

# KIVUN ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

KIVUN KIRJAAMISEN OHJEISTUS



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, Hoitotyön koulutus

Kevät, 2018

Karoliina Ohtola

Hoitotyön koulutus  
Visamäki

---

<b>Tekijä</b>	Karoliina Ohtola	<b>Vuosi</b> 2018
<b>Työn nimi</b>	Kivun arviointi ja kirjaaminen hoitotyössä – Kivun kirjaamisen ohjeistus.	
<b>Työn ohjaaja</b>	Salla Mäkelä	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uusinta tietoa, joka pohjautuu tutkittuun tietoon kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Opinnäytetyö pyrki vastaamaan kysymyksiin, miten kipua arvioidaan ja miten kipu kirjataan. Tavoitteena oli yhdistää Kanta-Hämeen Keskussairaalan kivun kirjaamiskäytänteet. Tilaajana oli K-HKS:n kipupoliklinikka.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tuotoksena oli kirjallinen kivun kirjaamisen ohjeistus K-HKS:n henkilökunnalle. Kivun kirjaamisen ohjeistuksen tietoperustana toimi opinnäytetyön teoriaosuus.

Teoriaosuudessa kävi ilmi, että kipu on epämiellyttävä subjektiivinen aisti- ja tunnekokemus. Kipu voi olla akuuttia tai kroonista riippuen sen kestosta. Kivun hoidossa korostetaan tällä hetkellä lääkkeettömiä kivun hoitomenetelmiä. Paras tulos kivun hoidossa kuitenkin saadaan yhdistelemällä lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä menetelmiä. Kipua arvioidaan käyttämällä kipumittaria. Potilasta haastatteleminen saadaan myös selville kivun paikka, laatu ja kesto. Potilaan haastattelu on tärkeää, sillä hän on oman kipunsa paras asiantuntija. Kivusta kirjataan vähintään kerran työvuoron aikana kivun arviointi, kivun hoidon menetelmä sekä hoidon haittavaikutukset.

Opinnäytetyön tilaajan mielestä ohjeistuksesta tuli selkeä ja sitä hyödynnetään kirjaamiskoulutuksissa. Kivun kirjaamisen ohjeistuksen jakaminen tapahtuu kipupoliklinikan kautta. Opinnäytetyötä voitaisiin tukea teemmällä ohje, kuinka arvioida kommunikaation kykenemättömän potilaan kipua.

**Avainsanat** Kipu, kivun arviointi, kivun kirjaaminen, kivun hoito.

**Sivut** 27 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Degree Programme in Nursing  
Visamäki

---

<b>Author</b>	Karoliina Ohtola	<b>Year</b> 2018
<b>Subject</b>	Pain Assessment and Documentation in Nursing – Instructions for Pain Documentation.	
<b>Supervisor</b>	Salla Mäkelä	

---

#### ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to find new information which is based on studies about pain assessment and documentation. The thesis answered to the questions how to do pain assessment and how to document pain. The aim was to unite nurses documentation system in Kanta-Hämeen Keskussairaala. The thesis was made to K-HKS pain out-patient clinic.

The thesis was carried out as a practice-based thesis. Output of the practice-based thesis was instructions to K-HKS nurses about pain documentation. Instruction's knowledge came from the thesis' theory part.

In the thesis theory part comes out that pain is unpleasant subjective sensory and emotional experience. Pain can be acute or chronic depending how long it lasts. Currently the trend in pain management is non-medicated pain management. However, the best result in pain management is gained by combinations of both non-medical and medical pain management. Pain assessment happens using different pain scales. Pain location, type of pain and pain duration can be found by interviewing the patient. Interviewing patient is important because patient is the best one to tell about his or her pain. Pain assessment, pain management methods and pain management side effects must be documented at least ones in a shift.

In the opinion of the staff in pain out-patient clinic, instruction was lucid. They will use instruction in documentation training. The sharing of the instruction to nurses is up to pain out-patient clinic. To support the thesis there can be made an instruction of how to make pain assessment for patient who cannot communicate.

**Keywords** Pain, pain assessment, pain documentation, pain management.

**Pages** 27 pages including appendices 2 pages

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KIPU .....	2
2.1	Kivun määritelmä .....	2
2.2	Akuutti kipu .....	3
2.3	Krooninen kipu .....	4
3	KIVUN HOITO .....	5
3.1	Lääkkeellinen kivunhoito.....	5
3.2	Lääkkeetön kivunhoito .....	8
4	KIVUN ARVIOITI .....	10
4.1	Kipumittarit .....	11
4.2	Muita kivun arviointitapoja .....	13
5	KIVUN KIRJAAMINEN .....	14
5.1	FinnCC-luokitus.....	15
5.2	Kivun järjestelmällinen kirjaaminen.....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA -KYSYMYKSET .....	17
7	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	17
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	18
7.2	Hyvä ohjeistus .....	18
7.3	Opinnäytetyöprosessi .....	19
7.4	Kirjaamisen ohjeistuksen suunnittelu, toteutus ja arviointi .....	20
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	21
	LÄHTEET .....	23

### Liitteet

- Liite 1 Kivun kirjaamisen ohjeistus
- Liite 2 Kivun kirjaamisen ohjeistuksen taskumalli

## 1 JOHDANTO

Suomessa terveyskeskuslääkäreillä käyneistä potilaista jopa 40 %:lla on käynnin aiheeseen liittynyt kipu. Kroonisesta kivusta kärsineistä aikuisista 60 % on käynyt 2–9 kertaa lääkärissä viimeisen kuuden kuukauden aikana eurooppalaisen tutkimuksen mukaan. Kipu aiheuttaa eniten kustannuksia yhteiskunnassamme epäsuorasti muun muassa töistä poissaolojen tai toimintakyvyn heikkenemisen takia. Vuonna 2013 selkäkipu vei kahden miljoonan euron sairauspäivärahat ja sairauspäiväraha hakemuksia oli 118,3 miljoonan euron edestä. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Kipua esiintyy yhteiskunnassamme paljon ja se kuluttaa paljon verorahojamme. Asiallisella kivunhoidolla ja siihen nopeasti puuttumalla voidaan saada näitä menoja pienemmiksi. Kustannusten ja ihmisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että kipu saadaan mahdollisimman nopeasti hallintaan ja hoidettua. Tällä tavoin voidaan välttää kivun kroonistuminen. Kipua arvioimalla saadaan selville kivun voimakkuus ja luonne. Kipua arvioimalla saadaan aloitettua potilaalle hänen tarvitsemansa kivun hoito. Kaikki nämä kipuun liittyvät asiat kirjataan tarkasti potilasasiakirjoihin.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön on tilannut Kanta-Hämeen Keskussairaalan kipupoliklinikka. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä yhteneväinen ohjeistus kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää Kanta-Hämeen Keskussairaalan kivun kirjaamisen käytänteet. Opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska kivun kirjaamisessa esiintyy selkeitä puutteita ja se ei ole yhdenmukaista (Grommi 2015).

Opinnäytetyö koostuu teoriaosuudesta, joka samalla toimii kivun arvioinnin ja kirjaamisen ohjeistuksen teoreettisena viitekehyksenä. Teoriaosuiden jälkeen opinnäytetyössä on kuvattuna sen tavoite, tarkoitus sekä opinnäytetyökysymykset. Tämän jälkeen esitellään toiminnallista opinnäytetyötä sekä sen tekoprosessin etenemistä. Opinnäytetyön tuotoksen tekoprosessi esitellään sen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kautta. Lopuksi opinnäytetyössä esitellään sen johtopäätökset ja pohdinta.

## 2 KIPU

Kivun kuvaaminen ja määrittäminen on muuttunut historian halki. Ensimmäisen kiputeorian esitteli Aristoteles, joka esitteli kivun mielihyvän vastakohtana. Hänen mielestään kipu on vain yksi tunne-elämys muiden tunteiden joukossa. Eri tieteenaloissa kipua tarkastellaan eri näkökulmista. Luonnontieteissä kivusta tutkitaan sen eri tyyppisiä, mekanismeja ja tekijöitä. Humanistit taas pyrkivät selvittämään kivun aiheuttamia kokemuksia ja kivun yksilöllisiä ilmaisutapoja. Hoitotieteissä kipu määritellään henkilökohtaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi kokemukseksi. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 83–84.)

### 2.1 Kivun määritelmä

Kivun tutkimiseen keskittynyt organisaatio IASP (International Association for the Study of Pain 2017) määrittelee kivun epämiellyttäväksi aisti- ja tunnekokemukseksi. Kipu on aina subjektiivinen kokemus ja siihen vaikuttavat aikaisemmat kokemukset kivusta. Biologit ovat huomanneet, että ne ärsykkeet mitkä aiheuttavat kipua, aiheuttavat todennäköisesti myös kudonvaurioita. Tämän takia kipu on se tuntemus, mikä koetaan kudonvaurion tai mahdollisen kudonvaurion muodostuessa. Ihmiset kuvaavat myös tuntevansa kipua ilman kudonvauriota yleensä psykologisista syistä. Jos ihminen kokee kipua ilman kudonvaurioita, tulisi heidän tuntemuksensa silti rekisteröidä kivuksi, sillä kipu on aina henkilökohtainen kokemus. Myös Suomessa käytössä oleva kivun Käypä hoito -suositus käyttää samaa määritelmää (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017).

Hoitotyössä kipu voidaan myös määritellä yksilön näkökulmasta. Silloin, kun yksilö sanoo, että hänellä on kipua niin silloin se on kipua. Hän tuntee kipua, silloin kun hän kertoo sitä tuntevansa. Tämä kivun määritelmä korostaa kivun henkilökohtaisuutta ja samalla muistuttaa, että potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Tämä määritelmä ei kuitenkaan ole kivun virallinen määritelmä, sillä se ei huomioi ihmisiä, joilla on vaikeuksia tai puutteita kommunikoinnissa. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi demen-toituneet vanhukset, puhekyvyttömät lapset, kehityshäiriöistä kärsivät ihmiset tai nukutetut ihmiset. Heille kaikille kivun kokeminen on silti mahdollista, vaikka he eivät sitä pystyisi kertomaan. Kaikki ihmiset eivät myöskään halua kertoa omista kipukokemuksistaan. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7–8.)

Erilaisten etnisten ryhmien välillä ei ole havaittu eroja kivun havaitsemisessa tai kipukynnyksessä. Se missä eroja on havaittu, on kivun sietokyky eli toleranssi sekä kivun ilmaisussa. Sairauskäyttäytyminen vaihtelee kulttuureittain. Välimeren alueella asuvat kertovat kivustaan äänekkäästi valittaen. Pohjois-Eurooppalaiset kestävät kivun ilman valituksia. Uuden-Guinean alueella sairailta on tapana vetäytyä yksinäisyyteen ja peittäävät itsensä tomulla ja tuhalla. Kipukäyttäytyminen opitaan lapsena omassa

kulttuuriympäristössä mallioppimisen kautta. (Vainio 2009, 30–31; Rautava-Nurmi ym. 2014, 84.)

## 2.2 Akuutti kipu

Akuutilla kivulla tarkoitetaan kipua, joka kestää alle kuukauden (Kipu: Käypä hoito, 2017). Akuutin kivun tarkoituksena on suojella elimistöä ja varoittaa kudოსvauriosta sekä estää uuden kudოსvaurion syntymisen. Vauriot sisäelimissä sekä tuki- ja liikuntaelimissä aiheuttavat keholle reflektiomaisia lihassupistuksia. Ne pyrkivät estämään kehoa liikkumasta ja näin ollen antavat vaurioituneelle kudokselle aikaa parantua. Suuret vammat elimistössä, esimerkiksi onnettomuuden seurauksena, eivät välttämättä tunnu ensiksi kipuna. Näissä tilanteissa henkilö keskittyy enemmän selviytymiseen ja kivut alkavat vasta, kun henkilö tuntee olevansa turvassa. Akuutille kivulle löytyy yleensä aina joku syy, joka voidaan hoitaa tehokkaasti. Hyvän kivunhoidon ansioista akuutti kipu ja kudოსvaurio voi parantua päivien tai viikkojen kuluessa. Huonosti hoidettu akuutti kipu voi pitkittää hoitoa sekä kudოსvaurion paranemista. (Kalso, Elomaa, Estlander, Granström 2009, 104–106.)

Leikkauksen jälkeinen kipu, vammasta johtuva kipu ja synnytyskipu luokitellaan akuuteiksi kivuksi niiden lyhytkestoisuuden perusteella. Akuutti kipu saattaa aiheuttaa paljon haittavaikutuksia, kuten erilaisia rytmihäiriöitä, hengityselimistön häiriöitä, ruuansulatuselimistön sekä virtsateiden ongelmia. Lisäksi akuutti kipu voi aiheuttaa häiriöitä lihaksistossa ja erilaisia psykologisia oireita sekä pitkittää kivun krooniseksi. Akuutin kivun esiintymiseen ihmisellä vaikuttaa eri asiat, kuten geneettiset tekijät, ikä, sukupuoli ja kipulääkkeiden käyttö. Jos akuutin kivun aiheuttajana on leikkaus, niin silloin kipuun voi vaikuttaa leikkaustyyppi, leikkausta edeltä ahdistuneisuus ja leikkauksen aikana käytetyt kivun lievitysmenetelmät. Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuus vaihtelee edellä mainittujen asioiden perusteella, mutta kestoltaan se on useimmiten lyhyttä ja helpottuu parantuessa. (Hamunen & Kalso 2009, 278–279; Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Ketomaa 2013, 196–197.)

Sipilän tekemässä väitöskirjassa (2018, 14–15, 75–76) Pain sensitivity and factors associated with the pain experience after breast cancer treatments selvitetään prospektiivisellä tutkimuksella (n=1000) mitkä tekijät vaikuttavat rintasyöpään sairastuneiden kivun kokemuksiin. Tutkimuksessa nousi esille, että voimakas akuutti kipu leikkauksen jälkeisenä päivänä ennakoiti pitkittynyttä kipua vuoden seurannassa. Osa akuuttiin ja krooniseen kipuun johtaneista syistä olivat samoja. Näitä olivat aikaisempi krooninen kipu, kipu leikkausalueella ja leikkaustyyppi. Akuuttiin kipuun johtaneita syitä olivat psyykinen kuormitus, kovan leikkauksen jälkeisen kivun odottaminen ja tilanneahdistus. Pitkittyneen kivun kehittymiseen vaikuttivat tutkimuksen mukaan ahdistustaipumus, sädehoito sekä yli-paino.

### 2.3 Krooninen kipu

Kipu luokitellaan krooniseksi kivuksi, kun sen kesto on yli kuusi kuukautta tai kun kudoksen normaali paranemisaika on ylittynyt. Krooninen kipu aiheuttaa paljon haittavaikutuksia ihmisen elämään ja toimintakykyyn. Krooninen kipu voidaan jakaa eri ryhmiin kivun syntymekanismien perusteella (Iivanainen & Syväoja 2016, 78). Kivun kroonistumisen riskitekijöitä ovat aikaisemmat pitkittyneet kiputilat, hermovauriot ja sympaattisen hermoston yliaktiivisuus. Sympaattisen hermoston yliaktiivisuuteen viittaavia oireita ovat muun muassa kipeän raajan punoitus, turvotus, muutokset hikoilussa, vamman jälkeinen pitkittynyt liikerajoitus sekä herkkyys kylmälle ja kuumalle (Salanterä ym. 2006, 148).

Ensimmäinen kroonisen kivun ryhmä on nosiseptiivinen kipu. Tällä tarkoitetaan kipua, joka liittyy kudoksen vaurion syntyyn. Nosiseptiiviseen kipuun voidaan liittää hapenpuutteesta johtuva kipu, luurankolihaskipu, tulehduskipu sekä tukielinten kulumakivut. Tähän kipuun saattaa liittyä ihon tuntoherkistymä kudoksen vaurioalueella. Nosiseptiivinen kipu voi aiheuttaa myös raajojen lämpötila tai värimuutoksia, jos kipu on pitkäaikaista raajojen alueella. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 86; Haanpää 2017.)

Toisena kroonisen kivun ryhmänä on neuropaattinen kipu, jolla tarkoitetaan hermovaurioista johtuvaa kipua. Tällöin hermot tai selkäydin ovat joutuneet pinteeseen pitkäksi aikaa. Tämä aiheuttaa sen, että hermosto muuttuu, minkä seurauksena myös tuntoaisti muuttuu. Muutokset hermostoalueella voidaan havaita tuntohäiriöinä tai motorisina häiriöinä. Nämä ilmenevät esimerkiksi tuntopuutoksina tietyiltä alueilta tai siten, että jokin kivuton ärsyke aiheuttaa todella kovaa kipua. Jotta kipu pystytään määrittelemään neuropaattiseksi kivuksi, täytyy kivun ilmetä loogisessa kohdassa hermoratoja tunnustelemalla. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 86; Haanpää 2017.)

Krooniseen kipuun kuuluu myös idiopaattinen kipu. Kipu on idiopaattista silloin, kun sitä ei voida luokitella mihinkään muuhun kipuryhmään ja sen taustalta ei löydy sairautta. Yleisimpänä idiopaattisen kivun aiheuttajana voidaan pitää fibromyalgiaa, jossa ihmisen pehmytkudoksissa esiintyy laaja-alaista särkyä ja kipua. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 86; Haanpää 2017.)

Kroonisen kivun yhtenä muotona pidetään myös kroonista kipuoireyhtymää. Krooniseen kipuoireyhtymän syntymiseen ei olla löydetty mitään fysiologista selittävää tekijää (Iivanainen & Syväoja 2016, 78). Tunne-elämän ristiriidat tai psykososiaaliset ongelmat voidaan kuitenkin liittää kipuoireyhtymän pääsyyksi. Tässä kipuoireyhtymässä suurimpana oireena on täysin selittämätön kipu, joka on erittäin sitkeää, vaikeaa ja kärsimystä tuottavaa. (Haanpää 2017.)



Elorannan Pro gradu -tutkielmassa (2002) Krooninen kipu osana elämää tutkittiin kuvailevasti kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden (n=7) kipukokemuksia sekä kroonisen kivun vaikuttavuutta arkielämään ja selviytymistä kivun kanssa. Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluna ja aineisto analysoitiin laadullisen sisällön analyysiä käyttäen. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että kipu on subjektiivinen kokemus. Kipupotilaat pyrkivät mieluummin salaamaan kipunsa, kuin olisivat kertoneet siitä. Kipu oli luonteeltaan jatkuvaa, muuttumatonta ja kivun voimakkuusaste saattoi vaihdella 7–10 välillä. Kipu tuotti potilaille ahdinkoa ja muutti heidän elämänasennettaan sekä minäkuvaansa. Kipu muutti myös potilaiden perheiden sisäisiä suhteita ja hankaloitti muutenkin heidän selviytymistään arkielämässä. Kroonisen kivun hyväksymiseksi osaksi elämää auttoivat muilta ihmisiltä saatu tuki.

### 3 KIVUN HOITO

Kivun hoidossa olennaista on, että kipua poistetaan ja ehkäistään tarvittavan kipulääkityksen avulla. Kipulääkitys ei kuitenkaan ole ainoa kivun lievitys ja ehkäisymuoto. Myös erilaisilla hoitotyön toiminnoilla ja lääkkeettömillä menetelmillä voidaan vaikuttaa kipuun. Parhaimpaan lopputulokseen päästään käyttämällä näitä molempia hoitomuotoja. (Iivanainen & Syväoja 2016, 81; Salanterä ym. 2006, 107)

Kivun hoidossa on tärkeää, että kipu ei pääse kroonistumaan. Kroonisen kivun syntymistä voidaan välttää hoitamalla akuuttia kipua mahdollisimman tehokkaasti. Kivun hoidossa voidaan käyttää eri lääkkeitä hyödyntämällä niiden monipuolisia antotapoja, fysikaalisia hoitotapoja sekä itsehoitoa (Iivanainen & Syväoja 2016, 81–83; Salanterä ym. 2006, 147). Kun kipu pääsee kroonistumaan, syyn mukaisista kivunhoitomenetelmistä ei ole enää apua. Kroonisessa kivussa on häiriintyneenä kivun säätelyjärjestelmä, jolloin myös kudosvauriota ei esiinny (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 565).

#### 3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Kivun lääkehoidon kulmakivinä voidaan pitää oikeaa lääkevalintaa, tarpeeksi suurta kerta-annosta sekä riittävän useasti saatuja kerta-annoksia (Iivanainen & Syväoja 2016, 81). Kivunhoidossa voidaan käyttää eri ryhmien lääkkeitä joko yksin tai yhdistettyinä. Näitä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, euforisoivat analgeetit, iholle levitettävät kipuvoiteet ja muut kivun hoitoon käytettävät lääkeaineet. Kivun hoidossa käytetään myös anestesiologisia erityistekniikoita. (Iivanainen & Syväoja 2016, 81–83; Saano & Taam-Ukkonen 2015, 565.)

Tulehduskipulääkkeillä eli NSAID lääkkeillä on kolme eri ominaisuutta. Niillä on analgeettinen eli kipua lievittävä vaikutus, antipyreettinen eli kuumetta alentava vaikutus ja anti-inflammatorinen eli tulehdusta parantava vaikutus (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 568–569; Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Ruokkonen (toim.) 2014, 882–884). Tulehduskipulääkkeille ominaista on niin sanottu kattovaikutus. Tällä tarkoitetaan, että ylittäessään enimmäiskerta-annoksen lääke ei enää lievitä kipua. Kun kattovaikutus on ylitetty niin kasvaa vain haittavaikutusten riski. Tulehduskipulääkkeet tehoavat parhaiten tulehdukseen ja kudosaurioon liittyvässä kivussa. Niitä voidaan käyttää myös leikkauksen jälkeisessä kivun hoidossa. Tulehduskipulääkkeitä käytetään myös migreenin, kuukautiskipujen, koliikkikipujen sekä tuki- ja liikuntaelimestön kipujen hoitoon. Tulehduskipulääkkeitä käyttäessä on muistettava niiden aiheuttamat mahdolliset haittavaikutukset. Niiden takia käytetyn annoksen tulisi olla mahdollisimman pieni, mutta kuitenkin sen verran suuri, että siitä saa vastetta. Esimerkkejä tulehduskipulääkkeistä on ibuprofeeni, naprokseeni ja diklofenaakki. Alla olevassa Taulukossa 1 esitellään tulehduskipulääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia. (Rosenberg ym. 2014, 882–884.)

Taulukko 1. Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset  
(Saano & Taam-Ukkonen 2015, 571 & Rosenberg ym. 2014, 884–886.)

Ruuan sulatuskanava:	Närästys, pahoinvointi, vatsakipu, ripuli, mahahaava.
Munuaisvaikutukset:	Munuaisten vajaatoiminta, turvotus.
Verihiutale- ja verenkiertoelimestön vaikutukset:	Sydäninfarkti, aivohalvaus, verenpaineen nousu, perifeerinen turvotus.
Vaikutukset keuhkoputkiin:	Keuhkoputkien supistuminen astmaatikoilla.

Parasetamoli vaikuttaa kehossa lievittäen kipua ja laskemalla kuumetta. Se ei poista tulehdusta niin kuin tulehduskipulääkkeet. Parasetamolia suositellaan käytettävän lapsilla, vanhuksilla, raskaana olevilla sekä imettäville. Myös astmaatit sietävät parasetamolia paremmin, kuin tulehduskipulääkkeitä. Parasetamolilla ei yleensä ole vaikutusta maha-suolikanavaan ja munuaisten toimintaan. Aikuisilla parasetamolin päiväannos ei saa ylittää neljää grammaa, koska tällöin se saattaa aiheuttaa maksatoksisuutta. Vaikutus alkaa yleensä 30–60 minuutissa ja kestää 4–6 tuntia. Parasetamolia voidaan annostella tavallisten suun kautta otettavien lääkkeiden lisäksi suoraan laskimoon. (Iivanainen & Syväoja 2016, 81; Saano & Taam-Ukkonen 2015, 571–572.) Kofeiinilla pystytään tehostamaan lääkkeiden, kuten parasetamolin ja ibuprofeenin vaikutusta. Se voi parantaa jopa 5–10 % kivunlievitystä akuutissa kivussa. (Salanterä ym. 2013, 19.)

Euforisoivien analgeettien toinen nimitys on opioidit. Opioideilla on huumaaava ja kipua lievittävä vaikutus. Ne eivät kuitenkaan poista tai estä tulehdusta. Opioidien käyttöaiheita ovat akuutit kiputilat sekä pitkäkestoiset kiputilat. Opioideja voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään niiden vaikutuksen vahvuuden perusteella. Ensimmäinen ryhmä on heikosti riippuvuutta aiheuttavat opioidit. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi kodeiini ja tramadoli. Toiseen ryhmään kuuluu keskivahvasti riippuvuutta aiheuttavat opioidit esimerkiksi buprenorfiini. Kolmas ryhmä on vahvasti riippuvuutta aiheuttavat opioidit, kuten morfiini, fentanyl ja metadoni. Opioidit kehittävät helposti toleranssia. Tällä tarkoitetaan, että saman vaikutuksen säilyttämiseksi tarvitaan suurempi lääkeannos. Tämän takia pitkäaikaiset opioidien käyttäjät tarvitsevat isomman lääkeannoksen, kuin ne jotka eivät ole ennen käyttäneet näitä lääkkeitä. Akuuteissa kiputilanteissa esimerkiksi leikkauskivussa suositetaan kivunhoidon aloitusta vahvoista opioideista ja sen jälkeen siirtymään heikkoihin opioideihin. Tällöin kipulääkitys voidaan aloittaa laskimonsisäisesti. Kroonisissa kiputiloissa kipulääkitys aloitetaan heikoista opioideista ja edetään kivun jatkuessa kohti vahvoja opioideja. Opioidien pitkäaikaisessa käytössä suositetaan lääkityksen aloitusta joko suun kautta tai laastarein. Opioideilla on paljon haittavaikutuksia, joita voi tarkastella alla olevasta Taulukosta 2. (Iivanainen & Syväoja 2016, 81–82; Saano & Taam-Ukkonen 2015, 572–575.)

Taulukko 2. Euforisoivien analgeettien eli opioidien haittavaikutukset.

Uneliaisuus/ Sekavuus	Riippuvuus
Hyvänolontunne	Ruoansulatuskanavan toiminnan heikkeneminen/ lamaantuminen
Pahoinvointi/Oksentelu	Ummetus
Hengitystaajuuden ja hengityksen syvyyden pieneneminen	Virtsaumpi
Hengityslama	Lihaskäykyys

Iholle levitettävät kipuvoiteet ja -geelit ovat paikallisia lääkkeitä. Niitä käytetään yleensä nivel- ja lihassäryn hoidossa. Kipuvoide tai -geeli levitetään säännöllisesti kipukohtaan ohjeiden mukaan. Kipuvoide imeytyy vain ihonalaisiin kudoksiin joka tarkoittaa sitä, että haittavaikutuksia ei juurikaan esiinny. (Paakkari 2017.) Ainoita haittavaikutuksia voi olla ihoreaktio, jonka on aiheuttanut allergia tai jokin muu ärsyke. Kipuvoidetta ei tule levittää limakalvoille, lähelle silmiä, tulehtuneelle iholle, ihottumalle tai haavoihin. Kipuvoiteiden vaikuttavana aineena voi olla muun muassa ketoprofeeni. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 577.)

Kivun hoidossa voidaan käyttää myös masennuslääkkeitä, puudutteita sekä epilepsialääkkeitä. Esimerkiksi neuropaattisen kivun hoidossa yhdistyy näiden lääkeryhmien käyttö. Trisykliset masennuslääkkeet ovat neuropaattisen kivun hoidossa tärkein elementti. Niillä on jatkuva kipua lievittävä vaikutus ja ne myös lievittävät sähköiskumaisia kipuja, mutta ne eivät tehoa kolmoishermoston särkyyn. Niiden annostus on pienempi, kuin masennuksen hoidossa käytettävät annokset. Trisyklisten masennuslääkkeiden

vaikutuksen huomaa yleensä siten, että potilas saa nukuttua yönsä ja kipu lievittyy. Trisyklisten masennuslääkkeiden hyöty alkaa yleensä vasta muutamien viikkojen käytön jälkeen. Myös kaksoisvaikutteisilla masennuslääkkeillä on todettu olevan tehokkaita neuropaattisen kivun hoidossa. Epilepsialääkkeiden, kuten karbamatsepiinin ja okskarbatsepiinin on todettu vaikuttavan kolmoishermostoräkyyn sekä sähköiskumaiseen kipuun. On tärkeää, että lääkehoidon aikana seurataan vastetta, haittavaikutuksia, veren lääkeainepitoisuutta, verenkuvaa, maksan toimintaa ja elektrolyyttitasapainoa. Kroonisen kivun sekä migreenin hoidossa voidaan käyttää myös natriumvalproaattia. Yliaktiivisten hermopäitten lääkehoidossa voidaan käyttää puudutteena lidokaiinia. Sitä voidaan laittaa iholle joko laastarina tai voiteena. (Haanpää 2007; Saano & Taam-Ukkonen 2015, 578.)

Kivun hoidossa voidaan käyttää niin sanottuja kajoavia tekniikoita. Näihin sisältyy PCA-pumppu (Patient Controlled Analgesia), toiselta nimeltään kipupumppua. PCA-pumpun ideana on, että potilas itse annostelee valitsemana ajankohtana opioidiannoksen suoraan suoneen tai ihon alle. Laite toimii nappia painamalla ja tuleva lääkeannos on suunniteltu etukäteen yksilöllisesti. Toisena kajoavana tekniikkana on epiduraalinen analgesia. Tällöin potilaan epiduraalitalaan annostellaan puudutetta ja opioideja. Tätä kivun hoitomenetelmää käytetään esimerkiksi leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Tätä tekniikkaa käytettäessä potilaan kivunhoidosta vastaa anestesialääkäri sekä sairaanhoitaja ja/tai kipuhoitaja. (Iivanainen & Syväoja 2016, 83; Leppäniemi, Pajarinen, Hirvensalo & Haapiainen 2011, 463–464.) Spinaalinalgesiassa potilaan spinaalitalaan asetetaan katetri, jota kautta sitten annostellaan opioidi. Tätä tekniikkaa käytetään erityisesti huonokuntoisten vanhusten kohdalla, joille on tehty alavartaloon kohdistuva toimenpide. (Ilola ym. 2013, 201.)

### 3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Kivun hoidossa korostetaan tällä hetkellä lääkkeetöntä kivunhoitoa. Se on tämän hetkisen Kipu: Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan kivunhoidon perusta. Sitä tulee käyttää aina kun mahdollista. Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiin voidaan yhdistää lääkehoito. Kivunhoidolla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua sekä poistamaan kivun oireet. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan potilaan osallistumista omaan hoitoonsa.

Ylisen (2010) väitöskirjassa Patients' Pain Assessment and Management during Medication-free Colonoscopy (n=147) tutkimus oli tehty määrällisesti ja aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin sekä käyttäen sisälön analyysia. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajat käyttivät lääkkeetöntä kivunhoitoa työssään. Heillä oli aiheesta käytännön kokemusta. Tutkimuksen mukaan hoitajat ja lääkärit tarvitsivat kuitenkin enemmän koulutusta kivun hoitoon liittyen. Myös aikaisemmat kipukokemukset ja ahdistuneisuus tulisi huomioida. Hoitajien tulee myös huomata riskipotilaat ja tarjota heille kivunhoitoa jo etukäteen ennen toimenpidettä. Hoitajien tulee myös tiedostaa paremmin lääkkeettömien kivunhoitomuotojen hyödyt.

Kylmä- ja lämpöhoito kuuluvat kivunhoidon lääkkeettömiin menetelmiin. Kylmähoidon etuja ovat, että se nostattaa kipukynnystä ja vähentää turvotusta sekä tulehdusta. Kylmähoito voidaan toteuttaa käyttämällä kylmäpakkauksia, kylmägeelejä ja kylmäpyyhkeitä. Kylmähoidon turvallinen kesto on noin 20–30 minuuttia. Kylmähoitoa ei saa käyttää tunnottomalla ihoalueella eikä huonon verenkierron alueella. Lämpöhoito on, että lämpö vilkastuttaa verenkiertoa kudoksissa sekä rentouttaa lihaksia. Lämpö myös lisää kudosten aineenvaihduntaa. Lämpöhoito voidaan toteuttaa käyttämällä esimerkiksi 40–45 asteisia lämpöpusseja 20–30 minuuttia kerrallaan. Lämpöhoitoa ei tule käyttää, jos hoidettavalla alueella on ihottumaa, tuore kudosaivaurio tai tulehdusta. Lämpöhoitoa pitää kokeilla varovasti alueille, joissa on huono valtimoverenkierto. (Pohjolainen 2009, 237–239; Ilola ym. 2013, 203.)

Hieronta kuuluu myös lääkkeettömiin kivun hoitomenetelmiin ja sillä pyritään vaikuttamaan kiputiloihin. Hieronta on helposti toteutettava kivunhoitokeino ja siihen suhtaudutaan yleisesti myönteisesti. Hieronnassa käsien avulla sivellään, puserretaan, taputellaan, ravistellaan ja venytellään kipualueita. Hieronnan esteitä ovat muun muassa kaulavaltimoahtaumat, verenvuototauti ja laskimotukokset. Lymfaterapia voidaan myös luokitella hieronnaksi. Siinä painellaan imusolmukkeita sormin. Tällä tavoin kiihdytetään imunestekiertoa. (Pohjolainen 2009, 239–240; Iivanainen & Syväoja 2006, 83–84.)

Alun perin kiinalaisesta lääketieteestä noussutta hoitomenetelmää akupunktiota voidaan käyttää kivunlievityksessä. Sen hyödyistä ei kuitenkaan löydy paljon tutkittua tietoa. Akupunktion tavallisimpia käyttöaiheita ovat selän ja niskan alueen kiputilat sekä erilaiset säröt. Akupunktiohoitoa annetaan yleensä sarjoina esimerkiksi viikon välein kolmesta kymmeneen kertaan. Haittavaikutuksina voivat olla mustelmat, lisääntynyt unenmäärä sekä kivun paheneminen hoidon alkuvaiheessa. (Pohjolainen 2009, 241–242; Saarelma 2017.)

Liikunnalla voidaan myös lievittää kipua. Se on esimerkiksi idiopaattisen kivun ensisijainen hoitomuoto. Omatoimisella liikunnalla on tarkoituksena ylläpitää toimintakykyä ja kuntoa. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 86; Haanpää 2017.) Liikunnan lisäksi kipua voidaan lievittää asentohoidolla. Potilasta voidaan tukea hyviin asentoihin käyttämällä apuna tyynyjä, kiiloja, erilaisia tukia ja erikoissänkyjä. Asennon vaihdolla voidaan parantaa verenkiertoa sekä vähentää lihasspasmeja. Levolla on todettu olevan vaikutusta paranemisprosessiin. Sen ei kuitenkaan tulisi olla ainoa kivunlievitysmenetelmä. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 18.)

Myös musiikilla on todettu olevan kipua lievittävä vaikutus. Sitä voidaan käyttää lääkehoidon kanssa yhdessä toimenpiteen jälkeen. Musiikilla on todettu olevan vähentävää vaikutusta tunneperäiseen kipuun ja havainnoitavaan kipuun. Se ei kuitenkaan vaikuta itse kipuaistimukseen. Musiikin lisäksi myös rentoutusmenetelmät vähentävät kipua. Leukarentoutuksella

sekä systemaattisella rentoutuksella on todettu olevan myönteinen vaikutus kivunlievitykseen. Nämä molemmat menetelmät toimivat kuitenkin parhaiten yhdistettynä johonkin muuhun kivunlievitysmenetelmään. (Salanterä ym. 2013, 18–19.)

Huomion suuntaamisella pois kivusta on myös vaikutusta kivun kokemiinseen. Huomion suuntaaminen toisaalle aktivoi aivossa alueita, jotka saattavat heikentää kipusignaalin välittymistä. Myös mitä enemmän ihminen pelkää sitä enemmän hän tuntee kipua ja ei pysty suuntaamaan huomiotaan muualle. Ohjattu mielikuvittelu voi auttaa kivunhoidossa. Potilaat, jotka harjoittavat mielikuvitteluä, tarvitsevat vähemmän lääkkeitä muun muassa leikkauksen jälkeisessä kivussa. (Salanterä ym. 2013, 19.)

Laadukkaalla potilaan ohjauksella voidaan lisätä potilaan tietoutta kivusta sekä tyytyväisyyttä kivun hoitoon. Potilasohjauksella edistetään myös potilaan paranemista. Potilaalle tulee tarjota tietoutta erilaisista kivunhoidon mahdollisuuksista, niin lääkkeettömistä kuin lääkkeellisistä. Heille tulee myös tarjota tietoa kivunhoidon haittavaikutuksista. Kivun arvioinnin toteutumisesta olisi hyvä kertoa potilaalle. Potilaiden tietouden lisääminen näissä asioissa edesauttaa heidän myönteistä suhtautumistaan kivun hoitoon. (Salanterä ym. 2013, 8–10.)

#### 4 KIVUN ARVIOITI

Kipu on aina potilaan oma subjektiivinen kokemus, eikä sitä ole mahdollista mitata objektiivisesti. Tämän takia potilas on aina kipunsa paras asiantuntija. Kivun arvioinnin perustana on potilaan kuuleminen kipukokemuksista. Joskus on kuitenkin tilanteita, milloin potilas ei pysty ilmaistamaan omaa kipuaan. Silloin on mahdollista tulkita ja arvioida kipua kasvon ilmeiden ja käyttäytymisen perusteella. (Ilola ym. 2013, 197; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 370–371.)

Kivun arvioinnissa on tärkeää, että se on yhdenmukaista (Ilola ym. 2013, 197–198; Lukkari ym. 2007, 370–371). Kivun arvioinnissa pitäisi aina kysyä kivun voimakkuuden omaa arviointia potilaalta itseltään. Tämä on tärkeää, sillä hoitajien arvio ja potilaan arvio kivusta eivät useimmiten täsmää. Kivun voimakkuutta potilas arvioi käyttämällä kipumittaria. Kivun voimakkuutta tulee myös arvioida eri tilanteissa esimerkiksi yskiessä ja liikkuesssa. Potilaan kivun arvioinnin tulee olla säännöllistä, jotta kipu olisi paremmin hallinnassa. Kipulääkkeen annon jälkeen kipu tulisi aina arvioida. Kivun arviointitilanteessa potilaalta pitäisi aina kysyä millaista kipu on sekä missä paikoissa sitä esiintyy. Hoitajan tulisi myös arviointia tehdessään kiinnittää huomiota potilaan kipukäyttäytymiseen. Kipukäyttäytymistä ovat esimerkiksi valittelu, pelko, unihäiriöt, sykkeen nousu, verenpaineen nousu ja muutos hengitystoiminnassa. (Salanterä ym. 2013, 12–14.)

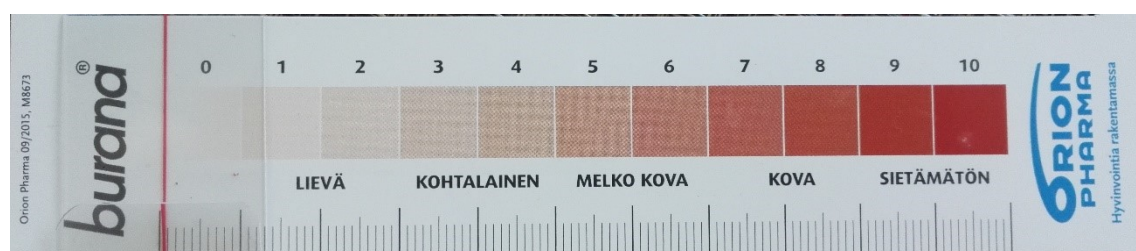
## 4.1 Kipumittarit

Kivun arvioinnin yhtenä osa-alueena on kivun voimakkuuden arvioiminen. Siinä voidaan apuna käyttää erilaisia kipumittareita. Kivun: Käypä hoito -suosituksessa (2017) on esitelty neljä erilaista kipumittaria arvioimaan kivun voimakkuutta. Ne ovat VAS eli visual analogue scale, NRS eli numerical rating scale, VRS eli verbal rating scale ja kasvokuvat.

Kipumittareiden tarkoituksena on mitata kivun voimakkuutta. Kivun voimakkuutta tulee seurata levossa, liikkeessä ja kivunhoidon yhteydessä. Kivun voimakkuutta seuraamalla saadaan selville, onko potilaalla tarvetta kipulääkitykselle tai onko jo saadulla kipulääkkeellä vastetta. Kivunhoidon tehoa on mahdotonta arvioida ilman kivun mittaamista. Se mitä kipumittaria käytetään, valitaan yhdessä potilaan kanssa. On suositeltavaa, että samaa kipumittaria käytetään koko hoitojakson ajan (Salanterä ym. 2013, 13). Mittarin tulisi olla mahdollisimman helppokäyttöinen sekä -lukuinen potilaalle. Potilaalle pitää myös selittää miksi kipumittareita käytetään ja minkä hyödyn niistä saa. (Ilola ym. 2013, 198.) Kivun hoito on riittämätöntä, jos potilaalla on toistuvasti lievää voimakkaampaa kipua. Numeraalisella ja graafisella kipuasteikolla tämä tarkoittaa yli kolmen menevää kipua. (Rosenberg ym. 2014, 871.) Seuraavissa kappaleissa on esitelty yleisimmät kipumittarit.

VRS-kipuasteikolla tarkoitetaan sanallista kipuasteikkoa. Siinä kipu voidaan luokitella viiteen eri kategoriaan: lievään, kohtalaiseen, melko kovaan, kovaan ja sietämättömään kipuun (Kuva 1). Kun VRS kipumittaria käytetään, kysytään potilaalta mikä näistä sanoista vastaa hänen kokemaansa kipua juuri sillä hetkellä. (Lukkari ym. 2007, 371; Ilola ym. 2013, 198.)

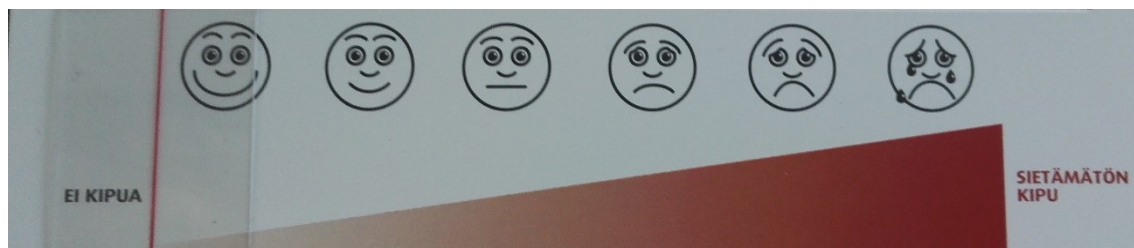
NRS-kipuasteikolla mitataan kivun voimakkuutta numeraalisesti (Kuva 1). Asteikkona on yleensä 0–10, jossa 0 tarkoittaa täysin kivutonta tilaa ja 10 pahinta mahdollista kipua. Kun potilaan kanssa on sovittu käytettäväksi NRS asteikkoa, potilaalta kysytään mikä numero 0 ja 10 välillä kuvaa parhaiten hänen kokemaansa kipua. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 371; Ilola ym. 2013, 198.) Alla olevassa Kuvassa 1 on esiteltynä VRS ja NRS kipumittarit.



Kuva 1. VRS- ja NRS-kipumittarit.

VAS-kipumittareilla mitataan kivun voimakkuutta visuaalisesti. Kipumittarina voi olla joko kipujana tai kipukiila (Kuva 2). Näissä molemmissa VAS-mittarin muodossa toinen ääripää kuvaa tilaa, jossa ei ole kipua ja toinen ääripää kuvaa tilaa, jossa on sietämätön kipu. Kipukiilassa kasvava kiila ja voimistuvat värit kuvaavat kivun voimakkuutta. VAS mittaria käytetään siten että potilas asettaa kiilalle tai janalle pystyviiva kohtaan, mikä kuvaa potilaan kiputilaa sillä hetkellä. VAS-mittarin tulos luetaan mittarin toiselta puolelta, jossa on asteikko 0–10. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 371; Ilola ym. 2013, 198.)

Yhtenä kipumittarina on kasvokuva-asteikko (Kuva 2). Siinä kasvojen ilme vastaa aina kivun voimakkuutta. Tässä kohtaa potilas valitsee kasvokuvan, joka vastaa hänen kipunsa voimakkuutta. Tätä mittaria käytetään erityisesti lasten kanssa. Sitä voidaan käyttää myös ikääntyneiden ja demen-toituneiden ihmisten kanssa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 371; Ilola ym. 2013, 198.) Alla olevassa Kuvassa 2 esitellään VAS mittarista kipukiila sekä kasvokuva-asteikko.



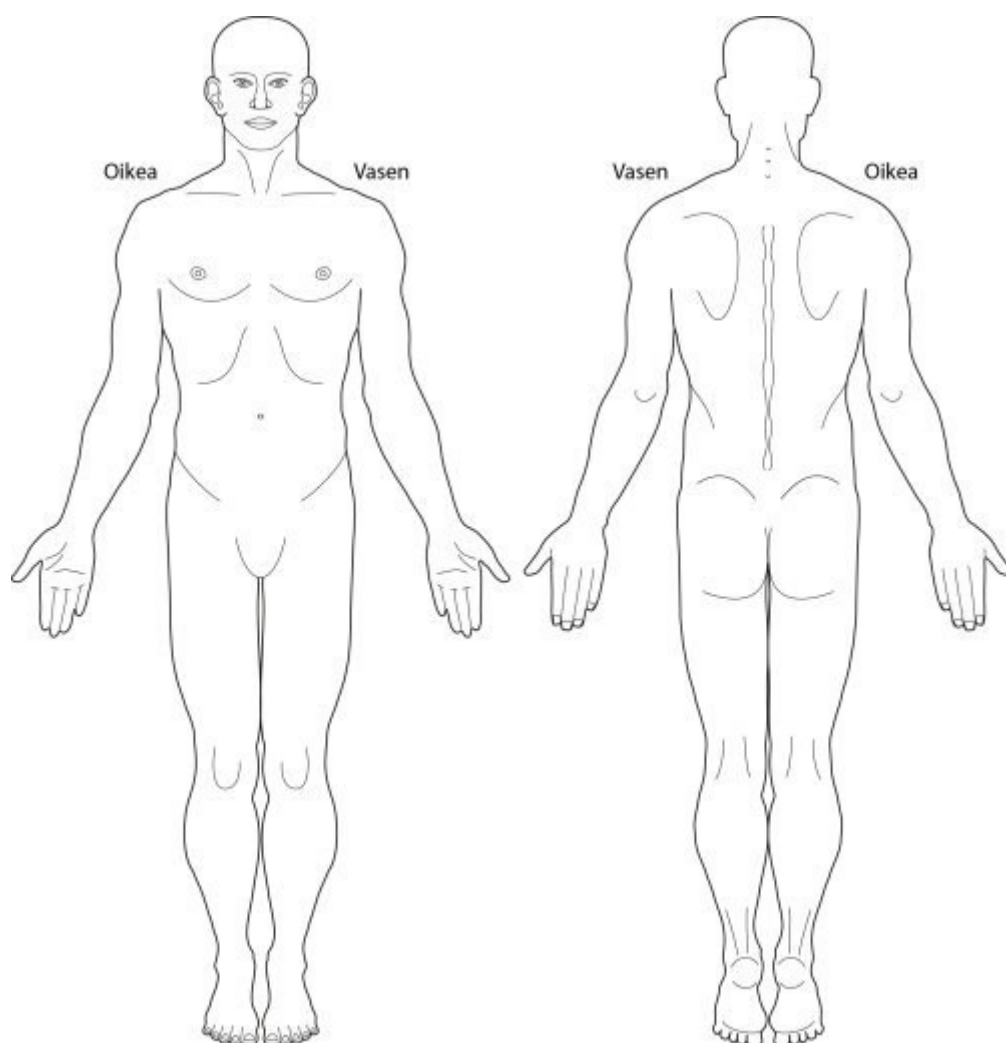
Kuva 2. VAS mittari ja kasvokuva-asteikko.

Formiston (2017) Pro gradu -tutkielmassa Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä kuvattiin henkilökunnan käsityksiä kipumittareiden käyttöön vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksessa hoitajilta (n=79) ja lääkäreiltä (n=12) kysyttiin kysymyksiä ja saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksessa selvisi, että 75 % osastoilla jotka olivat tutkimuksessa mukana, oli käytettävissä joitakin kipumittareita. Yleisin käytössä oleva kipumittari oli VAS. Tutkimuksen mukaan kipumittaria käytettiin kuitenkin vain noin joka viidennellä kipupotilaalla. Henkilökunnan mukaan kipumittareiden käyttöön hoitajien keskuudessa vaikuttivat muun muassa potilaan sairaus, kivun luonne, potilaan yhteistyökyky sekä hoitajien asenne kivun arviointiin. Hoitohenkilökunta kaipasi enemmän kivun arvioinnin kehittämistä sekä sen vakiinnuttamista.



## 4.2 Muita kivun arviointitapoja

Yhtenä kivun arviointimenetelmänä voidaan pitää kipuanalyysia. Se on erittäin laaja-alainen kivun arvioinnin menetelmä. Siinä selvitetään missä kipu tuntuu käyttäen apuna esimerkiksi kipupiirrosta (Kuvio 3). Siinä on kuvattuna ihmisen keho ja potilas merkitsee kehoon kohdan missä kipu tuntuu. Seuraavaksi selvitetään, kauanko kipu on kestänyt, onko se jatkuva, ajoittaista, kohtauksellista tai jotain muuta. Analyysissa selvitetään kivun laatu. Sitä voi kuvata esimerkiksi sanoin pinnallinen, syvä, jomottava, puristava, pistävä, viiltävä ja niin edelleen. Tämän jälkeen selvitetään kivun voimakkuus kipumittaria käyttäen. Sen jälkeen selvitetään mikä vaikuttaa kipuun joko sitä pahentaen tai helpottaen sekä mitä kipulääkkeitä on jo kokeiltu ja onko se auttanut. Seuraavaksi katsotaan, onko potilaalla muita oireita kivun lisäksi esimerkiksi hengenahdistusta, pahoinvointia, ummetusta, unettomuutta. Lopuksi vielä kysytään potilaalta hänen itsensä kokeimat pahimmat ongelmat sekä katsotaan potilaan liikkumiskyky. (Iivanainen & Syväoja 2016, 80.) Alla olevassa Kuvassa 3 on esiteltynä kipupiirros, johon merkitään potilaan kipualueet.



Kuva 3. Kipupiirros.  
(Duodecim 2013.)

Niiltä potilailta, jotka eivät ole kykeneviä kommunikointiin tulee myös arvioida kipua. Kivun arviointi tapahtuu siten, että hoitaja arvioi potilaan kipukäyttäytymistä. Kipua ilmentäviä asioita voi havaita useassa eri osa-alueessa. Erilaiset kasvojen ilmeet voivat kertoa kivusta esimerkiksi kasvojen jännittyneisyys, tiukasti suljetut silmät, yhteen purrut hampaat sekä otsavako. Myös potilaan ääntelystä voi päätellä, että hänellä on kipua. Potilas voi valittaa, huokailla, huutaa tai hengittää äänekkäästi. Kehon kieli voi muuttua kipukokemuksesta. Potilaan kehon kieli voi olla hermostunutta, jäykkää, huojuvaa sekä potilas on voinut vähentää liikkumistaan. Kipu voi saada aikaan muutoksia persoonassa. Persoonallisuus voi muuttua aggressiivisemmaksi, vaativammaksi, sosiaalisia tilanteita vältteleväksi ja häiritseväksi. Päivittäisissä toiminnoissa voi tapahtua erilaisia muutoksia kivun seurauksena, esimerkiksi muutoksina ruokahalussa ja vaeltelun lisääntymisenä. Kipu voi aiheuttaa muutoksia henkisissä toiminnoissa muun muassa sekavuutena, ahdistuksena tai uupumisena. Kommunikatioon kykenevämmille ihmisille on kehitetty kivun arviointiin erilaisia havainnointimittareita, mutta niiden luotettavuutta ei olla vielä tutkittu tarpeeksi. (Salanterä ym. 2013, 15, 26–27.)

Rantalan (2014) väitöskirjassa *Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia (n=333)*, tutkittiin dementoituneiden lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimusten aineiston analyysimenetelmänä on käytetty tilastollisia menetelmiä. Tutkimuksessa selvisi, että suurimmat haasteet hoitohenkilökunnan mukaan kivun arvioinnissa oli vaikeus arvioida potilaan kipua tämän kognitiivisen heikkenemisen takia. Potilaat eivät myöskään halunneet hoitajien mukaan häiritä hoitohenkilökuntaa, vaan mieluummin kärsivät kivusta. Muita hoitohenkilökunnan mielestä kivun arviointia vaikeuttavia tekijöitä olivat tietämättömyys potilaan kiputasosta, koska heillä ei ollut riittävästi aikaa potilaalle. Myös riittämätön kirjaaminen kipulääkityksen vaikutuksesta voi vaikeuttaa kivun arvioimista. Vain joka kolmas hoitaja kertoi, että heidän osastollaan on käytössä kivun arvioinnin apuvälineenä kipumittareita.

## 5 KIVUN KIRJAAMINEN

Tässä luvussa kuvataan Suomessa käytettävää FinCC-luokitusta, sekä kerrotaan minkä komponenttien alle kivusta kirjataan. Tämän jälkeen esitellään kivun kirjaamisen periaatteita, mitkä asiat tulee vähintään kirjata potilaan kivusta. Grommin Pro gradu -tutkielmassa (2015, 31–32) tutkittiin mitä tietoja potilaan kivusta ja sen arvioinnista on kirjattuna potilasasiakirjoihin alaraajaohitusleikkauksen jälkeen (n=100). Tutkimusmenetelmänä oli induktiivis- deduktiivinen sisällön analyysi. Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että alaraajaohitusleikkauksen jälkeistä kivun arviointia sekä kirjaamista tulisi kehittää, koska niissä esiintyi selkeitä puutteita. Tutkimuk-

sessä selvisi, että potilaiden kivun mittaamiseen ei ollut valittu yhtä kipumittaria, eikä potilaita oltu ohjeistettu kipumittareiden käytössä. Kommunikoitiin kykenemättömillä potilailla ei ollut myöskään kirjattu kipukäytäytymisestä. Vain harva potilaista sai ohjausta kivun hoidossa. Kivun kirjaaminen oli tutkimuksen mukaan puutteellista ja epäsystemaattista.

## 5.1 FinnCC-luokitus

Suomessa on käytössä kansallinen hoitotyön kirjaamismalli FinCC eli Finnish Care Classification. FinCC:n tarkoituksena on, että hoitaja pystyy kirjaamaan sähköiseen potilaskertomukseen hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaan. FinCC-luokitus koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta SHTaL sekä Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta SHToL ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta SHTuL. SHTaL ja SHToL koostuvat samanlaisesta rakenteesta, jossa on komponentti-, pääluokka ja alaluokkataso. Komponenttitaso on kaikista abstraktein. Komponenttien alle kootaan tarve- ja toimintoluokitus sekä niiden pääluokat ja alaluokat, joiden kautta kirjaaminen tapahtuu. SHTuL:sta käyttämällä voidaan arvioida hoidon tarpeeseen liittyviä hoidon tuloksia. Tuloksia arvioidaan kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, tulos parantunut ja tulos heikentynyt. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 3; Iivanainen & Syväoja 2016, 15.)

Hoidon tarpeella tarkoitetaan hoitohenkilöstön laatimaa kuvausta potilaan terveydellisestä tilasta. Siihen kuuluvat jo olemassa olevat ongelmat sekä mahdollisesti tulevaisuudessa muodostuvat ongelmat. Näitä ongelmia, jotka hoitotyön tarpeeseen kuvataan, pystytään lievittämään ja poistamaan erinäisten hoitotoimien avulla. Potilaan oma kertomus oireistaan ja hoitajan tekemät arviot ja mittaukset muodostavat hoitotyön tarpeen. Hoitotyön tarve muodostetaan mieluiten potilaan kanssa yhdessä. Potilaan hoitokertomukseen kirjataan kaikista merkittävimmät hoidon tarpeet. (Liljamo ym. 2012, 14; Iivanainen & Syväoja 2016, 16.)

Hoitotyön toiminnolla kuvataan hoidon suunnittelu ja toteutus. Hoitokertomukseen kirjataan kaikista merkittävimmät hoitotyön toiminnot. Hoitotyön toiminnot pyrkivät vastaamaan potilaan tarpeisiin. Tässä kohtaa on oleellista, että hoitajalla on tietoa ja erilaisia taitoja, kuten kädentaitoja, havainnointi- ja kommunikaatiotaitoja, ohjaustaitoja sekä neuvontataittoa. Keskeisiksi hoitotyön toiminnoiksi voidaan nostaa potilaan seuranta ja tarkkailu, tukeminen, avustaminen, auttaminen, erilaisten välineiden järjestäminen ja ohjaaminen. (Liljamo ym. 2012 14–15; Iivanainen & Syväoja 2016, 17.)

Hoidon tuloksella tarkoitetaan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Potilaan tilan muutoksen arviointi tapahtuu vertaamalla potilaan nykytilaa suhteessa hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. Arvioinnissa käytetään termejä ”parantunut” eli voinnissa on tapahtunut merkittävä voinnin paraneminen, ”ennallaan” eli voinnissa ei ole tapahtu-

nut merkittävää muutosta ja ”huonontunut” eli potilaan vointi on huonontunut merkittävästi. Tarvittaessa arvioon voidaan liittää vapaasti kirjoitettavaa tekstiä. (Liljamo ym. 2012, 18; Iivanainen & Syväoja 2016, 18.)

## 5.2 Kivun järjestelmällinen kirjaaminen

SHTaL:ssa kipu on komponentin aisti- ja neurologiset toiminnot sisällä. Komponentin sisällä on kolme pääluokkaa kivulle. Niistä ensimmäinen on akuutti kipu. Sen alla on vielä viisi alaluokkaa: rintakipu, päänsärky, tulehduskipu, toimenpiteeseen liittyvä kipu ja traumaattinen kipu. Toinen pääluokka on krooninen kipu. Se sisältää neljä alaluokkaa: kudonvaurioon liittyvä kipu, neuropaattinen kipu, idiopaattinen kipu ja syöpäkipu. Kolmas pääluokka on kipuun liittyvä tiedon tarve. Sille ei ole olemassa omaa alaluokkaa. (Liljamo ym. 2012, 36.)

SHToL:ssa kipu on myös komponentin aisti- ja neurologiset toiminnot alla. Toimintoluokituksessa kivulla on kolme pääluokkaa ja osalla niistä on vielä alaluokkia. Ensimmäinen pääluokka on kivun seuranta ja sillä on alaluokat kivun voimakkuuden mittaaminen ja kivun arviointi. Toinen pääluokka on kivun hoito, eikä sillä ole alaluokkaa. Kolmantena pääluokkana on kivunhoitoon liittyvä ohjaus, eikä sillä ole alaluokkaa. Näiden hoitotyön tarpeiden ja toimintojen alle pitäisi kirjata kipuun liittyvät asiat. (Liljamo ym. 2012, 51.)

Salanterä ym. (2013, 20) mukaan kivusta tulisi olla täsmällisesti kirjattuna potilasasiakirjoihin. Kirjauksista pitää selvittää millaisia päätöksiä on tehty liittyen kivun hoitoon ja millä perusteilla. Vähintään kerran työvuoron aikana tulisi kirjata kipupotilaan kivusta. Muita kirjattavia asioita ovat potilaan oma luonnehdinta kivun voimakkuudesta sekä levossa että liikkeessä, kivun sijainti, kivunhoito menetelmä, kivun hoidon tehokkuus ja kivun hoidon haittavaikutukset. Kirjauksista pitäisi myös selvittää mitä kipumittaria potilas käyttää. Potilasasiakirjoista tulisi selvittää mahdollisen lääkemääräyksen antaja, joka on lääkäri. Myös kirjaamismerkinnän tehneen nimi, asema ja ajankohta tulee näkyä. Kivunhoidon toteutus, onko kivunhoidossa tullut vastaan jotain erikoista ja kivunhoidossa huomioitavat asiat täytyy kirjata. Potilaan mahdolliset lääkeaineallergiat, tehoton kivunhoito, potilaan kieltäytyminen kivunhoidosta sekä päivittäiset huomiot kivusta ja hoidosta kirjataan myös potilasasiakirjoihin.

Finnanest (2012) ja Ilola ym. (2013, 204) määrittelevät kivun vähimmäiskirjaukset samalla tapaa. He ovat jakaneet kivun kirjaamisen vähimmäisvaatimukset kolmeen osaan. Ensimmäinen osa on kivun voimakkuuden arviointi kipumittarilla. Kivun voimakkuus tulisi kirjata sekä levossa että liikkeessä. Liikkeellä tässä kohtaa tarkoitetaan esimerkiksi yskimistä, syvään hengittämistä tai polven taivutusta. Kivun voimakkuus tulisi kirjata vähintään kerran työvuoron aikana. Jos potilaalla on kipua, niin kipu täytyy mitata uudestaan kivunhoidon jälkeen ja kirjata se. Toinen kirjattava alue on käytetty kivunhoitomenetelmä, käytetyt lääkkeet ja lääkkeen antotapa.

Jos kivunhoitomenetelmä on jatkuva, niin silloin täytyy kirjata lääkeaine-seoksen koostumus, infuusionopeus ja sen muutokset. PCA-pumpun ollessa käytössä, täytyy kirjata lääkekulutus kerran vuorokaudessa. Myös kivunhoidon lopetusaika ja syy täytyy kirjata. Kolmantena kirjattavana alueena on kivun hoidon haittavaikutukset. Kivunlievitysmenetelmistä aiheutuvat haittavaikutukset kirjataan vähintään yhtä usein, kuin arvioidaan kivun voimakkuutta. Jos käytössä on opioidi lääkitys, niin silloin kirjataan sedaatio eli potilas on vaikeasti heräteltävissä, oksentelu ja pahoinvointi. Jos potilas on sedatoitunut, niin silloin on arvioitava ja kirjattava potilaan hengitystiheys. Epiduraali- ja spinaalianalgesiaa käytettäessä haittavaikutuksista on kirjattava sedaatio, verenpaine, alaraajojen lihasvoima. Jos puudutusaineseoksessa on käytetty opioideja, niin silloin kirjataan myös opioidien haittavaikutukset. Käytettäessä perifeeristä kestopuudutusta, haittavaikutuksista kirjataan verenpaineen lasku sekä toksiset oireet.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA -KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uusinta tietoa, joka pohjautuu tutkittuun tietoon kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on kivun arvioinnin ja kirjaamisen ohjeistus Kanta-Hämeen Keskussairaalan henkilökunnalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää K-HKS:n kivun arviointi ja kirjaamiskäytänteet. Opinnäytetyö tuottaa yksinkertaisen ja selkeän ohjeen kivun arvioinnista ja sen kirjaamisesta. K-HKS:n kipupoliklinikka on tilannut opinnäytetyön ja se jakaa tuotoksen keskussairaalan osastoiden käyttöön.

Opinnäytetyökysymykset:

1. Millä eri tavoin kipua arvioidaan?
2. Miten kipu kirjataan?

## 7 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämän luku kertoo opinnäytetyöprosessin etenemisestä. Luku alkaa toiminnallisen opinnäytetyön kuvaamisella. Samalla selvitetään mikä on toiminnallinen opinnäytetyö sekä minkälainen on hyvä ohjeistus. Tämän jälkeen esitetään koko opinnäytetyön tekoprosessia ja sen jälkeen avataan opinnäytetyön tuotoksen tekoprosessia. Tuotoksen tekoprosessissa kerrotaan sen suunnittelusta, toteutuksesta sekä mitenkä tuotos on arvioitu.

## 7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi suoritusvaihtoehto ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Nimensä mukaisesti toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii ohjeistamaan ja opastamaan käytännön toimintaa sekä myös järjestämään tai järjeistämään toimintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena voi olla esimerkiksi ohjeistus, opastus tai ohje. Muita tapoja toteuttaa tämän kaltainen opinnäytetyö on järjestää esimerkiksi jokin tapahtuma. Tärkeimpänä asiana toiminnallisessa opinnäytetyössä kuitenkin on, että se yhdistää työn toteutuksen ja sen raportoimisen. Opinnäytetyön aiheen tulisi myös olla työelämälähtöinen sekä käytännönläheinen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena on kirjallinen ohjeistus kivun arvioinnista ja hoidosta. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, sillä kirjallinen ohjeistus menee käyttöön K-HKS:n osastoille.

Opinnäytetyö vaati pohjakeseen teoreettisen viitekehysten. Useimmiten teoriaosuudessa määritellään opinnäytetyön kannalta keskeisiä käsitteitä. Käsitteet ovat kuitenkin hyvä rajata tärkeimpiin, jotta opinnäytetyö on mahdollista toteuttaa realistisesti. Teoreettinen viitekehys on tärkeä työn toteuttamisen kannalta, se toimii apuvälineenä opinnäytetyön tuotosta tehdessä. (Vilka & Airaksinen 2003, 41–43.) Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu käsitteistä kipu, kivun hoito, kivun arviointi ja kivun kirjaaminen.

Toiminnallisen opinnäytetyön yhtenä osana on raportti. Siinä kerrontaan miksi ja miten opinnäytetyö on tehty. Raportista tulee myös selvittää, minkälainen opinnäytetyön työprosessi on ollut sekä minkälaisia tuloksia ja johtopäätöksiä on saatu aikaiseksi. Raportissa täytyy myös kertoa tekijän oma arvio prosessista, tuotoksesta ja oppimisesta. Opinnäytetyön kuuluu viestittää lukijalle tekijän ammatillista osaamista. Raportin lisäksi opinnäytetyöhön liitetään tuotos. On hyvä muistaa, että raportti kirjoitetaan tieteellisessä muodossa. Tuotoksen taas tulee olla kohderyhmää puhutteleva ja sen tekstin erilaista kuin raportissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Tämän opinnäytetyön raportti koostuu teoriaosasta, jossa käsitellään opinnäytetyön kannalta keskeiset käsitteet. Teoria osuuden jälkeen raportissa alkaa osuus, jossa kerrotaan opinnäytetyöprosessista sekä esitellään pohdintaa ja johtopäätöksiä. Opinnäytetyön tuotos on liitteenä kirjallisen työn lopussa.

## 7.2 Hyvä ohjeistus

Ohjeistusta voidaan pitää ohjailevana tekstinä. Ohjailevalla tekstillä pyritään siihen, että lukijan toimintatavat muuttuvat tai helpottuvat. Ohjailevan tekstin suurin pyrkimys on ohjata suoraan lukijan toimintaa. Ominaispiirteitä ohjailevalla tekstille on, että se antaa toimintaohjeita yleensä suoritusjärjestyksessä. Muita ohjailevia tekstejä ohjeistuksen lisäksi ovat hoito-ohjeet, laitteiden käyttöohjeet, ruokaohjeet sekä lait ja säädökset. (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 161.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena

on ohjeistus kivun kirjaamisesta. Ohjeistuksen pyrkimyksenä on yhtenäistää K-HKS:n kivun kirjaamiskäytänteet.

Ohjeen sisäistämiseen vaikuttaa myös tekstin ulkoasu. Jos tekstin ulkoasu on vaikeasti hahmoteltava ja sekava, niin se ei välttämättä houkuttele lukijaa lukemaan tekstiä. Tärkeää tekstin asettelussa on, että teksti on asetettu sivulle selkeästi ja helppolukuisesti. (Niemi ym. 2006, 138.) Tämän opinnäytetyön ohjeistus on pyritty pitämään mahdollisimman yksinkertaisena, selkeänä ja helppolukuisena. Siksi ohjeistus on rakennettu check-lista tyyppiseksi.

Ohjeistus on kirjoitettu asiatekstin tyyllillä. Asiatekstien tarkoituksena on tiedottaa, vaikuttaa sekä ohjata toimintaa. Tavoitteena asiatekstissä on tiedon välittäminen yksiselitteisesti, tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti. Asiateksti perustuu tosiasioihin. Kielen tulisi olla neutraalia, jotta se ei vie lukijan ajatusta pois itse asiasta. Tekstin tulee olla sen verran selkeää, ettei sitä voi tulkita kuin yhdellä tavalla. Näin tekstin sanoma nousee esille. Jos tekstin lukijat kuuluvat samaan ammattialaan, niin silloin voidaan käyttää ammattialan sanastoa avaamatta käytettyjä termejä. (Niemi ym. 2006, 111.) Tämän opinnäytetyön ohjeistuksen kieli on yksinkertaista ja lyhyttä. Ohjeistus sisältää sairaanhoitoalan yleisiä käsitteitä.

Jos asiatekstissä on paljon abstrakteja ilmauksia, niin ne pitää selittää esimerkkejä käyttämällä. Abstraktit käsitteet voivat kirjoittajalle itselleen olla itsestäänselvyyksiä. Kirjoittaja itse tietää mitä konkreettisia asioita sisältyy abstraktiin käsitteeseen. Lukija voi kuitenkin tarvita konkreettisia esimerkkejä mitä abstraktin sanan alaisuuteen kuuluu, sillä hänellä ei välttämättä ole samaa tietoperustaa kuin kirjoittajalla. (Niemi ym. 2006, 111.) Tämän opinnäytetyön ohjeistuksessa on käytetty muutamia abstrakteja sanoja esimerkiksi kipukäyttäytyminen. Sanan jälkeen on avattu konkreettisia asioita mitä se pitää sisällään.

### 7.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessini käynnistyi syksyllä 2017. Prosessi lähti käyntiin aiheen valinnalla. Aihetta valitessani aloin miettimään, mitkä aiheet minua kiinnostaisi ja hyödyttäisi ammatillisesti. Selailin kouluni aihepankkia, josta nousi esille kiinnostavana aiheena kivun arviointi ja hoito. Aihe oli mielestäni mielenkiintoinen ja ajankohtainen, koska kipupotilaita on joka osastolla. Harjoittelujeni aikana en ole saanut koskaan kunnan ohjeita, miten kipu ja sen arviointi kirjataan. Nämä kaksi asiaa olivat suurimmat syyt, miksi halusin tarttua tähän aiheeseen. Koin, että opinnäytetyöni kehittää omaa ammatillista osaamistani ja on hyödyllinen sekä tilaajalle että itselleni.

Varmistettuani aiheen vapaana olon täytin aiheesta ideapaperin, jossa kerroin haluavani tehdä aiheesta toiminnallisen opinnäytetyön. Pian tämän jälkeen otin yhteyttä yhteistyökumppaniini K-HKS:n kipupoliklinikkaan. Tapaaminen kipupoliklinikalla oli marraskuussa 2017 ja siellä kävimme tilaajan kanssa läpi eri vaihtoehtoja opinnäytetyön toteutuksesta. Työn tekotavaksi valikoitu yksinkertaisen kirjallisen ohjeistuksen tekeminen kivun arvioinnista ja kirjaamisesta.

Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen alkoi tammikuussa 2018. Sen tarkoituksena oli selittää kipuun liittyviä käsitteitä sekä avata tarkemmin kivun arviointia ja kirjaamista. Etsin teoreettiseen viitekehykseen tietoa erilaisista kirjalähteistä. Hyödyllisiksi lähteiksi nousivat kirjalähteiden lisäksi hoitotyön suositukset, kivun Käypä hoito -suositus, terveyskirjasto sekä erilaiset väitöskirjat ja Pro gradu -tutkielmat. Tutkimusten tarkoituksena oli teoriatiedon lisäksi perustella opinnäytetyöni aiheen tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta. Teoreettinen viitekehys valmistui maaliskuussa 2018. Tämän jälkeen alkoi kirjaamisen ohjeistuksen suunnittelu- ja toteutusvaihe. Opinnäytetyön tuotos valmistui huhtikuussa 2018, jolloin myös koko opinnäytetyö valmistui.

#### 7.4 Kirjaamisen ohjeistuksen suunnittelu, toteutus ja arviointi

Tapaamisessa yhteistyökumppanin kanssa marraskuussa 2017 sovimme, että teen heille ohjeistuksen kivun kirjaamiseen. Puhuimme ohjeistuksen eri toteutusmahdollisuuksista. Päädyimme vaihtoehtoon, jossa ohjeistuksesta tulee lyhyt ja ytimekäs. Tärkeintä on, että ohjeistuksessa tulee esille kivun kirjaamisen pääkohdat tiiviisti kerrottuna. Päädyimme tällaiseen ohjeistuksen malliin, koska totesimme, että nopeassa sairaalaympäristössä hoitohenkilökunnalla ei aina välttämättä ole aikaa lukea pitkiä ohjeistuksia. Kirjaamisen ohjeistuksen suunnittelu alkoi maaliskuussa 2018 opinnäytetyön teoriaosuuden valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön teoriaosuus toimi teoreettisena viitekehyksenä kivun kirjaamisen ohjeistukselle. Kivun kirjaamisen ohjeistuksen suunnitteluvaiheessa keräsin opinnäytetyöstäni kaikki kivun kirjaamiseen liittyvät asiat yhdelle paperille. Tämän jälkeen aloin muokkaamaan löytämiäni kirjaamiseen liittyviä asioita loogiseen järjestykseen, jotta ohjeistus olisi mahdollisimman helppo lukea. Loogisesti etenevän järjestyksen jälkeen muokkasinkin tekstin sisältöä. Ohjeistuksen oli tarkoitus olla mahdollisimman nopeasti ja helposti luettava. Siksi ohjeistuksen virkkeistä tuli lyhyitä ja ytimekkäitä. Varsinainen valmis ohjeistus kivun kirjaamiseen valmistui huhtikuussa 2018.

Ohjeistus kivun kirjaamisesta on jaettu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa on lueteltuna ne asiat, jotka täytyy olla kirjattuna, mutta ei välttämättä joka työvuoron aikana. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi millainen kivunhoitomenetelmä potilaalla on käytössä ja minkä kipumittarin potilas on valinnut käytettäväkseen. Toinen osa ohjeistuksesta koostuu vähintään



kerran työvuoron aikana kirjattavista asioista. Tällaisia asioita ovat muun muassa potilaan kivun voimakkuus ja potilaan oma luonnehdinta kivusta.

Kivun kirjaamisen ohjeistuksen tekovaiheessa olin tiiviisti yhteydessä työn tilaajan kanssa. Palautteen kautta tilaaja toi esille mitä asioita voisi vielä lisätä ja mitä ottaa pois. Lopullisesta ohjeistuksesta tuli lyhyt ja ytimekäs, jossa on mainittuna kivun kirjaamisen pääkohdat. Yhteistyökumppani arvioi ja antoi palautetta kivun kirjaamisen ohjeistuksesta. Tilaajan mielestään kivun kirjaamisen ohjeistus on selkeä. Ohjeistusta tullaan jatkossa hyödyntämään hoitajien kirjaamiskoulutuksen yhteydessä. Ohjeistuksesta tehdään myös taskumallinen versio, jota voi kantaa mukana.

## 8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uusinta tietoa, joka pohjautuu tutkittuun tietoon kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Tavoitteena opinnäytetyössäni oli yhtenäistää Kanta-Hämeen keskussairaalan kivun kirjaamiskäytänteet. Mielestäni opinnäytetyöstäni löytyy uutta tietoa kivusta, sen eri hoitomuodoista, kivun arvioinnista sekä kivun kirjaamisesta. Olin pystynyt luomaan hyvän teoriapohjan opinnäytetyölle käyttäen erimuodoissa olevaa tietoa ja tutkimuksia. Opinnäytetyön tavoitteen toteutumista on vaikea arvioida. Tavoitteen toteutuminen riippuu täysin yhteistyökumppanista ja siitä, kuinka hän levittää ohjeistusta K-HKS:n eri osastoille. Tavoitteen toteutumiseen vaikuttaa myös se, kuinka aktiivisesti hoitohenkilökunta lukee ja noudattaa tekemääni ohjeistusta.

Opinnäytetyö sisälsi opinnäytetyökysymykset, kuinka kipua arvioidaan ja kuinka kipu kirjataan. Mielestäni opinnäytetyö vastasi näihin kahteen kysymykseen hyvin. Opinnäytetyössä esiteltiin kivun arviointia monipuolisesti. Työssä käy ilmi mitä asioita normaalisti kivussa arvioidaan, miten tehdään kipuanalyysi sekä miten kipua arvioidaan ihmiseltä, joka ei kykene kommunikoimaan. Kivun kirjaamisesta opinnäytetyöni esittelee kivun kirjaamisen vähimmäisvaatimukset. Myös tekemäni kivun kirjaamisen ohjeistus vastasi näihin molempiin kysymyksiin.

Opinnäytetyö toteutettiin ottaen huomioon luotettavuus ja eettiset näkökannat. Teemoja käsiteltiin eri lähteitä käyttäen mahdollisimman neutraalisti. Pyrin kirjoittamaan löytämäni tiedon siten, ettei oma mielipiteeni vaikuttanut kirjoittamaani asiaan. Lähteitä olin löytänyt paljon ja ne ovat luotettavia kuten esimerkiksi hoitotyön suositus ja Käypä hoito -suositus sekä Terveyskirjasto. Lähteet ovat myös pääasiassa uusia. Valikoin lähteitä sen perusteella, että ne olivat enintään kymmenen vuotta vanhoja.

Opinnäytetyössä olisi voitu paneutua vielä enemmän johonkin käsittelyssä olevaan teemaan. Esimerkiksi kivun hoidosta olisi löytynyt vielä vaikka

kuinka paljon tietoa. Aiheeni kuitenkin painottui kivun arviointiin ja kirjaamiseen, joten pyrin muissa teemoissa käsittelemään perusasiat. Pidän myös tärkeänä, että opinnäytetyöstä ei kasva liian suurta ja että työmäärä pysyy kohtuullisena. Mielestäni pystyin rajaamaan teemojen käsittelyt niin, ettei opinnäytetyö kasvanut liian laajaksi yhdelle tekijälle.

Koin, että oma ammatillinen osaamiseni kasvoi opinnäytetyön prosessin aikana. Oma tietämykseni kivun arvioinnista ja kirjaamisesta lisääntyi huomattavasti. Suurimpia puutteita omassa tietämyksessäni oli nimenomaan kivun kirjaamisessa. Erityisesti siinä, mitkä ovat ne asiat jotka täytyy kirjata työvuoron aikana kipupotilaalta. Opinnäytetyön tekemisen myötä tiedän, että kivun arvioinnissa voi käyttää apuna erilaisia apuvälineitä ja mitkä ovat ne tärkeimmät asiat jotka pitävät vähintään olla kirjattuna työvuoron aikana. Opinnäytetyön ohjeistusta voin itse hyödyntämään tulevaisuudessa ja jakamaan sitä sellaisiin työyhteisöihin, joissa kivun kirjaaminen on epäselvää.

Jatkotutkimuksen hyvänä aiheena voi olla tutkimus, jossa selvitetään kivun kirjaamisen ohjeistuksen käyttöönottoa. Tutkimuksessa voisi myös selvittää, onko K-HKS:n kivun kirjaamiskäytänteissä tapahtunut ohjeistuksen tultua merkityksellisiä muutoksia. Hyvänä tutkimusvaihtoehtona olisi tutkimus, jossa selvitetään ovatko potilaat mielestään saaneet riittävää ohjeistusta kivun hoidossa. Tällaista tutkimusta ei kuitenkaan voi tehdä AMK tasoisena tutkimuksena. Aiheen jatkokehittelynä voitaisiin tehdä myös ohjeistus, kuinka arvioida kipua kommunikaatioon kykenemättömältä potilaalta. Omassa opinnäytetyössäni sivutaan aihetta, mutta se on vain pieni pintaraapaisu isommasta aiheesta.

Kaiken kaikkiaan olen tyytyväinen opinnäytetyöhöni. Se vastaa mielestäni asettamiini tavoitteisiin ja kysymyksiin. Lisäksi opinnäytetyön aihe erittäin ajankohtainen ja tarpeellinen. Potilaan paranemisprosessi nopeutuu ja elämänlaatu parantuu, lisäksi yhteiskunnan kustannukset pienenevät tehokkaalla kivun hoidolla. Uskon, että kivun kirjaamisen ohjeistus hyödyttää K-HKS hoitajia. Tähän aiheeseen erikoistuneena pystyn ja osaan hyödyntää ohjeistusta sekä jakaa tämän asian tietoisuutta tulevaisuudessa työyhteisössäni. Suosittelem opinnäytetyöhön tutustumista kaikille, jotka tuntevat epävarmuutta tai tarvitsevat selkeää ohjeistusta kivun arvioinnista ja kirjaamisesta hoitotyössä.

## LÄHTEET

Duodecim. (2013). Kipupiiirros. Kuvatietokanta. Terveysportti. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Haettu 3.4.2018.

Eloranta, M-B. (2002). *Krooninen kipu osana elämää*. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Haettu 21.3.2018 osoitteesta <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89983/gradu00136.pdf?sequence=1>

Finnanest (2012). *Suositus akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta*. Suomen anesthesiologiyhdistyksen lehti 45(2). Haettu 22.3.2018 osoitteesta [http://www.finnanest.fi/files/nyt\\_suositus.pdf](http://www.finnanest.fi/files/nyt_suositus.pdf)

Formisto, K. (2017). *Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkemyksenä*. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. Haettu 23.3.2018 osoitteesta <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100904/GRADU-1491826398.pdf?...1>

Grommi, S. (2015). *Leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen alaraajaohitetuilla potilailla*. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden tutkinto-ohjelma. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 13.2.2018 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150461/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150461.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150461/urn_nbn_fi_uef-20150461.pdf)

Haanpää, M. (2017). Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 11.1.2018.

Haanpää, M. (2007). *Neuropaattisen kivun hoito-opas*. Terveysportti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 8.2.2018.

Hamunen, K. & Kalso, E. (2009). Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 278–294.

IASP, International Association for the Study of Pain (2017). IASP Taxonomy. Haettu 9.1.2018 osoitteesta <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). *Hoida ja kirjaa*. 9. painos. Helsinki: SanaPro Oy.

Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.)(2013). *Anestesiahoitotyön käsikirja*. Helsinki: Duodecim.

Kalso, E., Elomaa M., Estlander, A. & Granström, V. (2009). Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 104–115.

Kipu. Käypä hoito –suositus (2017). Lääkärinseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologianyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Haettu 11.1.2018 osoitteesta. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50103>

Leppäniemi, A., Pajarinen, J., Hirvensalo, E. & Haapiainen, R. (2011). *Päivystyskirurgian opas*. Helsinki: Duodecim.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. (2012). FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTal 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 12.3.2018 osoitteesta: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2007). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. (2006). *Hyvinvointialan viestintä*. Helsinki: Edita.

Paakkari, P. (2017). *Tietoa potilaalle: Kipuläkkeet- Turvallinen käyttö*. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Haettu 8.2.2018.

Pohjolainen, T. (2009). Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 237-244.

Rantala, M. (2014). *Nurses' Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia*. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. University of Eastern Finland. Haettu 21.3.2018 kohteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1448-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-1448-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf)

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2014). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 1.-3. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkonen, K. & Ruokonen, E. (toim.) (2014). *Anestesiologia ja tehohoito*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2015). *Lääkehoidon käsikirja*. 1.-4. painos. Helsinki: SanomaPro Oy

Saarelma, O. (2017). Tietoa potilaalle: Akupunktio (akupunktuuri). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 14.2.2018.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. (2006). *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. (2013). Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö - Hoitotyön suositus. Hotus - Hoitotyön tutkimussäätiö. Haettu 1.3.2018 osoitteesta [http://www.hotus.fi/system/files/Kivun\\_hoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivun_hoito_suositus.pdf)

Sipilä, R. (2018). *Pain sensitivity and factors associated with the pain experience after breast cancer treatments*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Haettu 13.2.2018 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/229343/painsens.pdf?sequence=1>

Vainio, A. (2009). Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 27–37.

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi

Ylinen, E-R. (2010). *Patients' Pain Assessment and Management during Medication-free Colonoscopy*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Haettu 23.3.2018 kohteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0013-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0013-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0013-5/urn_isbn_978-952-61-0013-5.pdf)

## KIVUN KIRJAAMISEN OHJEISTUS

**Kivun kirjaamisen ohjeistus**

12.4.2018

**Kirjattavat asiat:**

- Mikä kipumittari on valittu yhdessä potilaan kanssa.
- Potilaan ohjaus: kerrottu kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta sekä haittavaikutuksista.
- Potilaan kivun hoitomenetelmä.
  - Lääkkeetön menetelmä.
  - Lääkkeellinen menetelmä.
- Potilaan kieltäytyminen kivunhoidosta.
- Kivun hoidon lopetusaika ja syy.

**Vähintään kerran työvuoron aikana kirjattavat asiat (3 x vrk):**

- Kivun voimakkuus kipumittarilla (liikkeellä ja levossa).
  - Kivun hoito aiheellista, kun VAS ja NRS yli 3 tai VRS yli 1.
- Kivun sijainti ja sen kesto.
- Potilaan oma kuvaus kivusta: luonne ja voimakkuus.
- Potilaan kipukäyttäytyminen: kasvojen ilmeet, unihäiriöt, sykkeen nousu ym.
- Kivun uudelleen arviointi kivunhoidon jälkeen.
- Kivun hoidon haittavaikutukset.

Tekijä:  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Karoliina Ohtola

## KIVUN KIRJAAMISEN OHJEISTUKSEN TASKUMALLI

