

**STADIA**

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

---

# **KIVUN HOIDON MERKITYS KUNTOUTUMISESSA:**

**Kivun kirjaaminen ja sairaanhoitajien kokemukset kipumittarin  
käytöstä**

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
31.10.2006

---

Annika Kyrölahti  
Laura Varjakoski



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Kyrönlähti, Annika ja Varjakoski, Laura			
Työn nimi			
Kivun hoidon merkitys kuntoutumisessa: Kivun kirjaaminen ja sairaanhoitajien kokemukset kipumittarin käytöstä			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2006	33 + 3 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kivun hoidon kirjaamista sekä sairaanhoitajien kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä Laakson sairaalan eräällä akuuttiosastolla. Opinnäytetyössä selvitettiin, mitä kivusta oli kirjattu potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeelle ennen VAS-kipumittarin käyttöä. Lisäksi osaston sairaanhoitajia haastateltiin heidän kokemuksistaan VAS-kipumittarin käytöstä.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin Laakson sairaalassa kevään 2006 aikana. Tutkimukseen valittiin 21 potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeet, joita tarkasteltiin kivun kirjaamisen osalta. Potilasasiakirjoista selvitettiin mitä kivun ilmaisemisesta, määrittelystä, kivun hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista oli kirjattu. Tiedot kerättiin tutkimusta varten laaditulle strukturoidulle tiedonkeruulomakkeelle. Tulokset esitettiin lukuina kivun kirjaamisen määrästä edellä mainituilla osaluilla. Lisäksi neljää sairaanhoitajaa haastateltiin heidän kokemuksistaan VAS-kipumittarista, jota he olivat käyttäneet päivittäisessä hoitotyössä viikon ajan. Haastattelulomake koostui strukturoiduista kysymyksistä, jotka analysoitiin kvantitatiivisesti sekä avokysymyksistä. Tulokset esitettiin sanallisesti.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että osaston tulisi kiinnittää kivun arvioimiseen sekä kivun kirjaamiseen enemmän huomiota. Kivun arvioinnin tulisi olla säännöllisempää. Erityisesti kivun hoidon vaikuttavuutta tulisi huomioida kirjaamisessa enemmän. Myös potilaan kivuttomuus tulisi kirjata. Sairaanhoitajien haastattelusta selvisi, että VAS-kipumittari oli hoitajalle helppokäyttöinen, mutta potilaan kannalta mittarin käytössä ilmeni hankaluuksia. VAS-kipumittari ei osoittautunut parhaaksi mahdolliseksi kivunarviointimenetelmäksi osaston potilaille. Tuloksista ilmeni, että VAS-kipumittaria ei käytetty säännöllisesti kivun arvioimisessa. Tärkeämpää kuin sopivimman kipumittarin valinta, olisikin yhden mittarin systemaattinen käyttö päivittäisessä hoitotyössä. Hoitajia tulisi myös kouluttaa kivun hoidosta ja merkityksestä kuntoutuvan potilaan hoitotyössä, jotta kipumittarin käyttö vastaisi tarkoitustaan.</p>			
Avainsanat			
kipu, kivun hoito, VAS-kipumittari, kivun kirjaaminen, kuntoutuminen			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care and Social Services	
Author/Authors			
Kyrönlahti, Annika and Varjakoski, Laura			
Title			
The Relevance of Pain Treatment in Rehabilitation: Documenting Pain and Experiences of Using the Visual Analogue Scale (VAS) as the Pain Scale. Registered Nurses' Point of View.			
Type of Work	Date	Pages	
Final project	Autumn 2006	33 + 3 appendices	
ABSTRACT			
<p>The purpose of this final project was to find out how the pain treatment was documented and what kind of experiences the registered nurses had about using the Visual Analogue Scale (VAS) pain score on a out-patient ward in the Laakso Hospital, Helsinki, Finland. In this final project, it was found out what was documented before the hospital staff began use the VAS pain scale. In addition, the registered nurses of the ward were interviewed about their experiences of using the VAS pain score.</p> <p>The material of this study was gathered in the Laakso Hospital during the spring 2006. Into this study, the personal daily nursing care forms of 21 patients were examined by concentrating on the documentation of pain. From the patient documentaries, it was found out what was documented about revealing the pain, defination of the pain, planning the treatment of the pain, realization of pain treatment and estimating the pain treatment.</p> <p>The information was collected into an structured form which was made for this study. The results were presented in numbers about the quantity of pain documentation in the areas mentioned above. In addition to, four registered nurses were interviewed about their experiences of the VAS pain score which they had used one week in their daily nursing care. The interviewing form consisted of some structured questions, which were analysed quantitatively, and some non-structured questions which were analysed qualitatively. The results were presented verbally.</p> <p>The results showed that the ward should pay more attention to how to estimate and documentate pain. The estimation of pain should be more regular. Particularly, the effect of pain treatment should be more observed in the patient documentation. Moreover, when the patient does not have pain, it should be documented as well. The interview of the registered nurses showed that the VAS pain score was easy to use. Nevertheless, the patients had slightly difficulties in using the VAS pain score. The VAS pain score was not the best tool for estimating pain of the patients on the ward. The results showed that estimating pain with the VAS pain score was not regular. However, it is more important to use systematically one painscale in daily health care than to try to find one suitable painscale. On the basis of this survey, the registered nurses should be educated more about the pain treatment and its relevance in the nursing care of the rehabilitated patient, so that the use of the painscale would be appropriate.</p>			
Keywords			
pain, pain treatment, VAS-pain scale, documentation of pain, rehabilitation			

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KIPU	2
2.1 Kivun määrittely	2
2.2 Kivun luokittelu	2
2.2.1 Nosiseptiivinen kipu	2
2.2.2 Neuropaattinen kipu	3
2.2.3 Idiopaattinen kipu	3
2.2.4 Akuutti ja krooninen kipu	3
2.3 Osasto kahden potilaiden kokema kipu	4
3 KIVUN ARVIOINTI	4
3.1 Kivun voimakkuuden mittaaminen	5
3.2 VAS-kipumittari	6
4 IÄKKÄIDEN KIVUN ARVIOINTI	6
4.1 Iäkäs -käsitteen määrittely	6
4.2 Iäkkään kivun arviointia vaikeuttavat tekijät	7
5 KIVUN HOITO	8
5.1 Tulehduskipulääkkeet	9
5.2 Opioidit	9
6 KIVUN PSYYKKISET VAIKUTUKSET	10
7 KUNTOUTUMINEN	11
7.1 Kuntoutuksen ja kuntoutumisen määrittely	11
7.2 Kuntoutumista edistävä hoitotyö	11
7.3 Iäkkäiden kuntoutus	12
7.4 Osasto kahden potilaiden kuntoutuminen	12
8 KIVUN MERKITYS KUNTOUTUMISESSA	13
9 KIRJAAMINEN	13
9.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	13
9.2 Kivun kirjaaminen	14
10 TUTKIMUSKYSYMYKSET	16
11 TUTKIMUSAINEISTON KERUU	16
11.1 Kivun kirjaamisen arviointi	16
11.2 Sairaanhoidtajien kokemukset VAS-kipumittarin käytöstä	17
12 TULOKSET	18
12.1 Kivun kirjaaminen	18
12.2 Haastateltujen sairaanhoidtajien kokemukset VAS-kipumittarin käytöstä	22
12.2.1 VAS-kipumittarin ominaisuudet	22
12.2.2 Mittarin käyttö potilaan kannalta	22
12.2.3 Kivunhoito	22
12.2.4 Kivun kirjaaminen	23
12.2.5 Avokysymykset	23
13 POHDINTA	24
13.1 Tulosten eettisyys	24
13.2 Tulosten validiteetti	25
13.3 Tulosten tarkastelua ja kehittämishaasteet osaston hoitotyöhön	26
LÄHTEET	29
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe on ”Kivun hoidon merkitys kuntoutumisessa: Kipumittarin käytön testaaminen”. Toteutimme työmme Laakson sairaalan osasto kahdella. Opinnäytetyömme liittyy Helsingin kaupungin Akuuttisairaalaosaston ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kehittämishankkeeseen ”Kuntoutumista ja selviytymistä edistävän hoitotyön kehittäminen”. Laakson sairaala on Helsingin kaupungin ylläpitämä terveyskeskussairaala. Osasto kaksi on 26 -paikkainen akuuttiosasto, jossa hoidetaan jatkohoittoa ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita. Osastolla on myös sellaisia potilaita hoidettavana, jotka ovat joutuneet sairaalaan yleistilan laskun vuoksi. Potilaista suurin osa on leikkattu, mutta osa on hoidettu konservatiivisesti, esimerkiksi raaja on kipsattu.

Potilaat tulevat pääasiassa kirurgisilta osastoilta, kuten Töölön ortopedisilta ja traumatologisilta osastoilta tai Marian sairaalan päivystyksestä yleistilan laskun vuoksi. Pääosa osastolla hoidettavista potilaista on erilaisia murtumapotilaita, joista lonkkamurtumapotilaat on suurin ryhmä. Hoidon syynä on yleensä se, että iäkäs ihminen ei pärjää kotona vammansa kanssa. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 31,5 vuorokautta. Potilaiden ikä- ja sukupuolijakauma osasto kahdella v. 2005 (N= 373) on seuraavanlainen: naisia 61 %, miehiä 31 %, alle 65-vuotiaita 20 % ja yli 65 -vuotiaita 80 %, joista 45 % on yli 85 -vuotiaita. (Kukkanen 2006.)

Iäkkäiden reisiluun yläosan murtumat eli lonkkamurtumat ovat lisääntyneet viimeisten 25 vuoden aikana. Suomessa todetaan yli 6000 lonkkamurtumaa joka vuosi. Jatkossa määrän odotetaan edelleen lisääntyvän iäkkään väestön määrän lisääntyessä suurten ikäluokkien myötä. Suomen Lääkärilehden (35/96) ennusteen mukaan Suomessa todetaan 15 vuoden kuluttua jopa 11 000 lonkkamurtumaa vuosittain. (Heikkilä - Kannus - Parkkari - Vuori 1996: 3747-3751.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa, mitä kivusta kirjataan osasto kahdella ennen VAS-kipumittarin (Visual Analogue Scale) käyttöä sekä kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kivun arvioinnista VAS-kipumittarin avulla. Työn tavoitteena on kehittää kuntoutuvan potilaan hoitotyötä. Hyvä kivun hoito edistää potilaan hyvää hoitoa. Osasto kahden tavoite on parantaa kivun hoidon kirjaamista tulevaisuudessa sekä yhdenmukaistaa kipumittarin käyttöä kuntoutuvan potilaan kivun hoidossa.

## 2 KIPU

### 2.1 Kivun määrittely

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. Kipu voi olla sensorista eli tuntoaistiin perustuvaa tai emotionaalista eli tunneperäistä. Kipu on yksilöllinen epämiellyttävä tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipua on mikä tahansa kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi ja se on aina kokijalleen todellinen. (Sailo 2000: 30; Halimaa 2004: 36.)

### 2.2 Kivun luokittelu

Kivun luokittelu on perinteisesti perustunut anatomiaan, sijaintiin ja kivun keston. Voidaan puhua esimerkiksi selän, vatsan tai pään kiputiloista tai akuutista ja kroonisesta kivusta. Kipua voidaan myös luokitella sen aiheuttajan mukaan kuten syöpäkipu tai synnytyskipu. Nykyinen kivun luokittelu perustuu pääasiassa kivun patofysiologisiin mekanismeihin, esimerkiksi hermo- tai kudonsvauriosta johtuvaan kipuun. Kiputilan mekanismit vaikuttavat myös hoitomenetelmien valintaan. Kiputilat voidaan luokitella nosiseptiivisiin, neuropaattisiin ja idiopaattisiin kiputiloihin. Rajat eri kiputyypin välillä eivät kuitenkaan ole selviä. Esimerkiksi nosiseptiiviseen kipuun, jonka aiheuttajana on selvä kliinisesti havaittava somaattinen syy, voi liittyä myös idiopaattisen kivun piirteitä, jos kipu jatkuu pitkään. (Estlander 2003: 14; Närhi 2004.)

#### 2.2.1 Nosiseptiivinen kipu

Nosiseptiivinen eli kudonsvaurioista syntyvä kipu syntyy kipuhermopäätteen reagoidessa voimakkaalle kudonsvauriota aiheuttavalle ärsykkeelle. Nosiseptiivinen kipu jaetaan somaattiseen (lihaksen, luuston, ihon ja sidekudoksen) kipuun ja viskeraaliseen eli sisäelimestä aiheutuvaan kipuun. Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavissa, koska se voi tuntua samanaikaisesti useassa eri paikassa. Esimerkiksi sydäninfarktissa kipu voi säteillä oikeaan käteen. Nosiseptiivisiä kiputiloja ovat tulehduskipu, iskeeminen kipu, syöpäkas-

vaimen aiheuttama kipu sekä lihas-luustokiputilat. (Sailo 2000: 32-33; Vainio 2002: 96.)

### 2.2.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattisessa kivussa vaurio on kipua välittävässä hermossa. Kipu voi johtua ulkoisen tekijän aiheuttamasta hermovauriosta tai se voi olla sisäisen vamman aiheuttamaa. Neuropaattinen kipu on usein pistävää, viiltävää tai polttavaa ja siihen voi liittyä myös äkillisiä kipukohtauksia. Kipu ei aina tunnu vauriokohdassa vaan vahingoittuneen hermon hermotusalueella, esimerkiksi koko yläraajassa kaulahermopunoksen vaurion seurauksena. Hermovauriot jaotellaan niiden sijainnin mukaan. Neuropaattiselle kivulle tyypillistä on huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin. (Sailo 2000: 33; Vainio 2002: 98.)

### 2.2.3 Idiopaattinen kipu

Idiopaattisen kivun aiheuttajana ei ole kudosis- tai hermovaurio. Idiopaattista kipua voidaan kutsua myös psykogeeniseksi kivuksi. Siihen liittyy usein ahdistusta ja levottomuutta. Idiopaattisen kivun kriteerit ovat vähintään kuusi kuukautta jatkunut kipu, kivulle ei ole löytynyt somaattista syytä asianmukaisista ja huolellisista tutkimuksista huolimatta ja potilaan valittama kipu on suhteettoman suuri verrattuna objektiivisiin löydöksiin. (Sailo 2000: 33-34; Vainio 2002: 99-100.)

### 2.2.4 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutti kipu on yllättävä kivun tunne, joka varoittaa elimistöä uhkaavasta kudosisvauriosta. Akuutti kipu on mielekäästä, koska syy kipuun tiedetään ja sen oletetaan lievittyvän asianmukaisella hoidolla. Akuutti kipu on tärkeää hoitaa ajoissa, jotta voidaan ehkäistä kivun kroonistuminen. Akuutti kipu ei jätä jälkiä keskushermostoon toisin kuin krooninen kipu, joka aiheuttaa pysyviä muutoksia hermostossa. (Sailo 2000: 34-35.)

Kroonisesta kivusta puhutaan kun kipu on kestänyt 3-6 kuukautta tai yli normaalin kudosparantumisaajan. Akuutin ja kroonisen kivun välinen raja on kuitenkin epäselvä ja jotkut kiputilat sisältävät piirteitä molemmista. Akuutin ja kroonisen kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia. Krooninen kipu voi olla myös ajoittaista mutta kuitenkin toistuvaa. Kroonisessa kivussa kipu ei toimi enää elimistön varoitusmerkkinä.

Krooninen kipu on sairaus, joka aiheuttaa kärsimystä ja heikentää potilaan elämänlaatua. (Sailo 2000: 34-35; Estlander 2003: 16.)

### 2.3 Osasto kahden potilaiden kokema kipu

Osasto kahden potilailla on erilaisista traumaista johtuvia alaraajojen luunmurtumia. Potilaiden kivun syyt voivat olla leikkauksesta, traumasta tai sairaalassaolosta johtuvan immobilisaation aiheuttamia. Kipua voisi määritellä myös akuutiksi nosiseptiiviseksi kivuksi, koska nosiseptiivinen kipu seuraa kipureseptoreiden suorasta vasteesta kudosaaurioon. Kivun syy on kliinisesti todennettavissa (esimerkiksi lonkkamurtuma). Nosiseptiivinen kipu on suora seuraus kudosauriosta, joten se yleensä häviää kun vaurio paranee. Potilaiden keski-ikä osastolla on melko korkea, joten heillä voi taustalla olla useita perussairauksia. Leikkauksesta johtuva kipu ei siis ole välttämättä ainoa kipu, josta potilaat kärsivät. Heidän kipunsa voi olla myös kroonista. Kun kipu kroonistuu, tapahtuu keskushermoston kipujärjestelmissä sekä toiminnallisia että rakenteellisia muutoksia, jolloin kivunsäätely häiriintyy ja kivun välittyminen voi helpottua. Muutokset tapahtuvat vähitellen, mutta neurobiologisen tietämyksen perusteella ei voida määrittää tarkkaan ajallisesti milloin kipu muuttuu krooniseksi. Aikarajana kroonistumiselle on pidetty kuutta kuukautta. (Kukkanen 2006; Sailo 2000: 35; Vainio 2004: 35; Närhi 2004.)

## 3 KIVUN ARVIOINTI

Ensisijainen kivun arviointi- ja mittausmenetelmä on potilaan oma kertomus. Kipua voidaan myös arvioida havainnoimalla potilaan käyttäytymistä tai mittaamalla elimistön fysiologisia tapahtumia, kuten verenpainetta ja pulssia. Arvioitaessa potilaan kipua tulisi ottaa huomioon kivun voimakkuuden mittaamisen lisäksi potilaan asenteiden ja uskomusten sekä sosiokulttuuristen tekijöiden vaikutus koettuun kipuun. Tulisi myös selvittää kivun sijainti, voimakkuus, kivun kesto ja laatu esimerkiksi onko pistävää kipua vai puristavaa kipua. Muita mahdollisia potilaan kipukokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan muut krooniset sairaudet, potilaan käyttämä lääkitys sekä potilaan mahdollinen masennus tai ahdistuneisuus. Lisäksi tulisi selvittää potilaan käyttämät kivunlievitysmenetelmät ja miten potilas kipuaan ilmaisee. Varhainen kivun tunnistaminen ja ak-



tiivinen kivunhoito ehkäisee kiputilan kroonistumista sekä kipukierteen syntymistä. Hoitamaton kipu lisää työkyvyttömyyttä, sairaalahoidon pitkittymistä sekä inhimillistä kärsimystä. Onnistunut kivun hoito edellyttää tehokasta ja systemaattista kivun arviointia. (Konttinen 2002: 4; Salanterä - Hovi - Routasalo: 2000: 20; Remes 1999: 9; Vartti 2000: 47-48, 99.)

### 3.1 Kivun voimakkuuden mittaaminen

Kipu on subjektiivinen tuntemus ja sen objektiivinen mittaaminen ei ole mahdollista. Kivun mittaamiseen kehitetyt menetelmät, asteikot ja kyselylomakkeet mittaavatkin potilaan kivun ilmaisemista eli sitä, miten potilas kuvailee kipuaan tai kertoo kivustaan. Kivun voimakkuuden mittaamiseen on kehitetty erilaisia apuvälineitä, kuten visuaalinen asteikko, kipusanasto, kipupiirros sekä numeerinen luokittelu. Kivun voimakkuutta mittaavia apuvälineitä ovat esimerkiksi kasvoasteikko (Faces pain scale), joka on visuaalisen ja numeerisen asteikon yhdistelmä. Se muodostuu kuudesta vierekkäin piirretystä kasvokuvasta, joiden ilme vaihtelee leveästi hymyilevistä kasvoista itkeviin kasvoihin. Kasvokuvat on luokiteltu numeerisesti 0 - 6, joista nolla tarkoittaa ”ei kipua” ja 6 ”koskee eniten”. Numeerisessa luokitteluasteikossa (Numeric Rating Scale) on janalle tasaisesti asetettuja kivun voimakkuutta kuvaavia lukuja 1 - 10, joista numero 1 tarkoittaa kivutonta tilaa ja numero 10 voimakkainta mahdollista kipua. Kivun voimakkuutta mittaavista apuvälineistä käytetään yleisesti nimitystä kipumittari. (Kotovainio - Mäenpää 2005: 468; Konttinen 2002: 14, 47; Järvinen - Rasku 2000: 111; Estlander 2003: 131; Remes 1999: 14.)

Kivun arviointi kirjataan toistetusti samaa kipuasteikkoa käyttäen. Tämän vuoksi hoitajien tulisi käyttää yhtä kipumittaria potilaan kivun arvioinnissa. Eri kipumittareissa mitatasteikot voivat olla erilaisia ja ne antavat eri tuloksia kivun voimakkuudesta. Eri mittareilla tehdyt kivun voimakkuuden arvioinnit eivät ole vertailukelpoisia keskenään. Myöskään eri henkilöiden kivun voimakkuutta kuvaavat kipulukemat eivät ole vertailukelpoisia keskenään, koska kipulukema kertoo kuinka kovana yksilö oman kipunsa kokee. (Kotovainio - Mäenpää 2005: 468; Konttinen 2002: 14, 47; Järvinen - Rasku 2000: 111; Estlander 2003: 131; Remes 1999: 14.)

Säännöllinen kivun mittaus turvaa potilaan yksilöllisen kivun arvioinnin ja estää hoitajien omia päätelmiä potilaan kivusta. Iäkkäät potilaat eivät välttämättä ilmoita kiputunte-

muksiaan, sillä he saattavat ajatella, että kipu kuuluu osana heidän elämäänsä. Myös moni kivusta kärsivä pelkää, ettei hänen kipuaan oteta vakavasti, koska kivun voimakkuutta objektiivisesti mittaavaa laitetta ei ole olemassa. (Vartti 2000: 47-48, 99; Salanterä ym. 2000: 20; Remes 1999: 9.)

### 3.2 VAS-kipumittari

Aikuisen potilaan kivun mittaamisessa yleisesti käytetty menetelmä on visuaalinen analogiasteikko VAS (Visual Analogue Scale) eli kipujana (LIITE 1). Se on muovinen viivain, jossa on kuvattuna punainen toiseen päähän kasvava kiila ja muovinen osoitin, jota voi liikuttaa kuvan päällä haluttuun suuntaan. Kiilan kapein osa kuvaa kivutonta tilaa ja toinen pää pahinta mahdollista kipua. Viivaimen toisella puolella on numeerinen asteikko, jossa on kuvattu numerot 0 - 100. Nolla kuvaa kivutonta tilaa ja sata pahinta mahdollista kipua. Numeerisia asteikkoja on myös 0 - 10, jossa nolla kuvaa kivutonta tilaa ja 10 pahinta mahdollista kipua. Osasto kahdella on käytössä kipukiila, jonka numeerinen asteikko on 0 - 10. Hoitotyön kirjaamisessa käytetään kipujan numeerista asteikkoa, josta voidaan katsoa janan toiselta puolelta kipukiilaa vastaavat numerot. (Sailo 2000: 102; Konttinen 2002: 15; Bird 2003: 33-39.)

## 4 IÄKKÄIDEN KIVUN ARVIOINTI

### 4.1 Iäkäs -käsitteen määrittely

Nykysuomen sanakirja määrittelee sanan iäkäs korkeassa iässä olevaksi, iälliseksi ja vanhaksi. (Nykysuomen sanakirja 1 1996: s.v. iäkäs). Sanaa iäkäs voidaan määritellä myös henkilöksi, joka on elänyt kauan. Ikääntyminen ja vanheneminen on iän karttumista. Tällöin on kyse kronologisesta iästä, jota kuvataan yksisuuntaisella jatkumolla syntymästä kuolemaan. Määriteltäessä ikääntymistä on vuosissa mitattavan iän merkitys vähentynyt. Yhteiskunnan tarjoamien etuuksien ja palveluiden mukaan kuitenkin vanhuus alkaa 65 vuoden iässä. Silti ikääntymiseen liittyvät fyysiset ja psyykkiset muutokset alkavat lisääntyä vasta 75 -ikävuoden jälkeen. Gerontologiassa vanhuuden ja siihen liittyvän palvelujen tarpeen lisääntymisen katsotaan alkavan noin 75 - 80 vuoden iässä. Henkilön ikä voi myös olla subjektiivista, jolloin ikävuodet eivät merkitse niinkään

vaan iäkkään omat kokemukset omasta elämästään, tekemisistään ja saavutuksistaan. (Kolstela 2001: 6-7; Aaltonen ym. 2004: 11-12.) Osasto kahden potilaista suurin osa on yli 65 -vuotiaita (Kukkanen 2006). Tässä opinnäytetyössä iäkkäällä tarkoitetaan yli 65 -vuotiasta henkilöä.

#### 4.2 Iäkkään kivun arviointia vaikeuttavat tekijät

Iäkkäiden kivun arviointi on usein hankalaa useiden eri syiden takia. Yksi suurimmista kivun arviointia vaikeuttavista tekijöistä on potilaan kognitiivisen tason lasku. Kognitiivisen tason alenemisella tarkoitetaan tiedon vastaanottamisessa, käsittelyssä, säilyttämisessä ja käyttöön liittyvissä psyykkisissä toiminnoissa tapahtuvaa toiminnan alenemistä. Se voi ilmetä havaitsemisessa, oppimisessa, muistissa, päättelyssä, ongelmanratkaisussa, kielellisissä toiminnoissa tai tahdonalaisessa liiketoiminnoissa. Kognitiivisen tason alentuminen voi johtua muun muassa masentuneisuudesta, sensoristen kykyjen alenemisesta, afasiasta, kehossa tapahtuvista mekaanisista tai kemiallisista häiriöistä tai eriasteisista tietoisuuden tason alenemisestä, esimerkiksi dementiasta. (Tarkkila 2005: 30; Remes 1999: 6-9; Lundgren 1998: 14.)

Iäkkäiden, joiden kognitiivinen taso on alentunut, voi olla vaikea tunnistaa kipua tai siihen liittyviä oireita. Iäkkäät eivät aina kerro kovin helposti kiputunteuksistaan hoitohenkilökunnalle. He saattavat ajatella, että kivun olemassaoloa ei saa näyttää tai että kipu kuuluu osana heidän elämäänsä. He saattavat myös pelätä, että kipu on merkki jostakin vakavasta sairaudesta tai että kivun ilmaisemisella on ikäviä seurauksia, kuten itsenäisyyden menettäminen. Iäkkäät voivat myös jättää kertomatta kivuistaan, koska ajattelevat, ettei heidän kipujaan voi hoitaa. Siitä, kokevatko iäkkäät, joiden kognitiivinen taso on alentunut, kivun samanlaisena, kuin ne iäkkäät, joiden kognitiivinen taso ei ole alentunut, ei ole tutkittua tietoa. Kuitenkin kognitiivisilta kyvyiltään alentuneiden iäkkäiden potilaiden kipuun tulisi suhtautua yhtä vakavasti kuin muiden potilaiden kipuun. (Tarkkila 2005: 30; Remes 1999: 6-9.)

Kivun arviointia vaikeuttaa myös sairaalajaksoihin mahdollisesti liittyvä sekavuus, joka voi johtua itse sairaudesta, lääkityksestä tai vieraaseen ympäristöön joutumisesta. Iäkkään heikentyneet aistitoiminnot vaikeuttavat heidän kommunikointiaan ja näin myös kivun ilmaisemista. Aistitoimintojen heikkenemisestä on voitu myös päätellä, että iäk-

käiden kivun tunto olisi heikompaa kuin nuorilla. Esimerkiksi mahahaava ja sydäninfarkti, jotka normaalisti ovat kivuliaita sairauksia, voivat iäkkäillä olla täysin oireettomia. Tämän oletetaan johtuvan siitä, että näissä sairauksissa kipu välittyy pääasiallisesti autonomista hermostoa pitkin ja iäkkäillä on jonkinasteista autonomisen hermoston toimintahäiriöitä. (Tarkkila 2005: 30; Remes 1999: 8.)

Puhumista voi hankaloittaa tekohampaiden puuttuminen tai lääkityksestä johtuva kuiva suu. Useiden tutkimusten perusteella hoitajien ja lääkäreiden ilman kipumittaria tekemä kivun arviointi on usein virheellinen. Pitkä kokemuskaan ei paranna arvioinnin onnistumista. Hoitohenkilökunta saattaa pitää iäkkään kivun ilmaisuja joko liioiteltuina tai tulkita ne väärin. (Tarkkila 2005: 30; Remes 1999: 7.)

Kivun tunnistamatta jättäminen ei kuitenkaan ole ainoa ongelma iäkkäiden kivun hoidossa. Ongelmia tuottaa usein kivun mittaaminen ja hoito. Horgasin ja Tsain vuonna 1998 tekemän tutkimuksen mukaan iäkkäät potilaat, joiden kognitiivinen taso oli alentunut, saivat harvemmin ja pienempiä annoksia kipulääkkeitä kuin muut iäkkäät potilaat. Niiden iäkkäiden potilaiden kivun mittaaminen, joiden kognitiivinen taso on alentunut, on kuitenkin vain hieman vaativampaa kuin muiden iäkkäiden potilaiden kivun mittaaminen. He pystyvät ilmaisemaan kipua lähes samalla tavalla kuin muutkin iäkkäät. Sekavuudesta kärsivien iäkkäiden potilaiden kohdalla tai niiden, jotka eivät pysty sanallisesti kommunikoiimaan on havainnointi ainoa tapa, jolla voidaan luotettavasti arvioida potilaan kipua. Kivun merkkejä voivat tällöin olla hampaiden kiristys, otsan rypistyminen, alahuulen pureminen tai täysin avoimet tai suljetut silmät. (Remes 1999: 11-12.)

## 5 KIVUN HOITO

Akuutin kivun mahdollisimman tehokas hoito on tärkeää, jotta voidaan ehkäistä kivun kroonistumista ja palauttaa normaali liikunta- ja toimintakyky. Kivun hoidon onnistumisella on merkitystä paitsi potilaalle itselleen, myös hänen läheisilleen ja häntä hoitavalle henkilökunnalle. Kivun hoidosta seuraavia positiivisia tuloksia ovat potilaan kivun poistuminen tai lievittyminen ja hyvä olo. Kivun hoidon onnistuminen edellyttää hoitohenkilökunnalta hyvää tietämystä kivusta ja sen hoidosta, myönteistä asennoitumista riittävään kivun hoitoon, moniammatillista yhteistyötä sekä riittävästi aikaa potilaan

kipukokemusten selvittämiseen. Osasto kahden potilaiden kivun hoito on painottunut lääkehoitoon sekä jonkin verran asentohoitoon. (Järvinen 2003; Hovi - Salanterä 2000: 10, Kukkanen 2006.)

### 5.1 Tulehduskipulääkkeet

Lievien ja lyhytaikaisten kipujen hoitoon käytetään kipulääkkeitä, joista useimmat kuuluvat tulehduskipulääkkeiden ryhmään. Tavallisimpia tulehduskipulääkkeitä ovat ibuprofeeni, ketoprofeeni ja asetyylisalisyylihappo. Tulehduskipulääkkeet lievittävät lieviä ja keskivaikeita kipuja sekä alentavat kuumetta. Niiden vaikutuskohta on kudosten kipuhermopäätteessä. Niitä käytetään leikkausten ja vammojen jälkeisiin kipuihin sekä migreeniin, kuukautiskipuihin ja kroonisiin lihas- ja luustokipuihin. Neuropaattisessa kivussa tulehduskipulääkkeistä ei yleensä ole apua. (Vainio 2004: 74-75; Kalso - Vainio 2002: 127, 130.)

Tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy myös haittavaikutuksia, joista osa voi olla vakaviakin. Tulehduskipulääkkeiden annoksilla on yläraja. Suurempia annoksia käytettäessä haittavaikutusten riski kasvaa. Parasetamoli on yleisesti käytetty mieto särkylääke, joka ei kuitenkaan kuulu tulehduskipulääkkeisiin, koska sillä ei ole tulehdusta estävää vaikutusta. (Vainio 2004: 74-75; Kalso - Vainio 2002: 127, 130.)

### 5.2 Opioidit

Opioidit ovat keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä, joiden kipua lievittävä teho on suurempi kuin tulehduskipulääkkeiden. Opioidia käytetään muun muassa suurten leikkausten ja vammojen sekä syövän loppuvaiheen aiheuttamien kipujen hoitoon. Neuropaattisessa kivussa opioideista on joskus hyötyä, mutta aina ei. Kroonisessa kivussa opioidit eivät ole ensisijainen lääke, niiden aiheuttaman riippuvuuden vuoksi. Pitkäaikaisessa käytössä opioideille myös kehittyy toleranssi. Opioidit jaetaan keskivahvoihin, kuten esimerkiksi tramadoli ja kodeiini ja vahvoihin, kuten esimerkiksi morfiini ja oksikodoni. (Vainio 2004: 76-77.)

### 5.3 Muut kivunhoitolääkkeet ja ei-lääkkeellinen kivunhoito

Muita kivunhoitoon, erityisesti kroonisen kivun hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat masennuslääkkeet, joita voidaan käyttää esimerkiksi vyöruusun jälkeisessä kivussa, migreenissä sekä kroonisessa selkäkivussa. Myös epilepsialääkkeitä käytetään kivunhoidossa. Niiden käyttöaiheita ovat hermovauriokivut, esimerkiksi kolmoishermostarke. Puudutusaineet eli paikallispuudutteet ovat yksi kivunhoidon muoto, jota käytetään lähinnä lääketieteellisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvissä kivuissa. (Vainio 2004: 78-79, 83.)

Kipua voidaan hoitaa myös ei-lääkkeellisesti. Ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja käytetään usein lääkehoidon rinnalla. Tällaisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi fysioterapia, psykologinen kivunhoito sekä akupunktuuri. (Vainio 2004: 86-87.)

## 6 KIVUN PSYKKISET VAIKUTUKSET

Kipu on monialainen haaste, koska sen oireet eivät vaikuta potilaaseen pelkästään fyysisesti vaan sillä on vaikutusta myös muuhun terveyteen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja toimintakykyyn. Kipu voi estää elämästä mielekästä elämää. Pitkittynyt kipu vaikuttaa mielialaan ja lisää turhautuneisuutta, vihantunteita ja ärtyneisyyttä. Toisaalta masennus on yksi kivun pitkittymistä edistävä tekijä. Kun kipu jatkuu, voi potilaalla ilmetä masennuksen lisäksi myös unettomuutta ja väsymystä. Pahimmassa tapauksessa krooninen kipu voi aiheuttaa sen, että potilas menettää toimintakykynsä. (Malmberg 2000: 188; Vainio 2004: 38, 67.)

Monilla kipupotilailla on masennuksen oireita ja eri tutkimusten mukaan masennuksen esiintyvyys vaihtelee kymmenestä prosentista jopa sataan prosenttiin. Kivusta kärsivä potilas voi kipunsa vuoksi olla huolissaan tulevaisuudestaan tai olla epätoivoinen. Väestötutkimuksen mukaan potilailla, joiden kipu on laajalle levinnyttä, on jopa kolminkertainen riski sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Kipua on usein pidetty masennuksen ruumiillisena vastineena. Kipupotilaan masennuksen syynä voi olla terveyden menetyksestä ja sen tuomasta elämänmuutoksesta johtuva kriisi. Tämä pelkästään voi olla myös unettomuuden ja toimintakyvyn menetyksen taustalla. Masennus voi myös

johtua itse sairaudesta tai sen hoidosta, kipulääkkeistä tai vaikeasta elämäntilanteesta. (Estlander 2003: 74-75; Vainio 2004: 69-70.)

## 7 KUNTOUTUMINEN

### 7.1 Kuntoutuksen ja kuntoutumisen määrittely

Käsitteellä kuntoutus tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka kohdistuvat kuntoutujaan ja joilla pyritään tukemaan hänen kuntoutumistaan. Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa yksilön hyvän terveyden ja toimintakykyisyyden saavuttamiseksi. Kuntoutuksen määritelmä riippuu tavoitteesta: pyritäänkö ennalta ehkäisemään toimintakyvyn huononeminen, ylläpitämään toimintakykyä tai palauttamaan toimintakyky. Kuntoutus alkaa potilaan kunnan huononemisen ehkäisystä sairauden tai kyvyttömyyden aiheuttamassa akuuttitilanteessa ja jatkuu, kunnes potilas mukautuu vamman aiheuttamaan tilanteeseen ja saavuttaa lopulta hänelle parhaan mahdollisen suorituskyvyn. (Routasalo - Lauri 2001: 207; Järvikoski – Härkäpää 2001: 33-34.)

Kuntoutuminen voidaan määritellä toimintakykyä (elämänlaatua, hyvinvointia) säätelävänä yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksena. Kuntoutumisen lopputulosta muokkaa yksilön, yhteisön ja vallitsevan sosiaalipolitiikan vaikutus toistensa toimintoihin. Kuntoutumisessa on perimmältään kysymys ihmisen toiminnasta, toimintaedellytyksistä ja toimintakyvystä. Yleisenä päämääränä kuntoutumisessa on paras mahdollinen tasapaino kuntoutujan omien fyysisten ja psykososiaalisten toimintaedellytysten, toimintatarpeiden ja toimintaympäristön välillä. (Routasalo - Lauri 2001: 207-208; Talo – Wikström – Metteri 2001: 55-56.)

### 7.2 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä tarkoitetaan potilaslähtöistä toimintatapaa, jossa kaikki toiminta tukee potilaan itsenäistä selviytymistä. Tähän kuuluu paitsi fyysisen toiminnan harjoittaminen, myös potilaan itsemääräämisoikeuden tukeminen, elämän mielekkyyden turvaaminen ja turvallisuuden tunteen välittäminen. Iäkkäiden kuntoutta-

vassa hoitotyössä iäkästä motivoidaan ja ohjataan omatoimisuuteen sekä tuetaan, rohkaistaan ja aktivoidaan. (Routasalo - Lauri 2001: 207; Pohjola 2003: 8.)

### 7.3 Iäkkäiden kuntoutus

Iäkkäiden henkilöiden kuntoutus voidaan luokitella aktiiviseksi, ylläpitäväksi, intensiiviseksi tai toipumista edistäväksi kuntoutukseksi. Aktiivisen kuntoutuksen lähtökohta on parantumisen toive. Ylläpitävän kuntoutuksen tarkoituksena puolestaan on toimintakyvyn heikkenemisen estäminen. Intensiivisessä kuntoutuksessa huomion kohteena ovat myös ympäristötekijät ja toipumista edistävän kuntoutuksen tavoitteena on tukea luonnollista paranemisprosessia ja sairaudesta toipumista. (Pohjola 2003: 6.)

Kuntoutuksen tavoite muodostuu yksilöllisesti iäkkään toimintakyvyn huononemisen ehkäisystä, ylläpitämisestä tai saavuttamisesta. Viime aikoina iäkkäiden kuntoutusprosessissa ja kuntoutumisen tuloksissa on korostettu potilaan motivaation merkitystä. Tärkeä tekijä motivaatiossa on usko omiin kykyihin ja saavutettavissa oleviin tuloksiin sekä ammattihenkilöiden ja omaisten tuki ja kannustus. Iäkkäiden motivaatiota kuntoutumiseen voi laskea huonoon liikuntakykyyn liittyvä kaatumisen pelko, kipu ja väsymys. (Routasalo - Lauri 2001: 208.)

### 7.4 Osasto kahden potilaiden kuntoutuminen

Osasto kahdella ei ole varsinaisesti määritelty kirjallisesti kuntoutumisen toimintafilosofiaa, mutta tavoitteena potilaan kuntoutumisessa on toimintakyvyn ylläpitäminen, mahdollisimman hyvä omatoimisuus sekä hyvinvointi. Pää tavoitteena kuntoutumisessa on potilaan kuntoutuminen kotiin tai entiseen hoitopaikkaan. Kuntoutuminen tapahtuu moniammatillisessa työryhmässä. Potilaista suurin osa kotiutuu. Potilaiden jatkohoitojen osuudet 1.1-21.10.2005 ovat (N= 265): laitokseen 27 %, kotiin 66 %, kuolleet 7 %. (Kukkanen 2006.)



## 8 KIVUN MERKITYS KUNTOUTUMISESSA

Monen kroonisen kiputilan taustalla on leikkaus, sairaus tai onnettomuus. Hoidon akuuttiin alkuvaiheeseen voi kuulua useita viikkoja kestävä lepovaihe, jonka aikana fyysinen kunto huononee ja potilaan toimintakyky ei ole samanlainen kuin terveenä. Kipu rajoittaa usein potilaan liikkumista. Liikunnan ja toimintakyvyn rajoittuminen voi vaikuttaa tuki- ja liikuntaelimestön sekä sydän- ja verenkiertoelimestön rappeutumiseen. (Vainio 2004: 128-129.)

Kipu voi olla merkittävä potilaan kuntoutumismotivaatiota vähentävä tekijä. Pohjolan (2003) tekemässä tutkielmassa, jossa tutkittiin ikääntyneen motivaation merkitystä toimintakykyyn, yli puolet vastaajista koki kipujen haittaavan liikkumistaan. Kivun tunnistaminen ja ennaltaehkäisy ennen fyysistä harjoitusta on tärkeää. (Pohjola 2003: 56.)

Kivuttomuutta pidetään kuntoutumista oleellisesti edistävänä tekijänä. Potilaan kuntoutumisessa hoitajien rooli on hieman epäselvä, vaikka hoitajat ovat potilaan luona ympärivuorokautisesti. Hoitajat näkevät myös potilaan toimintakyvyn todellisissa tilanteissa sekä toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset. Hoitajien rooli potilaan kuntoutusprosessissa ei ole ollut näkyvää, vaan he ovat toimineet kuin välimaastossa hoitamisen ja kuntoutuksen välillä. Hoitotyötä on pidetty kuntoutumisen mahdollistajana, mutta ei kuntoutumista eteenpäin vievänä voimana. (Routasalo - Lauri 2001: 207-211; Pohjola 2003: 56; Salanterä ym. 2000: 22.)

## 9 KIRJAAMINEN

### 9.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista koskevia lakeja ovat potilasvahinkolaki, erikoissairaanhoidolaki, mielenterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, henkilötietolaki, laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta ja hallintolaki. Lakien lisäksi hoitotyön kirjaamista ohjaavat organisaation velvollisuus ohjata potilasasiakirjoja käsittelevää henkilökuntaa. Myös toimintayksiköissä on oltava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista ja menettelytavoista, jonka on

laatinut toimintayksikön terveydenhuollon vastaava johtaja. Kaikkia koulutettuja hoitotyöntekijöitä ohjaavat oman ammattikuntansa eettiset ohjeet, hyvän hoidon periaatteet ja sisäistynyt ammatillinen hoitotyö. (Hallila - Graeffe 2005 b): 19.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on määritellyt potilasasiakirjat juridisesti. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat asetukseen perustuen muun muassa potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat kuten esimerkiksi lähetteet, konsultaatiovastaukset ja laboratorioasiakirjat. Kun asiakirjoja tarkastellaan jälkikäteen, lähtökohtana hoitotyön kirjaamiselle on, että se mikä on kirjattu, on myös tehty ja mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty. Tällöin keskeisenä seikkana pidetään sitä, että on selkeästi ilmaistu, mitä tehtiin, ketkä olivat läsnä ja mitkä olivat potilaan reaktiot tai vointi. (Hallila - Graeffe 2005 b): 16-18.)

Osasto kahdella on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä, johon hoitajat kirjaavat potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan. Potilastiedot tallentuvat keskitettyyn tietokantaan, jossa tietokantaohjelmisto huolehtii tietojen eheydestä ja niiden turvaamisesta. Pegasos-potilastietojärjestelmän keskeinen osa on potilaskertomus, jonka avulla kaikki potilaan terveydentilaa koskevat tiedot kerääntyvät selattavaksi yhdeksi kokonaisuudeksi. Käyttäjän oikeudet ovat rajattavissa tietosuojalain mukaisesti. (Kukkanen 2006; Potilastietojärjestelmä Pegasos 2005.)

## 9.2 Kivun kirjaaminen

Kivun hoitoon kuuluu oleellisena osana kivun kirjaaminen. Asianmukainen ja säännöllinen kirjaaminen on edellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle sekä hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Kivun tarkka kirjaaminen on pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle. Potilasturvallisuuden vuoksi kivun kirjaaminen edellyttää myös potilaan mahdollisten lääkeyliherkkyyksien, hoitojen vaikutusten sekä lääkkeiden aiheuttamien sivuvaikutusten kirjaamista. Koska kirjaaminen on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta, tulee kaikki potilaan saamat kipulääkkeet ja muut kivunhoitomuodot ja niiden vaikutukset kirjata potilasasiakirjoihin. Säännöllisesti toteutettu kivun hoidon kirjaaminen mahdollistaa myös kivun hoitoon liittyvien lääke-, ja hoitotieteellisten tutkimusten tekemisen. (Kukkanen 2006; Sailo 2000: 98; Jäntti 2000: 147.)

Potilaan kivunhoidon pohjana tulisi käyttää hoitotyön prosessimenetelmää. Tähän prosessiin kuuluu potilaan kokeman kivun tunnistaminen, kivun hoidon tavoitteiden määrittäminen, auttamismenetelmien valinta ja toteuttaminen sekä jatkuva arviointi. Hoitotyön suunnitelmaan tulisi kirjata kivun lievityksestä seuraavat seikat: kivun ilmeneminen (potilaan oma kuvaus kivusta, kivun paikka, voimakkuus sekä hoitotyöntekijän havainnot ja käytetyt mittarit), kivun hoidon tavoite, kivun lievittämiseen käytettävät keinot ja kivun hoidon arviointi. (Hallila – Graeffe 2005 a): 91-95.)

Kivun kirjaamisen perustana on tieto erilaisista kiputyypeistä sekä kivun ilmenemis-  
muodoista ja niistä yksilöllisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan kivun ilmaise-  
miseen. Näiden pohjalta tehdään potilaan kivusta kipuanalyysi. Sen tarkoituksena on sel-  
vittää potilaan kivun sijainti ja syy. Tässä voidaan käyttää apuna potilaan sairaushistori-  
aa, kliinistä tutkimusta sekä tarvittavia röntgen ja laboratoriotutkimuksia. Kipuanalyysin  
pohjana on potilaan oma kertomus kivustaan. Potilaan kertoessa kivustaan tulisi kiinnit-  
tää huomiota potilaan tapaan ilmaista kipuaan. Potilaan oman kertomuksen lisäksi hoita-  
ja voi kysellä tarkempia kysymyksiä kivusta, kuten milloin kipu on alkanut ja onko se  
esimerkiksi kuumottavaa, pistävää vai jomottavaa, paheneeko kipu liikkeessä tai levossa  
ja onko kipu jatkuvaa. Potilaan oma kertomus kivusta on tärkeää kirjata potilasasiakir-  
joihin. (Sailo 2000: 99-100.)

Tärkeätä kivun kirjaamisessa on kirjata, miten kivunlievitys on vaikuttanut potilaaseen:  
kivun sijainti ja voimakkuus, miten kipua on hoidettu ja miksi, onko kivunlievitys ollut  
riittävää ja kuinka kauan kesti, että kipu helpottui sekä kauanko kipu pysyi poissa. Myös  
ne hoitotoimenpiteet, joilla ei ole ollut toivottua vaikutusta, tulisi kirjata. (Sailo 2000:  
98; Blomqvist 2000: 147; Salanterä ym. 2000: 21.)

Kipumittarin käyttö on tärkeä apuväline kivun kirjaamisessa. Esimerkiksi kivun voi-  
makkuus 8/10 kertoo enemmän potilaan kivusta kuin merkintä ”kipu ++” ja jos potilaan  
kipu on kipumittarin arvioinnin mukaan laskenut esimerkiksi seitsemästä kolmeen, ker-  
too se kivun hoidon vaikutuksesta ja kivun lievittymisestä. (Salanterä ym. 2000: 21.)

## 10 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Haimme opinnäytetyössämme vastausta kahteen tarkennettuun kysymykseen, jotka olivat: 1) Mitä kivun ilmaiseimisesta, määrittelystä, kivun hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista on osasto kahdella kirjattu ja 2) mitä kokemuksia sairaanhoitajilla on VAS-kipumittarin ominaisuuksista sekä käytöstä kivun hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen haimme vastausta dokumentoinnin analyysilomakkeen (LIITE 2) avulla. Laadimme lomakkeen käyttäen apuna Tuija Lehden, Sirkka Laurin ja Satu Heinosen "Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja laatu: seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa" tutkimusta vuodelta 1996. Osasto kahden osastonhoitaja ja ylihoitaja tarkastivat ja hyväksyivät dokumentoinnin analyysilomakkeen.

Toiseen tutkimuskysymykseen haimme vastausta strukturoidun haastattelun avulla. Haastattelulomake (LIITE 3) oli laadittu yhteistyössä osaston kanssa ja osasto kahden ylihoitaja Kirsi Ahonen tarkasti ja hyväksyi lomakkeen. Olimme myös käyttäneet haastattelulomakkeen laadinnassa apuna aikaisempia tutkimuksia kipumittareista, jotta osasimme laatia oikeanlaisia kysymyksiä kipumittarin ominaisuuksista sekä käytöstä. Kysymyslomake koostui monivalintakysymyksistä, jotka käsittelivät mittarin ominaisuuksia, mittarin käyttöä potilaan kannalta, kivun hoitoa ja kivun kirjaamista. Lopussa oli lisäksi kolme avokysymystä, joissa selvitettiin, mitä muuta haastateltavat vielä halusivat sanoa mittarista sekä mikä mittarin käytössä oli helppoa ja mikä vaikeaa.

## 11 TUTKIMUSAINEISTON KERUU

### 11.1 Kivun kirjaamisen arviointi

Tutustuimme 21 potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeisiin satunnaisesti valitun viikon ajalta. Otannasta jätettiin pois ainoastaan saattohoitopotilaat, koska heidän kivun hoitonsa poikkeaa kuntoutuvien potilaiden kivun hoidosta. Potilaiden ikä oli keskimäärin 68 -vuotta. Miehiä oli seitsemän ja naisia neljätoista. Reilulla puolella potilaista osastolle tulon syynä oli murtuman operaation jatkoahoito. Loppuosa potilaista oli

hoidossa osastolla muiden syiden, kuten yleistilan laskun vuoksi. Tutkimme, mitä kivusta on kirjattu potilasasiakirjoihin päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeelle. Kiinnitimme huomiota siihen, ilmeneekö päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa kivun ilmaiseminen, kivun määrittely, kivun hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi kivun kirjaamisen kriteerien mukaisesti.

Analysoimme tutkimamme aineiston määrällisesti eli kvantitatiivisesti. Aineiston kvantitatiivisessa analysoinnissa selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Asioita kuvataan numeerisesti ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin. (Heikkilä 2004: 16.) Osasto kahden toiveena on saada dokumentoitua tietoa siitä, kuinka usein kipua on kirjattu päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeelle. Osasto kaksi voi työmme tuloksien perusteella kehittää kivunhoidon kirjaamista sekä saada tietää, kuinka usein ja mitä kivusta on kirjattu.

## 11.2 Sairaanhoitajien kokemukset VAS-kipumittarin käytöstä

Käytimme aineistonkeruumenetelmänä haastattelua. Haastattelulomakkeessa oli strukturoituja kysymyksiä, jotka analysoimme kvantitatiivisesti sekä kolme avointa kysymystä, joiden vastaukset kirjoitimme auki. Strukturoidussa haastattelussa on valmiita kysymyksiä ja ne esitetään kaikille vastaajille samassa järjestyksessä. Strukturoitu haastattelu on käyttökelpoinen silloin kun haastateltavien ryhmä on yhtenäinen, esimerkiksi sairaanhoitajat. (Metsämuuronen 2003: 185-187, 190-191.)

Halusimme kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia VAS-kipumittarista, koska aikaisemmat tutkimukset kipumittareista keskittyivät enemmän potilaiden kokemuksiin erilaisista kipumittareista. Remes (1999) sekä Konttinen (2002) ovat tutkielmissaan selvittäneet, mikä mittari olisi paras iäkkäiden kivun arvioinnissa potilaan kannalta.

Haastattelimme neljää sairaanhoitajaa heidän kokemuksistaan VAS-kipumittarin käytöstä. Sairaanhoitajan rooli kivun arvioijana on tärkeä, sillä sairaanhoitaja on velvollinen lain ja sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan lievittämään kärsimyksiä ja edistämään ja ylläpitämään terveyttä. Sairaanhoitaja myös tunnistaa potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia ja toimii niiden mukaan. Sairaanhoitajat on koulutettu lääkehoidon

osaajiksi ja he ovat vastuussa lääkehoidon toteutumisesta. (Koste 2005: 617; Salanterä ym. 2000: 20; Sosiaali- ja Terveysministeriö 2005: 48-509.)

Sairaanhoitajat olivat käyttäneet mittaria noin viikon ajan. Heidät oli perehdytetty mittarin käyttöön kysymällä, oliko mittari heille entuudestaan tuttu ja ohjattu tutustumaan osastolla olevaan ohjekansioon VAS -kipumittarista. Osalle hoitajista mittari oli entuudestaan tuttu. Haastattelimme hoitajat yksi haastateltava kerrallaan, niin että haastattelijana oli kerrallaan vain toinen meistä. Kaksi sairaanhoitajista toivoi, että saisivat vastata kysymyksiin samassa tilassa, koska he olivat yhdessä pohtineet mittarin käyttöä. He kuitenkin vastasivat kysymyksiin itsenäisesti ja vastaukset eivät olleet identtisiä.

## 12 TULOKSET

### 12.1 Kivun kirjaaminen

Taulukossa on esitetty potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeista (N=21) kootut tiedot kivun kirjaamisesta. Kivun kirjaaminen jaettiin kivun ilmaisemiseen, kivun määrittelyyn, kivun hoidon suunnitelmaan, kivun hoidon toteutukseen sekä kivun hoidon arviointiin. Kokosimme tiedot kivun kirjaamisesta lomakkeelle, jossa oli taulukossa esitetyt väittämät ja niiden perässä vastausvaihtoehdot kyllä, ei ja epäselvä. Epäselvä- kohtaan laitettiin rasti, jos kirjaamismerkintä ei ollut yksiselitteinen.

TAULUKKO 1. Kivun ilmaiseminen (N=21)

	KYLLÄ	EI	EPÄSELVÄ
Kipu kirjattu potilaan ilmaisemana	5	15	1
Hoitajan päätelmä kivusta ilmennyt kirjaamisessa	1	20	0
Kipu kirjattu hoitajan arvioimana	4	17	0

Kivun ilmaiseminen näkyi kirjaamisessa noin puolessa käsittelemistämme potilasasiakirjoista. Eniten kivun ilmaisemista oli kirjattu potilaan ilmaisemana, lähes neljäsosassa tapauksista. Toiseksi eniten kivun ilmaisemista oli kirjattu hoitajan arvioimana ja yhden kerran niin, että hoitajan oma päätelmä potilaan kivusta näkyi.

TAULUKKO 2. Kivun määrittely (N=21)

	KYLLÄ	EI	EPÄSELVÄ
Kivun sijainti määriteltä	8	13	0
Kivun laatu määriteltä	0	21	0
Kivun voimakkuus arvioitu	3	18	0

Kivun määrittely- kohdassa eniten oli kirjattu kivun sijaintia. Tämän osuus oli suurin kaikista kirjaamismerkinnöistä, yli kolmasosa kaikista tapauksista. Sen sijaan kivun laatua ei ollut kirjattu lainkaan. Kivun voimakkuutta oli arvioitu alle viidesosassa tapauksista.

TAULUKKO 3. Suunnitelma kivun lievittämisestä (N=21)

	KYLLÄ	EI	EPÄSELVÄ
Kivun lievittämisen suunnitelma ilmentynyt kirjaamisessa	0	21	0
Kivun ennakointi näkynyt kirjaamisessa	1	20	0
Lääkärinä konsultoitu kipulääkityksestä	3	14	4

Kivun hoidon suunnittelua ei näkynyt kirjaamisessa. Kivun ennakointi esimerkiksi hoitotoimenpiteiden yhteydessä näkyi kirjaamisessa kerran. Lääkärin konsultoiminen kipulääkityksestä oli kohta, joka aiheutti eniten epäselvyyttä. Potilasasiakirjoissa oli lääkärin tekemiä merkintöjä lääkityksen muutoksista tai kipulääkkeen aloittamisesta, mutta kirjaamisesta ei näkynyt, että lääkäriä olisi konsultoitu, eikä syytä lääkityksen aloittamiselle tai muuttamiselle.

TAULUKKO 4. Kivun hoidon toteutus (N=21)

	KYLLÄ	EI	EPÄSELVÄ
Kipua hoidettu kipulääkkeellä	6	15	0
Kipua hoidettu jollakin muulla tavalla kuin lääkityksellä	1	20	0

Kivun hoidon toteutus näkyi kohtalaisen hyvin kirjaamisessa, kolmasosassa tapauksista. Kipulääkkeen antaminen oli kirjattu, mutta ei aina syytä sen antamiseen. Kipua oli yhdessä tapauksessa hoidettu jollakin muulla tavalla kuin lääkityksellä.

TAULUKKO 5. Kivun hoidon arviointi (N=21)

	KYLLÄ	EI	EPÄSELVÄ
Muutoksia kivun laadusta arvioitu	0	21	0
Muutoksia kivun voimakkuudesta arvioitu	2	19	0
Kivuttomuutta arvioitu	0	21	0
Annetun kipulääkkeen vaikuttavuutta arvioitu	0	21	0
Kipua arvioitu potilaan lähtiessä liikkeelle	0	21	0
Kipua arvioitu potilaan liikkeellä ollessa	3	18	0
Kipua arvioitu potilaan käydessä istumaan	0	21	0
Potilas itse osallistunut kivun arviointiin	1	20	0

Kivun hoidon arvioinnissa kirjaaminen oli niukinta. Kivun laadun muutoksia ei ollut arvioitu yhdessäkään tapauksessa ja kivun voimakkuuden muutoksia kahdessa tapauksessa. Kivuttomuutta ja annetun kipulääkkeen vaikuttavuutta ei myöskään ollut arvioitu yhdessäkään tapauksessa. Kipua ei arvioitu potilaan lähtiessä liikkeelle, eikä hänen käy-



dessään istumaan. Potilaan liikkeellä ollessa oli kipua arvioitu alle viidesosassa tapauksista. Potilas oli itse osallistunut kivun arviointiin yhdessä tapauksista.

TAULUKKO 6. Kyllä -vastausten osuus prosenttilukuina (N=21)

KIVUN ILMAISEMINEN	KYLLÄ %
Kipu kirjattu potilaan ilmaisemana	23,8
Hoitajan päätelmä kivusta	4,7
Kipu kirjattu hoitajan arvioimana	19,0

KIVUN MÄÄRITTELY	
Kivun sijainti määritelty	38,0
Kivun laatu määritelty	0
Kivun voimakkuus arvioitu	14,2

SUUNNITELMA KIVUN LIEVITTÄMISESTÄ	
Kivun lievittämisen suunnitelma	0
Kivun ennakointi	4,7
Lääkärää konsultoitu kipulääkityksestä	14,2

KIVUN HOIDON TOTEUTUS	
Kipua hoidettu kipulääkkeellä	28,5
Kipua hoidettu jollakin muulla tavalla kuin lääkityksellä	4,7

KIVUN HOIDON ARVIOINTI	
Muutoksia kivun laadusta arvioitu	0
Muutoksia kivun voimakkuudesta arvioitu	9,5
Kivuttomuutta arvioitu	0
Annetun kipulääkkeen vaikuttavuutta arvioitu	0
Kipua arvioitu potilaan lähtiessä liikkeelle	0
Kipua arvioitu potilaan liikkeellä ollessa	14,2
Kipua arvioitu potilaan käydessä istumaan	0

Potilas itse osallistunut kivun arviointiin	4,7
---	-----

Taulukossa on esitetty prosenttiluvut, jotka ovat kyllä-vastausten osuus kaikista tapauksista eli kuinka monesta potilasasiakirjasta löytyi kirjaamismerkintä kustakin väittämästä.

## 12.2 Haastateltujen sairaanhoitajien kokemukset VAS-kipumittarin käytöstä

### 12.2.1 VAS-kipumittarin ominaisuudet

Haastatelluista sairaanhoitajista suurin osa oli sitä mieltä, että VAS-kipumittaria oli melko helppo käyttää. Suurin osa myös piti mittaria melko helppolukuisena. Haastatelluista kolme oli sitä mieltä, että mittaria oli erittäin helppo pitää mukana. Mittarin kokoa pidettiin sopivana. Kahden sairaanhoitajan kokemus oli, että mittari ei tukenut kovin paljon muita kivunarviointimenetelmiä. Toiset kaksi sairaanhoitajaa kokivat, että mittarin käyttö tuki muita kivunarviointimenetelmiä melko paljon.

### 12.2.2 Mittarin käyttö potilaan kannalta

Kaikki haastatellut pitivät mittarin käytön selittämistä potilaalle melko helppona. Sen sijaan yhteistyö potilaan kanssa mittaria käytettäessä oli suurimman osan mielestä melko vaikeaa. Puolet sairaanhoitajista koki, että potilaan kognitiivinen taso vaikutti melko vähän mittarin ymmärrettävyyteen ja puolet koki, että kognitiivinen taso vaikutti melko paljon mittarin ymmärrettävyyteen. Suurin osa sairaanhoitajista ajatteli, että huonäköisten potilaiden olisi melko vaikea käyttää mittaria. Haastatelluista kaksi kokivat, että potilaat käyttivät mittaria melko mielellään, yhden kokemus oli, että potilaat käyttivät mittaria erittäin mielellään ja yhden kokemus oli, että potilaat eivät kovin mielellään käyttäneet mittaria.

### 12.2.3 Kivunhoito

Sairaanhoitajat kertoivat toimineensa melko harvoin kipumittarin ilmoittaman kipulukeman mukaan. Kahden sairaanhoitajan mukaan kipumittarin lukema johti kivun lievittämiseen riippumatta mittarin antamasta lukemasta kun taas kaksi sairaanhoitajaa ker-

toivat kipumittarin lukeman johtavan kivun lievittämiseen riippuen mittarin antamasta lukemasta. Suurin osa haastatelluista koki, että kipumittarin käyttö tuki melko vähän lääkityksen tarpeen arviointia ja yhden kokemus oli, että kipumittarin käyttö tuki melko paljon sitä. Puolet haastatelluista käytti melko säännöllisesti kipumittaria kivun arvioinnissa ja puolet eivät kovin säännöllisesti.

#### 12.2.4 Kivun kirjaaminen

Sairaanhoitajista kaikki olivat sitä mieltä, että kipumittarin käyttö vaikutti melko paljon kivun kirjaamiseen. Haastatelluista kaksi kertoi kirjaavansa kipumittari ilmoittaman kipulukeman potilaspapereihin aina, yksi melko usein ja yksi melko harvoin. Suurin osa sairaanhoitajista koki, ettei mittarin käyttö helpottanut kivun kirjaamista kovin paljon, mutta yhden mielestä helpotti melko paljon. Kaikki haastatellut pitivät potilaspapereihin kirjattujen kipulukemien ymmärtämistä melko selkeänä. Sairaanhoitajien kokemus oli, että mittarin käyttö ei edistänyt tiedonkulkua työvuorojen vaihtuessa.

#### 12.2.5 Avokysymykset

Strukturoimattomissa kysymyksissä sairaanhoitajat kertoivat VAS-kipumittarin ongelmista ja hyvistä puolista iäkkäiden kivunhoidossa. He pitivät ongelmallisena esimerkiksi mittarin ymmärrettävyyttä potilaan kannalta. Potilaat eivät välttämättä ymmärtäneet kipumittarissa olevaa kiilaa, eivätkä he välttämättä hahmottaneet tai muistaneet aikaisemmin arvioimaansa kipulukemaa. Myös kipumittarin osoittimen liikuteltavuus koettiin potilaan kannalta hankalana. Osoitin oli herkkä liikkeelle ja se saattoi heilahtaa vahingossa paljon enemmän kuin oli tarkoitettu (Iän tuoma käsien vapina). Sairaanhoitajia myös mietitytti mihin potilaat vertaavat omaa kokemaansa kipua.

VAS-kipumittarin hyvinä ominaisuuksina sairaanhoitajat pitivät sitä, että sen käyttö oli selkeää ja yksinkertaista hoitajan kannalta. He kokivat myös, että mittarin käyttöä oli helppo ohjata potilaalle. VAS-kipumittaria pidettiin melko sopivan kokoisena hoitajan kantaa taskussa, mutta potilaan kannalta, kun potilas käyttää kipumittaria, se olisi voinut olla isomman kokoinen.

Sairaanhoitajat kokivat, että VAS-kipumittarin antamat lukemat eivät aina olleet luotettavia, koska potilaat eivät välttämättä ymmärtäneet mittarissa olevaa kipuasteikkoa. Potilaat eivät aina osanneet arvioida kipua mittarin avulla eivätkä muistaneet arvioimaansa kipulukemaa. Dementoituneiden potilaiden kivun arvioinnissa sairaanhoitajia mietitytti kipulukeman luotettavuus. VAS-kipumittaria pidettiin huonona kivun mittauksen apuvälineenä osaston hoitotyössä. Ulkoisilta ominaisuuksiltaan mittari olisi voinut olla toisenlainen. Mittarin kaksipuolisuus herätti epäselvyyttä: kumpaa puolta tulisi näyttää potilaalle. Kivun laadun arvioiminen mittarin avulla koettiin vaikeaksi. Sairaanhoitajat myös pohtivat, mihin potilaat vertaavat kokemaansa kipua ja mikä on heidän pahinta mahdollista kipua. Kipulääkityksen tarpeen arvioiminen mittarin avulla tuntui sairaanhoitajista vaikealta. Mittarin käyttö kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa koettiin osaston hoitotyötä helpottavana: kipua ja sen laatua muistettiin kysyä potilaalta useammin.

## 13 POHDINTA

### 13.1 Tulosten eettisyys

Saimme osastolla tekemiämme potilasasiakirjojen analysointia ja sairaanhoitajien haastatteluja varten tutkimusluvan Helsingin kaupungin terveyskeskuksen eettiseltä toimikunnalta. Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä puolsi tutkimusluvan myöntämistä ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimitusjohtaja Matti Toivola myönsi sen.

Analysoimme 21 potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeita Laakson sairaalan osasto kahdella meille varatussa huoneessa. Potilasasiakirjat olivat tulosteita Pegasos-potilastietojärjestelmästä ja käsittelimme niitä luottamuksellisesti vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Potilaiden tunnistetiedot oli poistettu niistä. Asiakirjoissa oli ainoastaan hoitajien tekemät kirjaamismerkinnät viikon ajalta. Dokumenttien analysoinnin jälkeen tulosteet hävitettiin. Analysoinnin tuloksista ei pysty tunnistamaan yksittäisen potilaan tietoja. Haimme päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeista merkintöjä kivun ilmaisemisesta, määrittelystä, kivun hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Analysointimme ei suoranaisesti kohdistunut potilaaseen vaan hoitajien tekemään kivun kirjaamiseen eikä siten voinut loukata potilaan yksityisyyttä. Potilaat eivät kuitenkaan olleet tietoisia siitä, että analysoimme heidän vointiaan koskevia kirjaamismerkintöjä.

Otanta oli kuitenkin satunnainen ja satunnaiselta ajalta valittu eikä se kattanut osaston kaikkia potilaita. Voimassa olevan potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain mukaan potilaalla on oikeus siihen, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 2.luku, 3.§). Tavoitteenamme on kuitenkin kehittää kuntoutuvan potilaan hoitotyötä ja emme olleet kiinnostuneita yksittäisen potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

Haastatellut sairaanhoitajat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseemme ja osastonhoitaja oli informoinut heitä tutkimuksemme tarkoituksesta. Haastattelut tehtiin erillisessä tilassa luottamuksellisesti. Haastattelun tuloksista ei pysty tunnistamaan yksittäisen hoitajan vastauksia.

### 13.2 Tulosten validiteetti

Analysoimme 21 potilaan päivittäisen hoitotyön seurannan lomakkeet ja haastattelimme neljää sairaanhoitajaa. Otokset olivat melko pienet, mutta työmme tarkoituksena ei ollut saada yleistyksien tekemiseen soveltuvaa tietoa, vaan kartoittaa osasto kahden kivun kirjaamista sekä kokemuksia VAS-kipumittarin käytöstä osaston hoitotyössä. Tulosten luotettavuutta lisää tekemämme laaja taustatyö kivusta, kivun hoidosta, arvioinnista ja kirjaamisesta sekä erilaisista kipumittareista. Olimme tutustuneet erilaisiin Suomessa ja ulkomailla tehtyihin tutkimuksiin kipumittareista ja niiden pohjalta selvittäneet minkälainen kipumittari soveltuisi parhaiten iäkkään kuntoutuvan potilaan kivun arviointiin. (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 21-43.)

Dokumentoinnin analyysilomakkeen olimme laatineet Tuija Lehden, Sirkka Laurin ja Satu Heinosen tekemän hoitotyön kirjaamista käsittelevän tutkimuksen pohjalta. Kävimme perusteellisesti läpi jokaisen hoitotyön seurannan lomakkeen, emmekä tehneet omia tulkintoja epäselvistä kirjaamismerkinnöistä. Epäselvistä kirjaamismerkinnöistä keskustelimme yhdessä ja päädyimme yksimielisyyteen niiden sijoittamisesta vastauslomakkeeseen. Validiteettia lisää myös se, että emme käsitelleet saattohoitopotilaiden kivun kirjaamista, koska heidän kivun hoitonsa poikkeaa osaston muiden potilaiden kivun hoidosta. Käytimme tulosten analysointiin tukkimiehen kirjanpitoa sekä laskimme kyllä-vastausten prosenttiosuudet laskimella.

Sairaanhoitajien haastattelulomakkeet oli laadittu yhteistyössä osastonhoitajan ja ylihoitajan kanssa. Haastattelulomake pohjautui opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Käytimme myös haastattelulomakkeen laadinnassa apuna Sanna Remeksen ja Annika Konttisen tutkimuksia iäkkään kivun mittaamisesta. Valitsimme haastattelumetodiksi strukturoidun haastattelun, joka mielestämme osoittautui parhaaksi menetelmäksi, koska haastateltavien ryhmä oli yhtenäinen. Haimme myös tarkkoja vastauksia ennalta sovituihin kysymyksiin. Haastattelutilanteessa emme johdatelleet sairaanhoitajia vastaamaan kysymyksiin tietyllä tavalla. Haastatelluista hoitajista kaksi halusi vastata kysymyksiin samassa tilassa, koska olivat yhdessä pohtineet kipumittarin käyttöä osaston hoitotyössä. Vastaukset eivät olleet kuitenkaan identtisiä. Tutkimuksen luotettavuuteen voi jonkin verran vaikuttaa se, että sairaanhoitajat käyttivät VAS-kipumittaria päivittäisessä hoitotyössä viikon ajan suunnitellun kahden viikon sijasta. Sairaanhoitajien perehdytys VAS-kipumittarin käyttöön oli myös vaihtelevaa. Osalle sairaanhoitajista kipumittari oli kuitenkin entuudestaan tuttu.

### 13.3 Tulosten tarkastelua ja kehittämishaasteet osaston hoitotyöhön

Kivun kirjaamisen analysoinnin tuloksista päätellen osasto kahden tulisi kokonaisuudessaan kiinnittää enemmän huomiota kivun kirjaamiseen. Tuloksista voidaan päätellä, että potilaan kipua arvioidaan satunnaisesti. Erityisesti kivun hoidon arvioinnin kirjaamista tulisi tehostaa. Kipulääkkeen antaminen ei yksinään riitä, vaan sen vaikuttavuutta tulisi myös arvioida; onko kipulääke auttanut vai ei. Myös potilaan kivuttomuus tulisi kirjata. Olisi myös tärkeätä kirjata onko kipu helpottunut vai pahentunut tai onko kivun laatu muuttunut, esimerkiksi pistävästä jomottavaksi. Potilas itse on tässä tärkein tietolähde ja hänet tulisi aktiivisemmin ottaa mukaan kivun arviointiin. Kirjaamisesta tulisi myös näkyä, jos lääkäriä on konsultoitu kipulääkityksestä sekä miksi näin on tehty. Kivun arviointi on tärkeätä hoidon jatkuvuuden kannalta ja se edistää tiedon kulkua työvuorojen vaihtuessa.

Kirjaamisen arvioinnin tuloksista ilmeni, että kipua ei ollut arvioitu lainkaan potilaan lähtiessä liikkeelle ja vain muutaman kerran potilaan liikkeellä ollessa. Osasto kahdella hoidetaan jatkohoitoa ja kuntoutumista tarvitsevia potilaita. Pohjolan (2003) tekemän tutkielman mukaan kipu voi olla merkittävä potilaan kuntoutumismotivaatiota heikentävä tekijä. Kuntoutuksessa painottuu ohjattu fyysisen toimintakyvyn harjoittelu, mutta myös potilaan motivaatio kuntoutua. Potilaan kokema kipu vaikuttaa negatiivisesti poti-

laan fyysiseen suoritukseen sekä hänen omaan haluunsa kuntoutua. Osasto kahdella tulisi siis arvioida useammin potilaan kipua myös hänen liikkueessaan, jotta saavutettaisiin potilaan kuntoutumisen tavoitteet. (Pohjola 2003: 56; Routasalo - Lauri 2001: 207-213.)

Sairaanhoitajien haastattelusta kävi ilmi, että VAS-kipumittari oli hoitajan kannalta helppo käyttää ja ohjata sen käyttöä potilaalle, mutta potilaan kannalta kipumittari vaikutti hankalalta ymmärtää ja käyttää. Potilaiden oli vaikea hahmottaa kipumittarissa olevaa kipukiilaa sekä muistaa mihin he olivat edellisellä kivunarviointi kerralla asettaneet osoittimen. Osoittimen liikuteltavuus oli myös hankalaa iäkkäillä potilailla. Birdin (2003) tekemän tutkimuksen mukaan VAS-kipumittari ei ollut herkkä mittaamaan pieniä kivun vaihteluita ja sen käyttö oli hankalaa näköongelmaisilla potilailla. (Bird 2003: 33 - 39.)

Osasto kahden sairaanhoitajat eivät aina muistaneet käyttää mittaria päivittäisessä hoitotyössä. Kipumittaria tulisi kuitenkin käyttää säännöllisesti, jotta saadaan vertailukelpoisia kipulukemia potilaan kokemasta kivusta. Tällöin kivun hoidon arviointi helpottuu ja tehostuu. Esimerkiksi lääkkeen vaikuttavuutta voidaan arvioida vertaamalla kipulukemia. Kipumittarin käyttö kivun arviointivälineenä on myös tärkeätä, jotta potilaan kivun arviointi ei perustuisi pelkästään hoitajan omaan tulkintaan. Kivun hoitoa myös toteutetaan hoitotyön prosessimenetelmän mukaisesti. Prosessiin kuuluu kivun tunnistaminen, kivun hoidon tavoitteiden määrittäminen, auttamismenetelmien valinta, kivun hoidon toteuttaminen sekä jatkuva arviointi. Kivun hoitoon myös liittyy systemaattisuus. Kipumittarin tulisi olla osa päivittäistä hoitotyötä, eikä irrallinen työväline. (Tarkkila 2005: 31; Hallila - Graeffe 2005 a): 91-95.)

Sairaanhoitajien haastattelutulosten perusteella voidaan päätellä, että VAS-kipumittari ei ole paras mahdollinen kivunarviointiväline osasto kahden potilaille. Kuitenkaan kuntoutuvan potilaan kivun hoidon kannalta oleellisinta ei ole sopivimman kipumittarin valinta, vaan yhden kipumittarin systemaattinen käyttö. Kipumittarin käyttö potilaan kivun arvioinnin apuna on myös välttämätöntä, sillä tutkimusten perusteella hoitajien ja lääkäreiden ilman kipumittaria tekemä arvio potilaan kivusta on usein virheellinen. Olisi suotavaa, että osastolla käytettäisiin samaa kipumittaria, jotta kivun mittaustulokset olisivat vertailukelpoisia keskenään. Kipumittarin säännöllinen ja oikeanlainen käyttö myös tehostaisi hoitotyön kirjaamista. Haastatelluista sairaanhoitajista kaikki olivat sitä

mieltä, että kipumittarin käyttö vaikutti kivun kirjaamiseen melko paljon. (Tarkkila 2005: 30.)

Ehdotamme saamiemme tulosten perusteella, että osasto kahden hoitajia koulutettaisiin kivun hoidosta ja merkityksestä kuntoutuvan potilaan hoitotyössä, jotta hoitajat hahmottaisivat kivun hoidon kokonaisuuden. Tällöin kipumittari osana potilaan kivun hoitoa jäsenyisi paremmin osaston hoitotyöhön. Osasto kaksi voi hyödyntää opinnäytetyötämme osaston koulutustilaisuuksissa. (Bird 2003: 33-39.)

Ehdotamme myös, että osasto kaksi luo yhtenevän linjan kivun kirjaamiselle sekä VAS-kipumittarin käytölle. Tulevaisuudessa VAS-kipumittarin käyttö koskisi kaikkia osasto kahden hoitajia. Kivun kirjaamista voisi tulevaisuudessa tutkia uudelleen ja kiinnittää huomiota kipumittarin käytön vaikutukseen kirjaamisessa. Yhdenmukaisella kipumittarilla ja sen systemaattisella käytöllä on positiivinen vaikutus potilaan kivun hoitoon ja kuntoutumiseen. (Kotovainio - Mäenpää 2005: 468; Konttinen 2002: 47).



## LÄHTEET

- Aaltonen, Tuula - Grönlund, Rainer - Hinkka, Katariina - Karppi, Sirkka-Liisa - Ollonqvist, Kirsi - Puukka, Pauli - Saarikallio, Miia - Salmelainen, Ulla - Vaara, Maritta 2004: Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Bird, Joanne 2003: Selection of pain measurement tools. *Nursing standard* 18 (13). 33-39.
- Blomqvist, Cenita 2000: Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): *Kivunhoito*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 147.
- Chibnall, T John – Tait C. Raymond 2000: Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. St Louis University School of Medicine. Department of Psychiatry.
- Elektiivisen leikkauspotilaan kivunhoidon kehittäminen. 2003. Koonnut Helena Leskinen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2004. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Estlander, Ann-Mari 2003: *Kivun psykologia*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Halimaa, Sirkka-Liisa 2004: Keskoslapsen hoito- ja tutkimustoimenpiteisiin liittyvä kipu. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, Katri - Pietilä, Anna-Maija (toim.): *Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta*. Kuopio: Kuopion yliopisto. 36.
- Hallila, Liisa - Graeffe, Reija 2005: Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 91-95.
- Hallila, Liisa - Graeffe, Reija 2005: Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 16-22.
- Heikkilä, Jussi - Kannus, Pekka - Parkkari, Jari - Vuori, Ilkka 1996: Vanhusten lonkkamurtumat ja niiden ennaltaehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 51 (35). 3747-3751.
- Heikkilä, Tarja 2004: *Tilastollinen tutkimus*. 5. painos. Helsinki: Edita Parma Oy.
- Hovi, Sirpa-Liisa - Salanterä, Sanna 2000: Sairaanhoitaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. *Sairaanhoitaja* 73 (1). 10-12.
- Härkäpää, Kristiina – Järvikoski, Aila 2001: Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallanranta, Tapani – Rissanen, Paavo: *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 33-34.

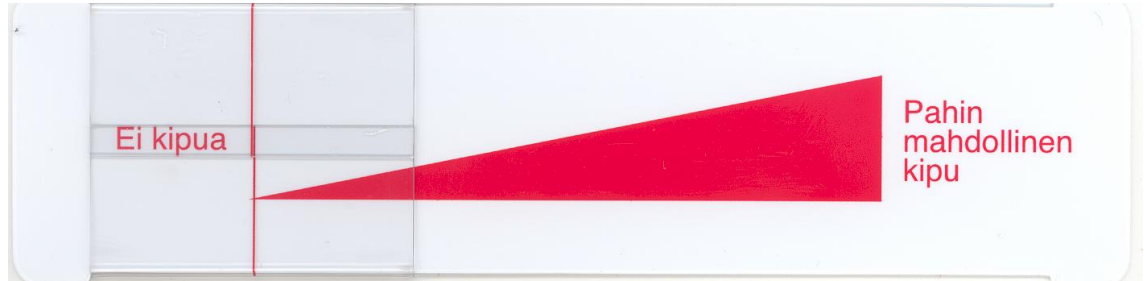
- International Association for the study of pain. Verkkodokumentti. <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>>. Luettu 10.11.2005.
- Järvinen, Antti - Rasku, Tuija 2000: Ensihoitopotilas ja kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Kustannus-osakeyhtiö Tammi. 111.
- Kalso, Eija - Vainio, Anneli 2002: Kivun hoitomuodot. Teoksessa Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 127, 130.
- Kauppila, Marjo 2005: Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kivunhoitotyön prosessi. Pro-gradu tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kolstela, Katri 2001: Ikääntyvien (65-vuotiaiden) lahtelaisten odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Konttinen Annika 2002: Vanhuspotilaan kivun arviointi - mittareiden käytön testaus. Pro-gradu tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Koste, Lasse 2005: Sairaanhoidajan oikeudellinen asema. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Maanselkä, Seija – Alila, Anja – Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoidajan käsikirja. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 617.
- Kotovainio, Taina – Mäenpää, Liisa 2005: Kivun arviointi. Teoksessa Mustajoki, Marianne – Maanselkä, Seija – Alila, Anja – Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoidajan käsikirja. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 468.
- Kukkanen, Leea 2006. Osastonhoitaja. Helsingin kaupungin terveyskeskus, Laakson sairaala osasto kaksi. Haastattelu 8.2.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen Liisa 1999: Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11 (1). 3-11.
- Latvala, Eila - Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimisen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY. 21-43.
- Lehti, Tuija - Lauri, Sirkka - Heinonen, Satu 1996: Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja laatu: Seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Liponkoski, Riitta - Routasalo, Pirkko 2001: Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaanhoitajakson aikana. Hoitotiede 13 (5). 259-265.
- Lundgren, Jarna 1998: Kuntouttava työote – perusteita ja lähtökohtia. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa – Voutilainen, Päivi (toim.): Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 14.

- Malmberg, Lena 2000: Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 188.
- Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena 2006: Kuntoutumista ja selviytymistä edistävä hoitotyö Helsingin terveystieteiden keskuksen Akuuttisairaалassa. Projektisuunnitelma. Helsinki. 28.3.
- Mattila, Matti A.K. 2004: Kivun sanasto. Klaukkala: Recallmed.
- Metsämuuronen, Jari 2003: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2.uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metteri Anna – Talo, Seija – Wikström, Juhani 2001: Kuntoutuminen monitieteisenä ja - tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta, Tapani – Rissanen, Paavo: Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 55-56.
- Nemeth, Kathleen A. – Graham, Ian D. – Harrison, Margaret B. 2003 : The measurement of Leg Ulcer Pain: Identification and Appraisal of Pain Assessment Tools.
- Nyky-suomen sanakirja. Osa 1. Matti Sadeniemi (toim.) 1996. Juva: WSOY.
- Närhi, Matti 2005: Akuutti (fysiologinen) ja krooninen (patologinen) kipu sekä kivun jaottelu. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat>>. Luettu 7.2.2006.
- Palviainen, Jaana - Kankkunen, Päivi - Suominen, Tarja 2005: Pitkääikaishoidossa olevien vanhusten kivun hoitotyön kirjaaminen. Kipuviesti 2. 32-33.
- Pohjola, Leena 2003: Motivaatio ylläpitää toimintakykyä: ikääntyneen laitoksessa asuvan henkilön näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Potilastietojärjestelmä Pegasos. 2005. WM-data Novo Oyj. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.5.2006. <[www.wmdata.fi/wnwebb/services/files/pegasos\\_yleisesite2005.pdf](http://www.wmdata.fi/wnwebb/services/files/pegasos_yleisesite2005.pdf)>. Luettu 17.10.2006.
- Remes, Sanna 1999: Vanhusten kokeman kivun mittaaminen. Pro-gradu tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Routasalo, Pirkko - Lauri, Sirkka 2001: Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 15 (3). 207-214.
- Sailo, Eriikka 2000: Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito.. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 97-110.
- Sailo, Eriikka 2000: Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 30-38.

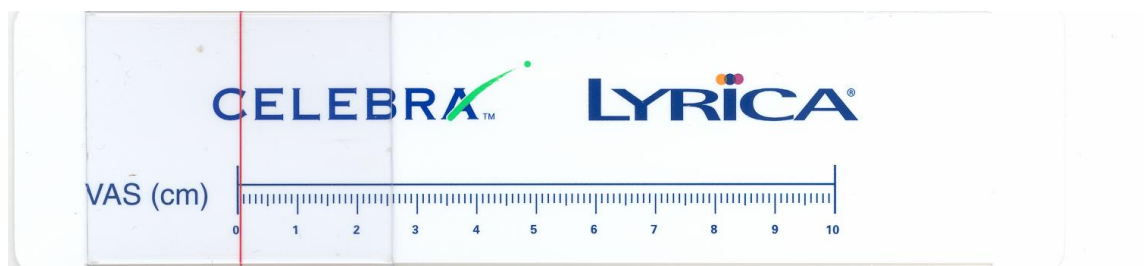
- Salanterä, Sanna - Hovi, Sirpa-Liisa - Routasalo, Pirkko 2000: Kivun arviointi. Sairaanhoidaja 73 (1). 20-22.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito-opas. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/resource.phx>>. Luettu 13.2.2006.
- Tarkkila, Pekka 2005: Vanhusten kivun mittaaminen. Kipuviesti 2. 30-31.
- Vaajakari, Anne - Vehviläinen-Julkunen, Katri - Pietilä, Anna-Maija 2004: Aikuisten nivelreumakipu - kärsimyksen vai hyvinvoinnin tunteita? Hoitotiede 16 (2). 81 -90.
- Vainio, Anneli 2004: Kivun hallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, Anneli 2002: Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 94-100.
- Varti, Anne-Marie 2000: Kipu kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa Sailo, Eriikka - Varti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 39-49.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri - Pietilä, Anna-Maija - Kankkunen Päivi 1999: Kansainvälisten kipumittareiden käyttö lasten kivun arvioinnissa hoitotyössä. Hoitotiede 11 (2). 263-271.
- Äikäs, Niina 2005: Dementoituneiden vanhusten kivun tunnistaminen ja arviointi: haaste hoitotyöntekijälle. Pro-gradu tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.



## VAS-KIPUMITTARI (VISUAL ANALOGUE SCALE)



KUVIO 1. Potilaalle näytettävä puoli



KUVIO 2. Hoitajan käyttämä puoli

OSASTO 2  
PÄIVITTÄINEN HOITOTYÖN SEURANTA -LOMAKKEEN KIVUN  
KIRJAAMISEN ARVIOINTI

KYLLÄ

EI

EPÄSELVÄ

1. Kivun ilmaiseminen

a) Kirjataanko kipu potilaan ilmaisemana?			
b) Ilmeneekö kirjaamisesta hoitajan päätelmä kivusta?			
c) Onko kipua kirjattu hoitajan arvioimana?			

2. Kivun määrittely

a) Onko kivun sijainti määritelty?			
b) Onko kivun laatu määritelty? (Pistävää, viiltävää, jomottavaa)			
c) Onko kivun voimakkuutta arvioitu?			

3. Suunnitelma kivun lievittämisestä

a) Ilmeneekö kivun lievittämisen suunnitelma kirjaamisessa?			
b) Näkykö kirjaamisessa potilaan kivun ennakointi? (Liikkuminen, hoitotoimenpiteet)			
c) Onko lääkäriä konsultoitu kipulääkityksestä?			

KYLLÄ

EI

EPÄSELVÄ

4. Toteutus

a) Onko kipua hoidettu kipulääkkeellä?			
b) Onko kipua hoidettu jollakin muulla tavalla kuin lääkityksellä?			

5. Arviointi

a) Onko muutoksia kivun laadusta arvioitu?			
b) Onko muutoksia kivun voimakkuudesta arvioitu?			
c) Onko kivuttomuutta arvioitu?			
d) Onko kipulääkkeen vaikuttavuutta arvioitu, jos on annettu tarvittava kipulääke?			
e) Onko kipua arvioitu, kun potilas on lähtenyt liikkeelle?			
f) Onko kipua arvioitu potilaan liikkeellä ollessa?			
g) Onko kipua arvioitu potilaan käydessä istumaan?			
h) Onko potilas itse osallistunut kivun arviointiin?			



HAASTATTELULOMAKE

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSET VAS-KIPUMITTARIN KÄYTÖSTÄ

1. VAS- mittarin ominaisuudet

- a) Oliko VAS- mittaria helppo käyttää?
- 1 Erittäin helppo
  - 2 Melko helppo
  - 3 Melko vaikea
  - 4 Erittäin vaikea
- b) Oliko mittari helppolukuinen?
- 1 Erittäin helppolukuinen
  - 2 Melko helppolukuinen
  - 3 Melko vaikealukuinen
  - 4 Erittäin vaikealukuinen
- c) Oliko mittaria helppo pitää mukana?
- 1 Erittäin helppo
  - 2 Melko helppo
  - 3 Melko vaikea
  - 4 Erittäin vaikea
- d) Millaisena pidit mittarin kokoa?
- 1 Sopivana
  - 2 Melko sopivana
  - 3 Melko pienenä
  - 4 Aivan liian pienenä
- e) Tukiko mittarin käyttö muita kivunarviointimenetelmiä? (esim. RR, hengitys)
- 1 Tuki erittäin paljon
  - 2 Tuki melko paljon
  - 3 Ei tukenut kovin paljon
  - 4 Ei tukenut lainkaan

2. Mittarin käyttö potilaan kannalta

a) Minkälaista oli mielestäsi selittää mittarin käyttöä potilaalle?

- 1 Erittäin helppoa
- 2 Melko helppoa
- 3 Melko vaikeaa
- 4 Erittäin vaikeaa

b) Minkälaista yhteistyö potilaan kanssa oli mittaria käytettäessä?

- 1 Erittäin helppoa
- 2 Melko helppoa
- 3 Melko vaikeaa
- 4 Erittäin vaikeaa

c) Miten potilaan kognitiivinen taso vaikutti mittarin ymmärrettävyyteen?

- 1 Vaikutti erittäin paljon
- 2 Vaikutti melko paljon
- 3 Vaikutti melko vähän
- 4 Ei vaikuttanut lainkaan

d) Oliko huononäköisten potilaiden vaikea käyttää mittaria?

- 1 Erittäin vaikea
- 2 Melko vaikea
- 3 Ei kovin vaikea
- 4 Ei lainkaan vaikea

e) Käyttivätkö potilaat mielellään mittaria?

- 1 Erittäin mielellään
- 2 Melko mielellään
- 3 Ei kovin mielellään
- 4 Ei lainkaan mielellään

### 3. Kivun hoito

a) Toimitko mittarin ilmoittaman kipulukeman mukaan?

- 1 Toimin aina
- 2 Toimin melko usein
- 3 Toimin melko harvoin
- 4 En toiminut koskaan

b) Johtiko kipumittarin lukema kivun lievittämiseen? 1 Johti riippumatta lukemasta

- 2 Johti riippuen lukemasta
- 3 Johti harvoin
- 4 Ei johtanut koskaan

c) Miten mittarin käyttö tuki lääkityksen tarpeen arviointia?

- 1 Tuki erittäin paljon
- 2 Tuki melko paljon
- 3 Tuki melko vähän
- 4 Ei tukenut lainkaan

d) Miten säännöllisesti käytit mittaria kivun arviointiin?

- 1 Säännöllisesti
- 2 Melko säännöllisesti
- 3 En kovin säännöllisesti
- 4 En lainkaan säännöllisesti

### 4. Kivun kirjaaminen

a) Miten mittarin käyttö vaikutti kivun kirjaamiseen? 1 Vaikutti erittäin paljon

- 2 Vaikutti melko paljon
- 3 Ei vaikuttanut kovin paljon
- 4 Ei vaikuttanut lainkaan

b) Kirjaatko mittarin ilmoittaman kipulukeman potilaspapereihin?

- 1 Kirjaan aina
- 2 Kirjaan melko usein
- 3 Kirjaan melko harvoin
- 4 En kirjaa koskaan

c) Miten mittarin käyttö helpotti kivun kirjaamista?

- 1 Helpotti erittäin paljon
- 2 Helpotti melko paljon
- 3 Ei helpottanut kovin paljon
- 4 Ei helpottanut lainkaan

d) Miten selkeää potilaspapereihin kirjattujen kipulukemien ymmärtäminen oli?

- 1 Erittäin selkeää
- 2 Melko selkeää
- 3 Ei kovin selkeää
- 4 Ei lainkaan selkeää

e) Miten mittarin käyttö edisti tiedon kulkua työvuorojen vaihtuessa?

- 1 Edisti erittäin paljon
- 2 Edisti melko paljon
- 3 Ei edistänyt kovin paljon
- 4 Ei edistänyt lainkaan

Mitä vielä haluaisit sanoa?

Mikä mittarin käytössä oli helppoa?

Mikä mittarin käytössä oli vaikeaa?