huomiota.

### 9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on erittäin merkittävä osa tutkimuksen tekemistä. Yleisesti tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, ja tutkimusetiikka käsittelee monenlaisia valinta- ja päätöksentekotilanteita. Eettiset käytännöt eivät sinänsä ole verrattavissa lakeihin, mutta eettisten koodien ohella lainsäädäntö ohjaa tutkimusta. Terveystieteellisessä tutkimuksessa täytyy ottaa huomioon muun muassa Suomen perustuslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä henkilötietolaki. (Kylmä & Juvakka 2007, 137 – 139.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys on keskeisessä asemassa, sillä tutkimuksessa käsitellään salassa pidettäviä potilasasiakirjoja. Tutkimusaineisto ei missään vaiheessa poistunut tutkimusyksiköstä, eikä aineistossa ollut mitään potilaiden tai hoitajien henkilötietoja näkyvillä. Potilasasiakirjojen käsittely toteutui tässä opinnäytetyössä asianmukaisesti. Opinnäytetyöprosessissa korostui salassapitovelvollisuuden tärkeys ja ymmärtäminen.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu niin, että yksikön anonymiteetti säilyy, eikä sitä voida yhdistää tähän tutkimukseen. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki tutkimusaineisto palautetaan tutkimuksesta vastaavalle sairaanhoitajalle, joka hävittää aineiston asianmukaisesti. Se, että tutkimuskysymyksiin on aineistoa analysoimalla saatu vastaukset, lisää myös tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyössä on myös pyritty kuvailemaan tarkasti tutkimusprosessin etenemistä.

Tiedonhakumenetelminä opinnäytetyössä on käytetty sähköisiä julkaisuja sekä kirjoja. Internetistä tietoa opinnäytetyöhön on haettu käyttäen erilaisia hakukoneita, kuten Terveysporttia ja Medic-tietokantaa. Sähköisten artikkelien lisäksi työssä on käytetty erilaisia kirjoja. Tiedonhaussa on kokoajan

pidetty lähdekritiikki mielessä, ja varsinkin internetistä on sähköisiä julkaisuja käytetty harkiten. Lähteitä on haettu sekä suomeksi että englanniksi. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita julkaisuja.

### 9.3 Oma oppiminen ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöprosessi kesti kokonaisuudessaan noin vuoden. Maltillinen teko tahti sopi minulle hyvin, sillä olen voinut rauhassa keskittyä jokaiseen opinnäytetyön vaiheeseen ilman kiirettä. Opinnäytetyöprosessin sisäistäminen on myös ollut helppoa, kun olen saanut edetä rauhassa. Työn tekemiseen löytyi motivaatiota, koska aihe oli kiinnostava sekä työelämälähtöinen. Opinnäytetyötä motivoi tekemään se, että tutkimus tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää tutkimus yksikössä.

Opinnäytetyön tekemisen myötä tutuiksi tulivat myös eri tiedonhakumenetelmät. Opin hakemaan tuoretta tutkimustietoa, ja pyrin aina etsimään tietoa monesta eri lähteestä, että tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Koen, että olen kehittynyt myös asiatekstin kirjoittamisessa. Olen opinnäytetyöprosessin aikana kerännyt paljon tietoa kivusta, kivun arvioinnista ja kivun hoidosta. Tiedosta on varmasti paljon hyötyä tulevaisuudessa, kun työskentelelen sairaanhoitajana. Olen myös oppinut paljon laadullisen tutkimuksen tekemistä ja sen eri vaiheista. Tutkimusprosessi oli ennestään täysin vieras, joten tutkimuksen aloittaminen tuntui aluksi haastavalta. Tutkimusprosessin edetessä opin koko ajan lisää tutkimuksen tekemisestä ja sen eri vaiheista, ja opinnäytetyö valmistui aikataulun mukaisesti.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi kivun arvioinnin opasvihko uusille työntekijöille ja opiskelijoille, missä olisi kivun arvioinnin keinoja selkeästi esitettyinä. Mielenkiintoista olisi myös tehdä samankaltainen tutkimus esimerkiksi viiden vuoden kuluttua, jolloin nähtäisiin, onko VAS-kipumittarin käyttö vakinaistunut kivun arviointi välineenä. Toisaalta kivunarviointiin liittyvää tutkimusta voisi tehdä hoitajien näkökulmasta, esimerkiksi kyselylomakkeiden avulla.

## LÄHTEET

Bergqvist, S. & Nordman, L. 2010. Kirjaamisen muutos rakenteiseen kirjaamiseen sekä kirjaamisen laatu ja sairaanhoitajien kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. Viitattu 13.5.2016.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16095934>

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Grenman, D., Niemi-Murola, L., Silfvast, T. & Kalso, E. 2006. Kivun hoito kirurgian päivystyspoliklinikalla – potilaan näkökulma. *Finnanest* 39 (4), 321. Viitattu 10.11.2015. Saatavissa Medic tietokannassa: [http://www.finnanest.fi/files/oper\\_grenman.pdf](http://www.finnanest.fi/files/oper_grenman.pdf)

Haanpää, M. 2004. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Neuropaattisen kivun näyttöön perustuva hoito. Viitattu 2.11.2015. Saatavissa Terveysportti tietokannassa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=neuropaattinen%20kipu](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=neuropaattinen%20kipu)

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Terveyskirjasto. Viitattu 6.10.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086)

Heikkinen, K. & Lundgren-Laine, H. 2013. Hoitotyön kirjaamisen tarkoitus ja sisältö. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 23.11.2015. Saatavissa Terveysportti-tietokannasta: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=kirjaaminen](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kirjaaminen)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoikka, A. 2013. Kivunarviointi. Anestesiahoitotyön käsikirja. Saatavissa Terveysportti tietokannassa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=kivun%20kirjaaminen](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20kirjaaminen)

Hoitotyön toimintaohjelma 2014 – 2016. 2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.10.2015. [www.tays.fi/download/noname/%7B9A20160C-31E4-4090.../47978](http://www.tays.fi/download/noname/%7B9A20160C-31E4-4090.../47978)

IASP Taxonomy. 2012. IASP. Viitattu 19.10.2015. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Helsinki: Otava.

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä: Gummerus.

Kipu. 2015. Käypähoito. Viitattu 9.2.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=12482E52455DD26B9F3FCB5CEFB8699B?id=hoi50103#s8>

Kipupoliklinikka. 2015. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.10.2015. [https://www.ppshp.fi/potilaat\\_laheiset/prime101/prime101/prime104.aspx](https://www.ppshp.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime104.aspx)

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2015. Kivun lääkehoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 1.12.2015. Saatavissa Terveysportti tietokannassa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk03325&p\\_haku=kivun%20hoito](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk03325&p_haku=kivun%20hoito)

Kuusisto, P. 2012. Akuutin kivun hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 16.6.2016. Saatavissa terveysportti tietokannassa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=kivun%20arviointi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20arviointi)

Kuva 1. Friman, P. 2013. Kipuanalyysi. Sairaanhoitajan käsikirja-kuvat. Saatavissa terveysportti tietokannassa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=kivun%20arviointi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20arviointi)

Kuva 2. Vas-kipumittari ja kasvoasteikko. Viitattu 30.10.2015. Saatavissa: [http://extra.pkssk.fi/html/kivunhoito%20ensiavussa/ali\\_sivut/kivun\\_arviointi.htm](http://extra.pkssk.fi/html/kivunhoito%20ensiavussa/ali_sivut/kivun_arviointi.htm)

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

Laadullinen tutkimus. N.d. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 23.11.2015. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 4.12.§.

Lääkkeetön kivunhoito. N.d. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 20.3.2016. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim

Määrällinen tutkimus. N.d.Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.12.2015.  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Potilastiedon arkisto. 2015. Kanta. Viitattu 26.10.2015.  
<http://www.kanta.fi/earkisto-esittely>

Rantalainen, T. 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Teho- ja valvontatyön lähtökohdat. Viitattu 13.3.2016. Saatavissa Terveysportti tietokannassa: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00284&p\\_haku=kirjaaminen](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00284&p_haku=kirjaaminen)

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanomapro.

Rissanen, K. 2013. Sairaanhoidajien kuvauksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivunhoitotyö. Helsinki: WSOY.

Salonen, A. 2014. Kirurgisen osaston hoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä Loimaan aluesairaalassa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77752/Salonen\\_Anna.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/77752/Salonen_Anna.pdf?sequence=1)

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kivut. Terveyskirjasto. Viitattu 3.1.2016.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94056.pdf>

Vainio, A. 2009. Kivun biologinen merkitys. Viitattu 27.9.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00006](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00006)

Vainio, A. 2006. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus.

Vainio, A. 2009. Kudosvaurio ja kipu. Terveyskirjasto. Viitattu 2.11.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00015](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00015)

Vento, K., Nyqvist, M. & Siiriäinen, L. 2015. Sairaanhoidajien kivunhoidon osaaminen kirurgisella vuodeosastolla. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

## ANALYYSIRUNKO

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Lievää kipua	Kivun voimakkuuden arviointi	Kivun arviointi
Pieni tuntemus takaraivolla, ei kuitenkaan kipua		
Pientä jomotusta		
Tullessa kivuton		
VAS 4		
VAS 9-10		
Kipu yön aikana pahentunut		
Kokee vointinsa paremmaksi		
Kiputilanne helpottanut		
VAS 8-9 luokkaa		
Tullessa kivulias, VAS 8		
Ei kipuja		
VAS 9		
Ei kipuja, pientä arkuutta ylävatsalla		
Hyvä vointi		
Ei kipuja		
Hyvä vointi		
Kertoo, ettei ole kipuja, vatsaa palpoidessa aristaa selvästi		
Ei rintakipua tai hengenahdistusta		
VAS 8, ei ole helpottanut		
Kipu helpottanut		
Kipupahentunut, selvästi tuskainen		
Lääkkeet auttaneet, kipu on poissa		
Kertoo kipua olevan aavistuksen verran		
Kipeän oloinen, VAS 9		
Lääke auttanut		
Kokee kivun lisääntyneen		
Kovin kivuliaan oloinen		
Kivuliaan oloinen		
Kokee VAS 7, kontaktissa ei vaikuta näin kivuliaalta		
Vointi hyvä, kivuton		
Edelleen kipua, mutta kipu vähentynyt		
Hyvä vointinen ei kipuja		
Ei vatsakipua		

Kivun arvioinnin toteutuminen akuuttihoiton yksikössä

Rintakipu loppunut, vointi hyvä		
Koki kivun jo helpottavan		
Tullessa kivulias, vatsaa pitelee		
Lievästi kivuliaan oloinen, VAS 7		
Potilas selvästi kivulias		
Vointi parempi kuin tullessa		
Kivuton		
Kipu alkanut lievänä tuntemuksena, nyt pahentunut		
VAS 3-4 luokkaa, ajoittain pahempi		
Kova kipu, kovin tuskainen VAS 9		
Ei kipuja		
VAS 1		
Vointi hyvä		
Pärjää kivun kanssa		
Kivuton		
Rinnalla kipua	Kivun sijainnin arviointi	
Säteilee hartioihin		
Tunnetta takaraivolla		
Vatsakipua		
Paikantuu oikealla alavatsalle		
Kipu keskittyy oikealla alavatsalle		
Ajoittain säteilee kylkiin		
Kipu ylävatsalla		
Rintaan koskee		
Arkuus ylävatsalla		
Ahdistava tunne rinnalla		
Kipua oikealla alavatsalla		
Aristaa vatsaa kauttaaltaan		
Vatsakipu säteilee oikeaan kylkeen		
Tullessa kova oikea kylkikipu, kipu painottuu oik. kylkikäärteen ja selkään		
Kipu vasemmalla alavatsalla		
Kipu tuntuu tahdistimen kohdalla, säteilee olkapäähän ja selkään		
Herännyt vas. rintakipuun, joka säteillyt vas. käteen		
Tulee ylävatsakivun vuoksi		
Tulee vatsakipujen vuoksi		
Paikallistuu navan ja rinnan väliin		

Kivun arvioinnin toteutuminen akuuttihoiton yksikössä

Valittanut niska särkyä		
Potilas tulee vatsakivun vuoksi		
Pientä tuntemusta vatsalla koko ajan on		
Tulee ylävatsa kivun vuoksi		
Nyt kipua alaselän ja alavatsapuolella		
Alavatsalla kipua		
Rintakipua tuntuu vasemmalla puolella ja säteilee vas. käteen		
Rintakipu loppunut		
Kipu tuntuu vas. puolella selässä ja kyljellä		
Kipu paikantuu kumpaakin kylkeen vyömäisesti kohti napaa		
Kipu paikantuu ylävatsalle		
Tulee rintakivun vuoksi		
Ylävatsalla painon tunne		
Rintakipu säteillyt vas. käteen ja hartioihin		
Kova rintakipu		
Tulee tykyttelyn ja rintatuntemusten vuoksi		
Säteilee kaulalle		
Kipua rinnalla		
Kipu vasemmalle ylävatsalle painottuvaa, säteilee selkäpuolelle		
Kipu vasemmalla puolen rintakehää		
Kipu säteillyt kaulaan ja leukaan		
Puristava rintakipu	Kivun laadun arviointi	
Kipu jatkuvaa		
Aaltomainen ja krampmainen kipu		
Pientä kramppia edelleen		
Ahdistava tunne rinnalla		
Krampmaista vatsakipua		
Puristava tunne rintakehällä		
Kivun kuvaa viiltäväksi		
Kipu jatkuvaa ja polttavaa		
Kipu tasaista/yltyvää		
Vyömäinen kipu		
Kipu aaltomaista ja krampmaista		
Painon tunne ylävatsalla		
Puristava rintakipu		

Kivun arvioinnin toteutuminen akuuttihoiton yksikössä

Pistävä kipu rinnalla	Kivun helpottumisen/pahentumisen arviointi	
Puristava tunne rinnalla		
Liikkuminen pahentaa kipua		
Ei kivulta pysty makuullaan olemaan		
Yskiminen/tärähtely ei pahenna kipua		
Puristava tunne lisääntyy liikkeellä ollessa		
Liikkuessa kuitenkin kipua tuntuu		
Etenkin liikkuessa kipuilee		
Kipu ajoittain pahempi, erityisesti seistessä		
Rasitus lisää rintakipua		
Vasemmalla kyljellä makaaminen helpottaa oireita, pystyasennossa oireet pahenevat		
Kalpea ja kylmänhikinen kivun voimasta	Muut huomiot kivun arvioinnista	
Kivun yhteydessä pahoinvointia		
Kipu alkanut lievänä tuntemuksena klo 17, nyt pahentunut		
Vatsakipua ollut (pvm) alkaen, mutta nyt pahentunut		
Aamusta saakka vatsakipua		
Klo 21 alkanut vatsakipu		
Vatsakipua ollut (pvm) alkaen, mutta nyt pahentunut		