

Satu Isomäki

# Kivunhoidon teemakuukauden järjestäminen teho-osastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

26.4.2013

Tekijä Otsikko	Satu Isomäki Kivunhoidon teemakuukauden järjestäminen teho-osastolla
Sivumäärä Aika	29 sivua + 12 liitettä 26.4.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	Liisa Lukkari, ThM, lehtori Leena Rekola, ThM, lehtori
<p>Toiminnallisen opinnäytetyöni tarkoituksena oli järjestää kivunhoitoon liittyvä teemakuukausi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Meilahden sairaalan teho-osastolla 20. Työn tavoitteena oli erilaisten havaintomateriaalien avulla tuoda esille kivunhoidon arviointikäytäntöön liittyviä asioita, joihin henkilökunta voi työpäiviensä aikana tutustua. Tavoitteena oli virkistää hoitajien muistia kivunhoidon tarpeen ja vaikutuksen arvioinnin tärkeydestä sekä edesauttaa arviointikäytänteiden vakiintumista päivittäisessä hoitotyössä.</p> <p>Järjestin kivun teemakuukauden helmikuun 2013 aikana. Havaintomateriaaleiksi olin valmistanut kipuun, kivunhoitoon, kivunarviointiin, kivun kirjaamiseen sekä lääkkeettömään kivunhoitoon liittyviä postereita osaston seinille, pöytäständejä kahvihuoneen pöydille sekä kipukansion henkilökunnan luettavaksi. Teemakuukauden aluksi pidin kivunhoitoon liittyvän osastotunnin, jonka aikana esittelin eri lääkealan yrityksiltä saamiani esitteitä ja tuotenäytteitä. Asiantuntijavierailijaksi järjestin erään sairaalatarvikkeita toimittavan yrityksen, jonka edustajat esittelivät PCA (patient controlled analgesia)-kipulääkeannostelijan toimintaa.</p> <p>Teemakuukauden päätteeksi teho-osaston henkilökunnalla oli mahdollisuus täyttää kirjallinen palautelomake. Vastaajia oli yksi, jonka mielestä mielestä teemakuukaudessa oli hyvää se, että sen aikana tuotiin esille erilaisia kivunlievityskeinoja. Vastaaja koki huomioivansa kivun sekä kirjaavansa kivunarvioinnin paremmin teemakuukauden johdosta.</p> <p>Opinnäytetyöni saavutti tarkoituksensa ja tavoitteensa. Teemakuukausi järjestettiin sille sovittuna ja suunniteltuna ajankohtana. Suunnittelemani ohjelma ja tuottamani materiaali vaikuttivat edistävästi opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden täyttymiseen. Jatkossa osaston kannalta voisi olla kiinnostavaa selvittää, miten kivunhoidon toteutuminen käytännössä toimii ja miten henkilökunta kivun kirjaamisjärjestelmän toimivuuden kokee. Myöhemmin voisi esimerkiksi kehittää lääkkeettömien kivunhoitokeinojen hyödyntämistä jokapäiväisessä työssä. Tämä opinnäytetyö on toivottavasti toiminut ajatusten ja keskustelun herättelijänä sekä edistäjänä kivunhoidon laadukkaassa toteuttamisessa.</p>	
Avainsanat	kivunhoito, teho-osasto

Author Title	Satu Isomäki Organizing a Pain Management Event in an Intensive Care Unit
Number of Pages Date	29 pages + 12 appendices 26 April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Liisa Lukkari, Senior Lecturer Leena Rekola, Principal Lecturer
<p>The purpose of this study was to organize a pain management event for a month. It was held in the intensive care unit 20 of the Hus Meilahti Hospital, which is part of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Finland. The aim of this study was to bring out relevant information on the pain management for intensive care patients' by using versatile material. The target group was the registered nurses working in the ICU and to remind them of the importance of pain management and the competence of assessment practices in their daily nursing.</p> <p>I organized the Pain Management Theme Month in February 2013. I prepared posters, table tents and a pain folder that included information on pain management, pain assessment, pain recognition and drug-free pain management. I also held a presentation to the registered nurses of the intensive care unit during which I presented the purpose of the Pain Management Theme Month and introduced a number of different pharmaceutical brochures and product samples. I also arranged visitors from a medical equipment supply company, whose representatives presented their PCA (Patient Controlled Analgesia) device.</p> <p>At the end of the Theme Month the ICU staff completed a written feedback form. One respondent returned the form and according to the feedback the Theme Month was good for its variety of pain relief methods. The respondent felt that the information delivered during the Theme Month had enhanced his or her ability to take pain relief into account and to record it</p> <p>My study achieved its purpose and aims and the Theme Month was held within the agreed schedule. The program and the material I produced helped to achieve the purpose and aims of the study. In the future I would be interesting to find out how pain management works in practice and what the registered nurses working the unit thought of the pain registration procedure. Hopefully my study brought forth new ideas and will be used as a basis for debate as well as promoting the development of pain management.</p>	
Keywords	pain management, intensive care unit

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kipu käsitteenä	3
3	Tehohoitopotilaan kivunhoito	4
4	Kivunhoitomenetelmät	6
4.1	Lääkkeelliset hoitomuodot	6
4.2	Lääkkeettömät hoitomuodot	9
5	Kivun kirjaaminen	11
5.1	Kivunhoidon arviointia	12
5.2	Sairaanhoitajan rooli ja vastuu kivunhoidossa sekä kirjaamisessa	15
6	Toiminnallinen opinnäytetyö teho-osastolla	16
6.1	Opinnäytetyön kohderyhmä	17
6.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	17
6.3	Teemakuukauden toteuttamisvaiheet	18
6.4	Teemakuukauden toteutusmuodot	19
6.5	Teemakuukauden arviointi	22
7	Pohdinta	23
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Posterit; kivun kirjaaminen	
	Liite 2. Posterit; kivunhoidon onnistumisen arviointi	
	Liite 3. Posterit; kommunikoimattoman potilaan kivunhoito	
	Liite 4. Posterit; kivunhoito lääkkeettömin keinoin	
	Liite 5. Posterit; mitä kipu on?	
	Liite 6. Muistutus –posterit	
	Liite 7. Pöytäständi: Kipumittarit	
	Liite 8. Pöytäständi: Kipu	
	Liite 9. Pöytäständi: Kivun kirjaaminen	
	Liite 10. Pöytäständi: Kivunhoidon arviointi	
	Liite 11. Pöytäständi: Kommunikoimaton potilas	
	Liite 12. Valokuvat valmiista pöytäständeistä	

## 1 Johdanto

Hyvinvointi ja hyvä terveys ovat jokaisen ihmisen ainutlaatuinen kokemus ja henkilökohtainen tavoite. Ihminen pyrkii taustastaan ja mahdollisuuksistaan riippuen edistämään omaa hyvinvointiaan, kukin omilla keinoillaan. Sairastuminen tai onnettomuuteen joutuminen uhkaavat kuitenkin ihmisen terveyttä eikä sitä vastaan aina pysty varautumaan tai suojautumaan. Akuutin sairastumisen tai onnettomuuden kohdatessa ihmisen omat keinot tilanteen parantamiseksi eivät enää riitä ja hän tarvitsee sairaanhoidollista apua. Erikoissairaanhoitolaki (1.12.1989/1062 30§) velvoittaaakin sairaanhoidon järjestämistä kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle. Kun ihmisen hyvinvoinnin lisäksi sairaus tai vamma uhkaa ihmisen henkeä, hänelle annetaan tehostettua hoitoa siihen erikoistuneiden ammattilaisten, laitteiden ja välineiden avulla kyseiseen hoitoon suunnitellussa tilassa, teho-osastolla.

Tehohoidossa olevan potilaan kokema kärsimys saattaa liittyä kivun tuntemiseen, jota aiheuttaa niin itse sairaus tai vamma kuin kivuliaat hoitotoimenpiteet. Kipu on hyvin kokonaisvaltainen kokemus, jonka voimakkuus ja siihen reagoiminen ovat täysin yksilökohtaisia. Yleisimmin voidaan ajatella kivun olevan epämukava tunne, mutta äkillisesti alkanut kipu vaikuttaa elimistöön epäedullisesti myös monella muulla tavalla, sillä se rasittaa elimistöä ja hidastaa paranemista.

Huolimatta vuosisatojen kivunhoitoon liittyvistä tutkimuksista, se on edelleen yleistä ja usein alihoidettua vakavasti sairaiden potilaiden kohdalla, toteavat Lohman, Schleifer ja Amon (2010) artikkelissaan. Erityisesti teho-osastolla kivunhoito on haasteellista, sillä potilailla saattaa olla lukuisia kipua aiheuttavia syitä sekä tila, jossa he eivät pysty ilmaisemaan tuntemuksiaan. Usein hoitohenkilökunta on ainoa taho, joka potilaan kipua arvioi ja siksi onkin tärkeää, että kivunhoitoa suunnitellaan, mitataan ja arvioidaan. Laadun tasaisuuden varmistamiseksi olisi oleellista, että koko hoitohenkilökunta toteuttaisi arviointia samoja ennalta sovittuja määreitä noudattaen.

Tämä opinnäytetyö liittyi Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS Operatiivisen tulosyksikön väliseen yhteistyöhön potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin HUS:in Meilahden

sairaalan teho-osastolla 20. Suomen Tehohoitoyhdistys (1997) on laatinut tehohoitoon soveltuvat eettiset ohjeet, jotka toimivat teho-osaston toiminnan punaisena lankana. Tässä opinnäytetyössä keskitytään kohtaan 2. kärsimyksen lievittäminen. Toteutin työn toiminnallisena opinnäytetyönä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Meilahden sairaalan teho-osasto 20 hoitohenkilökunnalle, josta kerron tarkemmin teoriaosuuden jälkeen. Raportti alkaa johdannosta, jonka jälkeen käsittelen kipua käsitteenä, tehohoitopotilaan kivunhoitoa, kivunhoitomenetelmiä sekä kivun kirjaamista. Teoriaosuuden jälkeen esittelen työn, ja lopuksi pohdin työn tarkoitusta ja tavoitteiden saavuttamista.

## 2 Kipu käsitteenä

Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castren, Säämänen ja Varjus (2001:102) kirjoittavat, että kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon mahdollisesti liittyy kudosaivovaurio tai sen uhka tai jota kuvataan kudosaivovaurion käsittein. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (2006) Internet-sivustolla mainitaan kipukokemuksen olevan aina yksilöllinen eikä sen laatua ja määrää voida mitata laboratoriotekoin.

Elimistöön kohdistuvan vaurion sattuessa hermopäätteet alkavat lähettää viestiä kivusta ääreiskipuheimoista selkäyttimeen ja sitä kautta aivojen kipukeskukseen. Kipuviestit leviävät esimerkiksi kivun sijainnista ja voimakkuudesta vastaavalle tuntoaivokuorelle sekä tunteiden syntyyn ja käsittelyyn osallistuvalla aivokuorella. Näin ollen kipuun yleensä liittyy sekä fyysisiä reaktioita, kuten verenpaineen nousua ja hikoilua että psyykkisiä tuntemuksia, kuten ahdistusta, tuskaa ja pelkoa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki ja Valtonen 2009:177.) Salanterän, Hagelbergin, Kauppilan ja Närhen (2006:9) mukaan potilaan perimä, sukupuoli, ikä, persoonallisuus, aiemmat kipukokemukset, kipukynnys ja –sietokyky sekä tyytyväisyyden aste vaikuttavat kipukokemukseen.

Kipu voidaan jaotella akuuttiin eli äkilliseen ja pitkäkestoiseen eli krooniseen kipuun. Akuuttia eli äkillistä kipua voivat synnyttää elimistöön kohdistuvat voimakkaat ulkoiset ärsykkeet (esim. isku) tai elinten toimintahäiriöt. Myös vaurioiden ja vammojen aikaan saamat tulehdusreaktiot voivat aiheuttaa äkillistä kipua. Akuutti kipu suojelee elimistöä lisävaurioiden syntymiseltä, ja sen tehtävä on viestittää, että kehossa jokin on vialla. (Holmia, ym. 2009:177.) Pitkään jatkuva kipu voi muuttua krooniseksi, jolloin hermoston eri osissa välittyvä kipuviesti on jatkuvaa kivunvälityksen voimistumisen ja nopeutumisen johdosta. Iivanaisen ja Syväojan (2008:470) mukaan akuutti kipu on hoidettava mahdollisimman nopeasti, jottei se muutu krooniseksi sairaudeksi.

Kipua voidaan myös luokitella anatomian perustein (pääkipu, selkäkipu), elinjärjestelmien mukaan (ruoansulatuselinten kipu), aiheuttajan mukaan (leikkauskipu, synnytykskipu) tai somaattisin perustein (autonomisen hermoston aiheuttama kipu).

(Blomster, ym. 2001:102). Kipu voidaan määritellä nosiseptiseksi, jos on kliinisesti todettavissa kudonvaurio- tai muutos, joka saa aikaan kipuhermopäätteiden aktivoitumisen. Viskeraalinen eli sisäelinkipu tuntuu kehossa laajemmalla alueella, jolloin kivunlähde on vaikeasti paikannettavissa. Neurogeenisen kivun synnyttää yleensä hermorunkojen tai keskushermoston vaurio, jolloin kivun aiheuttaja on osoitettavissa, mutta vamman korjaaminen on usein mahdotonta. Idiopaattisen kivun aiheuttavat puolestaan psykogeeniset syyt, kuten ahdistus, levottomuus ja masennus. (Holmia, ym.2009:177.)

Elimelliset tapahtumat, kuten kipu, ovat aina yhteydessä psyykkisiin tapahtumiin. Kipu aiheuttaa kokijalleen sekä henkistä että fyysistä kuormitusta, joka altistaa edelleen kivulle. Myös psyykinen ongelma, kuten pelko ja ahdistus, voivat ilmetä kivun kokemuksena tai ainakin vahvistaa sen tunnetta. Henkilön kipukokemukseen vaikuttavat kivun aiheuttajan laatu, aikaisemmat kipukokemukset, uskomukset sekä tunteet. (Estlanden 2003:43-67.)

### **3 Tehohoitopotilaan kivunhoito**

”Tehohoidossa hoidetaan potilaita, joilla on äkillinen, tilapäinen, henkeä uhkaava yhden tai useamman elintoiminnan häiriö” (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012c).Tehohoidossa olevien vaikeasti sairaiden potilaiden hoidossa potilaita tarkkaillaan taukoamatta, heidän elintoimintojaan valvotaan ja tarvittaessa myös ylläpidetään erikoislaittein. Tehohoidon tavoitteena on keskittyä elintärkeiden toimintojen ylläpitoon keskittymällä perussairauden hoitamiseen ja hengenvaaran estämiseen. (Sailo ja Vartti 2000:127). Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) selvityksen mukaan ”teho-osastoilla toteutetaan teknisesti vaativampia ja erityisesti suurempia henkilöstöresursseja vaativia tehohoidon menetelmiä kuten invasiivista verenkierron monitorointia, invasiivista hengityslaittehoitoa, verenkierron mekaanisia apuhoitoja, terapeutista hypotermiahoitoa ja munuaiskorvaushoitoja” .

Blomster ym. (2001:102) mainitsevat tehohoidon erääksi tärkeäksi tavoitteeksi potilaan kivuttomuuden, johon voidaan pyrkiä sekä lääketieteen että hoitotyön keinoin. Teho-osasto on paikka toteuttaa yksilöllistä kivunhoitoa, jossa apuna voidaan käyttää lääketieteen keinoja kuten kipulääkkeitä ja puudutteita sekä hoitotyön toimia



asentohoidosta lepoon ja läsnäoloon. Kivunhoitoa toteutetaan teho-osastolla moniammatillisessa hoitotiimissä.

Reinikainen (2012) on tutkinut väitöskirjassaan suomalaisen tehohoidon tuloksia ja potilaskuolleisuutta, jonka mukaan tehohoito Suomessa on korkeatasoista. Sairaalakuolleisuus teho-osastolla tai tehohoidon jälkeen samalla sairaalahoitajaksolla on tutkimuksen mukaan kolmanneksen alhaisempaa kuin kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa potilaiden keskimääräinen sairauden vaikeusaste oli samantasoinen. Vuosina 2001-2008 tutkimusaineiston 85 000 tehohoitopotilaasta neljä viidestä selvisi.

Sailon ja Vartin (2000:128) mukaan tehohoitopotilas voi olla esimerkiksi postoperatiivinen-, trauma-, palovamma-, sisätauti- tai monielinvauriopotilas, jonka taustalla vielä vaikuttavat potilaan muut sairaudet. Potilaalle voivat siis aiheuttaa kipua niin sairaus ja vamma kuin hänelle tehtävät tehohoidon toimenpiteet. Potilaan kriittistä tilaa seurataan erilaisten fysiologisten suureiden mittareilla ja hoidetaan suonensisäisten lääke- ja nestehoidon avulla. Edellä mainittujen toimenpiteiden hoitaminen vaatii kanyyliä laittoa potilaaseen, joiden pistäminen ja pitäminen voivat aiheuttaa kipua. Potilaan tila saattaa myös vaatia hengityskonehoitoa, jossa hengitysteihin asetettava intubaatioputki ja hengitysteiden liman imeminen voivat aiheuttaa kipua. Potilaan siirtäminen ja liikuttelu sekä leikkaushaavan yhteydessä olevat dreenit eli laskuputket voivat myös synnyttää kivun tunnetta (Blomster ym.2001:102-103).

Tehohoitopotilaan kipu ei ole pelkästään fyysinen tunne vaan se voi aiheuttaa turvattomuuden tunnetta, ahdistusta, kuoleman pelkoa ja fyysisen turvattomuuden tunnetta. Hoitamattomana kipu voi johtaa kestävyys heikkenemiseen ja sitä kautta kivun tunteen voimistumiseen. (Sailo ja Varti 2000:128). Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä ja Ruokonen (2010:301) mainitsevat, että puutteellisesti hoidettu kipu voi aiheuttaa sympatikotoniaa, huonontaa hengitysfunktiota, lisätä veren hyytymistäipumusta sekä aiheuttaa potilaalle ahdistusta. Potilaan parantuminen hidastuu, kun kipu estää potilaan liikkumisen ja kunnollisen hengittämisen. Tämä voi puolestaan johtaa keuhkoinfektioihin liman kertyessä keuhkoihin, tukkeuman alaraajojen verisuoniin sekä hitaaseen haavan paranemiseen kudosten hapenpuutteen johdosta. ( Sailo ja Varti

2000:132.) Blomster ym. (2001:104) toteaa lisäksi, että voimakas ja pitkään jatkuva kipu voivat johtaa akuuttiin sekavuuteen ja deliriumiin.

#### 4 Kivunhoitomenetelmät

Yksi oleellinen osa kivunhoitoa on potilaan informoiminen niin kivun aiheuttajasta, kivun kestosta kuin hoitotoimenpiteistä. Potilasta tulisi esimerkiksi informoida hoidossa käytettävistä epämiellyttävän tunteen synnyttäjästä, kuten kanyyleistä, letkuista, dreeneistä, hengityspotkesta ja katetrasta, jotta potilas ei korvaisi tiedonpuutettaan mielikuvilla ja lisäisi täten omaa kipukokemustaan. (Sailo ja Vartti 2000:128). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785 5 §) velvoittaa, että ”potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan.

Blomsterin ym. (2001:104) mukaan tehohoidossa kivunhoito voidaan jakaa farmakologisiin (esimerkiksi opioidit, tulehduskipulääkkeet ja puudutteet) sekä ei-farmakologisiin (esimerkiksi mielikuva- ja hengitysharjoitukset, musiikin kuuntelu, läsnäolo, lämpö- ja kylmähoito, hieronta, asentohoito sekä preoperatiivinen ohjaus) menetelmiin. Estlanden (2003:17) mukaan on oleellista, että itse kivun lisäksi hoidetaan sen aiheuttajaa sekä siihen liittyvän ahdistuksen ja pelkojen lievittämistä.

##### 4.1 Lääkkeelliset hoitomuodot

Sailon ja Vartin (2000:134) mukaan painopiste kivunhoidossa on lääkehoidossa, jota muut hoitotoimenpiteet täydentävät. Tehohoidossa yleisimmin käytetyt kipulääkkeet ovat opioideja, joita ovat muun muassa morfiini, fentanyyli, alfentanili, oksikoni ja petidiini. Rinnalla on myös heikompia opiaatteja, kuten buprenorfiini ja tramadoli. Opioidien haittavaikutuksiksi määritellään pahoinvointi ja hengityslama. Pahoinvoinnin estämiseksi voidaan kuitenkin antaa estolääkettä ja opioidien oikein annostelulla ehkäistään hengityslaman muodostuminen. Tulehduskipulääkkeiden käyttö perustuu niiden kipua ja tulehdusta lievittävään sekä kuumetta alentavaan vaikutukseen. Niiden kipua lievittävässä käytössä on kuitenkin maksimipiste, jonka ylittyessä kasvaa ainoastaan sivuvaikutusten todennäköisyys, kuten esimerkiksi ruuansulatuskanavan ärsytys asetyylisalisyylihapon käytön johdosta. Asetyyylisalisyylihapon ohella yleisimmin

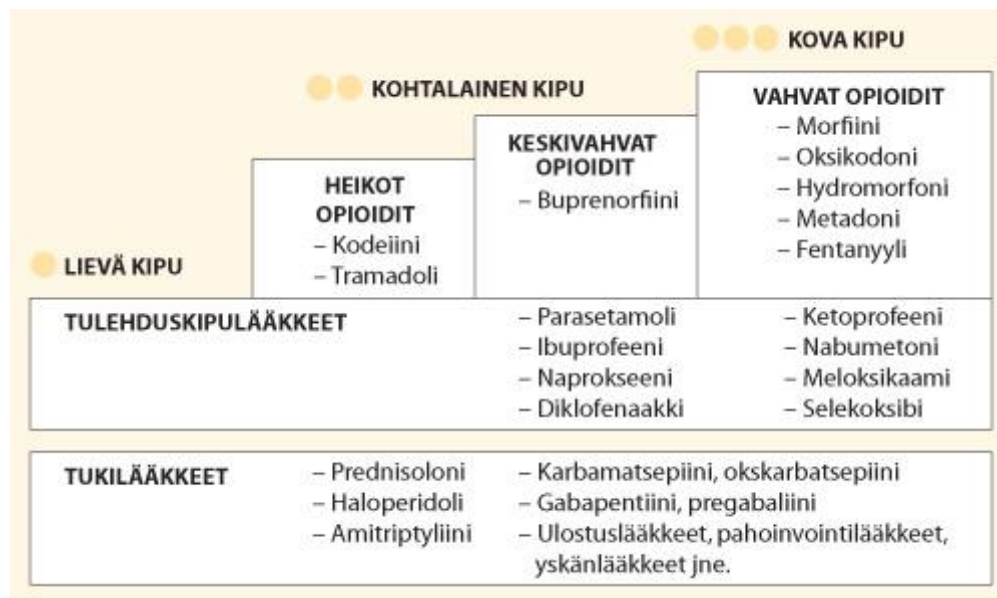
käytetyt tulehduskipulääkkeet ovat indometasiini, ibuprofeeni, ketoprofiini, diklofenaakki sekä ketorolaakki. Potilaille, joille tulehduskipulääke ei sovellu, voidaan kivunhoidoksi antaa tulehdusta lievittävältä ominaisuudeltaan heikompaa parasetamolia. (Blomster ym. 2001:104-105.)

Potilaan kipuja voidaan farmakologisesti hoitaa myös erilaisten kerta- ja kestopuudutusten avulla, joista eniten käytetty postoperatiivinen puudute on epiduraalipuudutus. (Blomster ym. 2001:105). Potilaan selkään voidaan laittaa kivunhoitokatetri (epiduraalikatetri) selkänikamahaarakkeen alla olevaan epiduraalitilaan, jonka kautta annostellaan ruiskupumpun avulla kipulääkettä tai puudutusainetta. Haava-aluetta voidaan puuduttaa myös paikallisesti annosteltavalla puudutusaineella esimerkiksi haavan eri kerroksia ja reunoja puuduttamalla. Johtopuudutusta voidaan käyttää leikkausalueelle kulkevan hermon puuduttamisessa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012a).

Suurten kirurgisten toimenpiteiden jälkeen potilaan laskimoon voidaan yhdistää PCA-kipupumppu (Patient Controlled Analgesia), jonka avulla hän voi itse napin painalluksella annostella kipulääkettä, yleensä opioidia, tarpeen mukaan. Lääkettä ei voi annostella liikaa pumpussa olevan turvallisuusrajan vuoksi ja siksi se on luotettava ja toimiva tapa kivunhoidossa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2012b.) Kipulääkkeen itseannostelumenetelmää on tutkinut Silvasti (2001) väitöskirjatutkimuksessaan, jossa oli mukana yhteensä 274 potilasta. Tutkimuksessa vertailtiin PCA-menetelmällä annettua kolmen vahvan kipulääkkeen, oksikonin, morfiinin ja tramadolin tehoa ja sivuvaikutusten ilmaantuvuutta vertailtiin aikuispotilailla vaikeiden selkäleikkausten, leukakirurgian ja rinnan uudelleen muovausleikkausten jälkeen. Tutkimuksen tuloksena saatiin kaikkien kolmen lääkeaineen riittävä teho sekä lähes kaikkien tutkimukseen osallistuneiden potilaiden tyytyväisyys PCA-kipupumpun käyttöön kivunhoidossa.

Laurila (2002) on tutkinut väitöskirjassaan nivelkirurgian jälkeistä kivunhoitoa. Vertailun kohteena tutkimuksessa ovat tulehduskipulääkkeet ja epiduraalipuudutus lonkka- ja polvitekonivelleikkausten yhteydessä sekä puudutukset olkapään tähyystoimenpiteiden yhteydessä, yhteensä 245 henkilöä. Suurimmalla käytetyllä annoksella (300mg) tulehduskipulääke ketoprofeeni vähensi selkeästi suonensisäisesti annosteltuna vahvan kipulääkkeen tarvetta ensimmäisen vuorokauden aikana

lumelääkkeeseen verrattuna tekonivelleikatulla. Tulehduskipulääkkeistä, ketoprofeeni, diklofenaakki ja ketorolaakki, yksikään ei osoittanut haittavaikutuksia tai tehottomuutta lonkkaproteesileikkausten jälkeisessä kivun hoidossa. Kivunlievityksessä myös epiduraalitekniikka sai aikaan hyvän kivunlievityksen. Kaulapunoksen puuduttamisella saatiin paras kivunlievitys olkapäätähystetyille ja olkapään alueelle ruiskutettu puudutusaine osoittautui lumelääkkeen veroiseksi. Tutkimustulokset osoittavat, että kipua voidaan nivelkirurgian yhteydessä toteuttaa tehokkaasti monella eri menetelmällä.



KUVIO 1 Porrastettu kivunhoitomalli WHO:n mukaan (Duodecim 2010)

Kivunhoidossa voidaan esimerkiksi edetä tasolta toiselle (KUVIO 1) kivun laadun mukaan niin, että ensimmäisellä tasolla ovat tulehduskipulääkkeet ja seuraavalla erilaiset opioidijohdannaiset. World Health Organization eli WHO on luonut vuonna 1990 tämän porrassuosituksen, jotta kivunlievitys voitaisiin toteuttaa mahdollisimman lievillä kipulääkkeillä. (Sailo-Vartti 2001:21.)

Tehohoidossa potilasta voidaan pitää myös sedaatiossa elintoimintahäiriöiden tukemiseksi. Sedaation tarkoitus on saada potilas rauhalliseksi, levolliseksi sekä yhteistyö- ja kommunikaatiokykyiseksi siten, että hänet pidetään kevyessä nukutuksessa. Ideaalinen sedaation taso on rauhallinen uni, josta potilas on puheen avulla heräteltävissä. Sedaation avulla tuetaan potilaan hoitoa ja tärkeää on huomioida

riittävä kipulääkitys, sillä sedaatio ei synnytä kivuttomuutta. Sedaatio voidaan siis yhdistää edellä mainittuihin farmakologisiin kivunhoitokeinoihin, jolloin potilaan stressivaste vähenee ja hän sietää paremmin käsittelyn ja hoitotoimenpiteet, kuten esimerkiksi haavanhoidot, dreerien laitot ja poistot sekä hengityslaittehoidon. Sedaation syvyyttä tulee aina mitata optimaalisen tason vuoksi, sillä liian vähäinen tai liian syvä sedaatio voi aiheuttaa ongelmia potilaan tilassa ja lisätä tehohoidon tarvetta.

#### 4.2 Lääkkeettömät hoitomuodot

Tehohoidossa lääkkeetön kivunhoito ei yksinään riitä helpottamaan potilaan oloa, mutta sitä voidaan käyttää lääkehoidon rinnalla ja tukena. Mielikuvaharjoittelun avulla potilas voi luoda ajatuksiinsa ympäristön, jossa kipu unohtuu ja rentoutuminen on helpompaa. Sailo ja Vartti (2001:136) mainitsevat, että mielikuvaharjoitukseen voi liittää hengitysharjoittelun, jonka avulla voidaan rentouttaa jännityksessä olevia lihaksia.

Rentoutumisessa ja kivunhallinnassa voidaan käyttää apuna myös musiikkia. (Blomster ym. 2001:106). Engwall ja Sörensen (2009) ovat tutkineet musiikin vaikutusta aikuisten postoperatiivisten potilaiden kivunhoidossa. Tutkimuksen 18 haastateltavasta 15:llä oli positiivisia kokemuksia musiikin vaikutuksesta kivunlievityksessä. Cooken, Chaboyerin, Schluterin, Fosterin, Harriksen ja Teaklen (2010) tekemä tutkimus musiikin vaikutuksista teho-osaston potilailla vuoteessa kääntämisen yhteydessä osoittaa sen, että pelkkä musiikki ei ole yksinään riittävä kipua lievittämään. Erittäin kivuliaissa käännoissä musiikin kuuntelu 15 minuuttia ennen ja heti kääntämisen jälkeen ei yksinään riitä poistamaan kipua ja ahdistusta.

Musiikin tehoa kivunlievityksessä ovat tutkineet myös Bradshaw, Donaldson, Jacobson, Nakamura ja Chapman (2011), joiden mukaan musiikki häiriötekijänä voi auttaa kivun voimakkaana kokevia henkilöitä. Tutkimuksen 143 osallistujalle annettiin sormenpäähän lieviä sähköshokkeja samalla kun he kuulivat musiikkia, seurasivat niiden melodiaa tai nuotteja. Tutkimus osoitti, että musiikki johtaa keskittymisen pois kivusta ja helpottaa näin kipukokemusta.

Teho-osastolla hoivaava kosketus voi olla lohduttavuutensa lisäksi myös tapa kommunikoida. Esimerkiksi hengityslaitteidossa olevan potilaan kanssa kosketus on keino olla kontaktissa ja osoittaa huolenpitoa ja hellyyttä. Kosketus saa aikaan endorfiinien erittymistä, joka vähentää kipua ja aiheuttaa hyvinolontunteen. Samaa endorfiiniä erittyy myös kehon hieronnan aikana. Hieronnassa myös potilaan lihakset rentoutuvat, veren- ja imunesteen kierto kohenee ja ahdistus lievenee. (Sailo-Vartti 2001:137.) Mitchinson, Hyungjin, Rosenberg, Geisser, Marvin, Dolores ja Hinshaw (2007) ovat tutkineet hieronnan käyttämistä postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tutkimukseen osallistui 605 keskimäärin 64-vuotiasta suuren leikkauksen potilasta. Potilaat jaettiin siten, että kolmannes potilaista sai tavallista hoitoa ja kolmanneksen kanssa hieroja jutteli 20 minuuttia päivittäin. Kolmannes potilaista sai perushoidon lisäksi selkähieronnan viitenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tuloksena hierontaa perushoidon ohella saaneet kokivat kivun voimakkuuden ja epämukavuuden sekä ahdistuksen helpottavan jo heti hieronnan aikana ensimmäisestä päivästä lähtien. Hieronta ei kuitenkaan nopeuttanut potilaiden kotiutumista eikä vähentänyt kipulääkkeiden tarvetta tai komplikaatioita, mutta kivunhoidossa sen vaikutus oli merkittävä.

Lämpö- ja kylmähoitoa voidaan asettaa esimerkiksi potilaan kipualueelle. Pinalämpöhoitoa voidaan antaa lämpöpakkausten, lämpöpeiton tai –lampun avulla ja sen avulla voidaan helpottaa erilaisia luusto- ja lihaskipuja. Paikallisella kylmähoitolla voidaan puolestaan vähentää alueen verenkiertoa ja laskea turvotusta. Kylmä voi auttaa myös paikallisessa kutinassa sekä nivel-, pään- ja haavasäryssä. (Sailo-Vartti 2001:138.)

Tavallisin hoitotyön menetelmä kivun vähentämiseksi on tehopotilaan asentohoito, jonka avulla lievennetään kipualueeseen kohdistuvaa ärsytystä. Tehohoitopotilas on yleensä pitkän ajan vuoteessa eikä hän heikkojen voimiensa, vammansa tai nukutuksen vuoksi kykene vaihtamaan itse asentoaan. Heikko verenkierto paineen alaisessa kudoksessa johtaa hapenpuutteeseen ja tämä puolestaan synnyttää kivuliaita painehaavoja. Potilaan liikuttelu voi olla kivuliasta ja ennen siirtelyä onkin huolehdittava riittävästä kipulääkityksestä. Riittävä farmakologinen kivunhoito on oleellinen, sillä kuten Cooken ym. (2010) tutkimus osoittaa, esimerkiksi pelkkä musiikki ei potilaan kääntämisessä ole riittävä.

## 5 Kivun kirjaaminen

Kivun kirjaaminen on tärkeä osa potilaan kivunhoitoa ja se on myös osa kivunhoidon laadun varmistusta ja kehittämistä. Kirjaamisen avulla potilaan kipukokemus välittyy hoitavalle henkilökunnalle ja sillä on myös tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitajan oikeusturvalle sekä hoidon suunnittelulle. Kivunhoitoon liittyvät asiat kirjataan potilasasiakirjoihin periaatteella; mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. (Sailo-Vartti 2001:97.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (28.6.1994/559 16§) määrää terveydenhuollon ammattilaisen huolehtimaan potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä sekä niiden tietojen salassapidosta. Myös sosiaali- ja terveysministeriö (2012) on tehnyt asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä.

Potilaan hoidon kirjaaminen eli dokumentointi luo edellytykset hoidon etenemiselle, varmistaa hoidon toteutuksen ja seurannan, turvaa tiedonsaannin sekä hoidon jatkuvuuden. Tehohoidossa kirjaamisen merkitys korostuu, sillä potilas ei aina kykene huonon terveydentilansa vuoksi itse kertomaan voinnistaan. Kirjauksissa näkyvät muutokset potilaan voinnissa sekä erilaisten auttamismenetelmien toimivuus. On oleellista potilaan hoidon kannalta tietää kivun sijainti, laatu ja voimakkuus. (Blomster ym. 2001:181-182.)

Tehohoitopotilaan voinnin seurannassa voidaan käyttää valvontalomaketta, joka sisältää verenkiertoa, hengitystä, lämpötasapainoa ja virtsaneritystä lääkärin määräyksiä, vuorokauden nesteohjelmaa, lääkitystä ja asentohoitoa sekä tajunnan tasoa kuvaavia osioita. Kirjaamisen avulla hoitohenkilökunta kykenee reagoimaan nopeasti, jos potilaan toiminnoissa tapahtuu muutoksia. (Blomster ym. 2001:184.) Sailo ja Vartti (2001:106) mainitsevat, että potilasasiakirjoihin kirjataan potilaan kipuun liittyvät ongelmat, kipuanamneesi (missä, milloin ja miltä kipu tuntuu ja kuinka voimakkaana), kivun määrittely (kivun tyyppi ja aiheuttaja) sekä toimenpiteet (annettu hoito ja sen vaikutukset).

Kivun kirjaamista jäsentävät kysymykset mitä, miten ja miksi. Potilaan tietoihin kirjataan kivun tunnistamiseen (missä, millaista, kuinka voimakasta sekä milloin kipu alkoi), kivunhoidon tavoitteeseen (esim. voimakkuuden taso, ei haittaa syömistä tai nukkumista) sekä annettuun lääkkeelliseen tai menetelmälliseen kivunhoitoon

(lääkkeen nimi, määrä, antotapa, ajanakohta ja antaja sekä mahdolliset haittavaikutukset) liittyvät asiat. Lisäksi on oleellista, että 1-2 tunnin välein ja aina 20 minuutin kuluttua kipulääkkeen antamisesta hoitoa seurataan ja arvioidaan sen onnistuminen. (Salanterä ym. 2006:104.)

### 5.1 Kivunhoidon arviointia

Edellä mainittu kivun kirjaaminen perustuu siihen, että potilaan kipua on arvioitu ja sen voimakkuutta on mitattu. Potilaan kokemaa kipua voidaan mitata erilaisten mittareiden avulla, joiden pohjalta voidaan muodostaa kipuanalyysi. Potilaan kivun sijainnin ja syyn lisäksi kipuanalyysissä voidaan selvittää sairaushistoriaa, kliinistä tutkimusta sekä tarvittavia röntgen- ja laboratoriotutkimuksia. Analyysin pohjana toimii potilaan oma kuvailu, jos se on mahdollista. (Sailo-Vartti 2001:100.)

Tehohoidossa oleva potilas ei aina kykene arvioimaan kipuaan sanallisesti tai osoittamaan sen voimakkuutta millään muullakaan tavalla. Tällöin hoitohenkilökunnan silmämääräinen havainnointi ja erilaisten valvontalaitteiden seuraaminen nousevat arvoonsa. Potilaan reagoiminen hoitotoimenpiteissä antaa kuvan hänen mahdollisesta kivuntunteesta. Kipu lisää sympaattisen hermoston aktiiviteettia, joka johtaa verenpaineen nousuun ja sykkeen kiihtymiseen ja näin myös kasvattaa hapenkulutusta. Happisaturaatiokäyrässä näkyvä muutos osoittaa kivusta johtuvan ääreisverenkierron heikkenemisen. Kivulias potilas voi myös olla levoton ja tuskainen. (Blomster ym. 2001:103-104.)

Hoitohenkilökunta voi myös havainnoida potilaan kokemaa kipua tämän kasvoilta, sillä kivusta voivat kertoa erilaiset kasvojen ilmeet, kuten avoin suu, suupielten uurteet sekä otsarypyt. Kivuliaan potilaan keho saattaa olla jäykkä ja kädet puristuneena nyrkkiin. Potilas saattaa myös säpsähdellä ja pyrkiä suojaamaan kivuliasta paikkaa. Fyysiset merkit kuten laajentuneet pupillit, pahoinvointi ja kylmänhikisyys voivat ilmaista potilaan kokemaa kipua. (Salanterä ym. 2006: 89–90.)

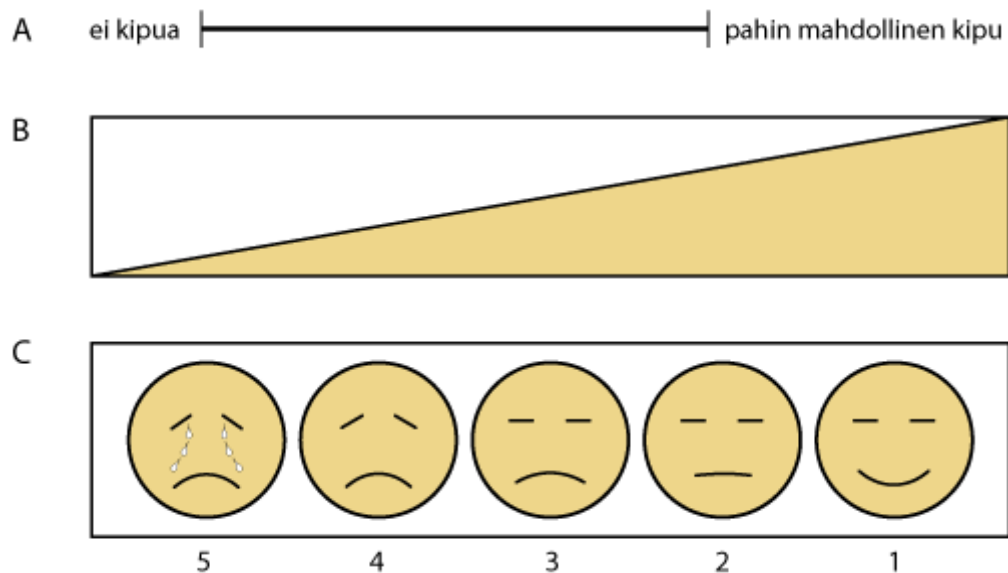
Tehohoidon verbaalisesti kommunikoimattomien potilaiden kivunarviointia varten on myös kehitetty erilaisia kaavioita ja muistilistoja. Yksi tällainen on Critical-care pain observation tool (CPOT), joka sisältää neljä kivunarviointikategoriaa; kasvojen ilmeet,



vartalon liike, lihasjännitys sekä intuboidun potilaan sopeutuminen hengityslaitteeseen tai extuboidun potilaan kyky puhua putken poiston jälkeen. Jokaisesta kategoria pisteytetään potilaan vasteen mukaan 0-2, jolloin kokonaispisteet voivat olla 0-8. (Gelinas-Harel-Fillion-Puntillo-Johnston 2008.) Toinen vastaavanlainen mittari on Comfort behavioral scale (Comfort-B), jonka seitsemän kategoriaa käsittää potilaan valppauden, rauhallisuuden, reagoinnin intubaatioon, itkun, fyysiset liikkeet, lihasliikehdinnän sekä kasvojen jännityksen. Comfort-B:ssä kategoriat on pisteytetty 1-5, jolloin pisteitä voi kipua arvioitaessa tulla 7-35. Kolmas kivunarviointi väline on FLACC, joka on saanut nimensä sisältämänsä viiden kategorian mukaan; kasvot, jalat, aktiivisuus, itku sekä vaste lohdutteluun. (Johansson-Kokinsky 2009.)

Kriittisesti sairaiden ja hengityslaitteessa olevien potilaiden kivunarvioinniksi on kehitetty myös The behavioral pain scale (BPS). Se käsittää pistemäärän, joka koostuu kolmesta luokasta; kasvojen ilmaisusta, yläraajojen liikehdinnästä sekä sopeutumista hengityskoneessa oloon. Arvioija voi antaa pisteitä jokaisesta kategoriasta 1-4, jolloin maksimipistemäärä on 12. (Nikoletti-Siffleet-Shaw-Young 2005.)

Mikäli tehopotilas kykenee ilmaisemaan kivun voimakkuutta, apuna voidaan käyttää visuaalista analogiasteikkoa (visual analogue scale) eli VAS-janaa tai -kiilaa, jossa vasen pää kuvaa potilaan kivuttomuutta ja oikea pää pahinta mahdollista kipua (KUVIO 2 A ja B), kirjoittavat Blomster ym. (2001:103). Janan lisäksi on myös numeerinen kipumittari (NRS, numerical rating scale), jossa kivun voimakkuutta arvioidaan kivuttomuudesta 0 pahimpaan mahdolliseen kipuun 10. Lisäksi on olemassa sanallinen kipumittari (VDS, verbal descriptor scale), joissa potilas valitsee parhaiten hänen kipuaan kuvastavan sanan; ei kipua, lievää kipua, kohtalaista kipua, voimakasta kipua vai sietämätöntä kipua. VAS- mittarissa on osoittimena liikuteltava viiva, jonka potilas voi siirtää janalla kipuaan kuvaavaan kohtaan. (Salanterä ym. 2006: 83-84.)



KUVIO 2 Kipumittarit; A kipujana, B kipukiila ja C ilmeasteikko (Duodecim 2009)

Sailo ja Vartti (2001:103) mainitsevat oleelliseksi kipumittareiden käytössä, että potilas tuntee kipumittarin ja ymmärtää siinä olevat vaihtoehdot. Ymmärtämisen helpottamiseksi voidaan myös käyttää ilmeasteikkoa (KUVIO 2 C), josta potilas voi valita omaa kipuaan vastaavan ilmeen. (Duodecim 2009).

Potilasta voidaan myös pyytää piirtämään kipupiirroksen kipeät kohtansa. Piirroksessa on kuvattuna ihmisen vartalo edestä ja takaa, johon potilas voi ohjauksen sekä sovittujen merkkien avulla missä ja millä tavalla kipu tuntuu. Piirrosta voidaan vielä täydentää potilaan kanssa keskustelemalla, jolloin saadaan viitteitä kivun syntymekanismeista. (Sailo-Vartti 2001:100-101.) Potilaat voivat myös sanallisesti ilmaista kokemaansa kivun luonnetta. Nosiseptiivista kudosaivaurion aiheuttamaa kipua voidaan kuvailla sanoilla; terävä, selvärajainen, hammaskivun kaltainen ja jyskyttävä. Viskeraalista sisäelimestä johtuvaa kipua voidaan kuvailla sanoin jomottava, jäytävä, panostava tai kouristava. Hermorunkojen tai keskushermoston kipuratojen vauriosta johtuvaa neurogeenistä kipua voidaan puolestaan kuvata seuraavin sanoin; polttava, viiltä, sähköiskumainen tai pistävä.

## 5.2 Sairaanhoidajan rooli ja vastuu kivunhoidossa sekä kirjaamisessa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785 3§) oikeuttaa henkilön saamaan terveydentilansa edellyttämää laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveyden- ja sairaanhoidon ammattilaisena sairaanhoidajan yksi tärkeä tehtävä on kärsimyksen lievittäminen. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996). Akuuttitilanteessa kärsimystä aiheuttavat kipu, pelko ja huoli tulevaisuudesta, joiden sairaanhoitajalta edellytetään tarkkaavaisuutta sekä kykyä paneutua toisen asemaan, toteavat Leino-Kilpi ja Välimäki (2003:203).

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisissä ohjeissa (1997) kerrotaan kivunhoidon olevan tehohoidon kulmakivi niin lääketieteellisestä kuin eettisestä näkökulmasta katsottuna. Teho-osastolla sairaanhoitaja toteuttaa kipulääkitystä lääkärin määräysten pohjalta, mutta hoitaja tarvitsee farmakologista osaamista lääkkeiden yhteensopivuuksista, vaikutuksista sekä sivuvaikutuksista. Useimmiten hoitaja toteuttaa itsenäisesti kipulääkitystä lääkärin ohjeiden mukaan, jolloin hoitajan on osattava arvioida potilaan kokemaa kipua joko sanallisen tai fysiologisten määreiden mukaan. Leino-Kilpi ja Välimäki (2003:206) mainitsevat tehohoitajan velvollisuudeksi ammattitaitonsa ylläpitämisen sekä kyvyn tekemään lääke- ja hoitotieteeseen perustuvia päätöksiä potilaan puolesta, jos hänen tilansa niin vaatii. Teho-osastolla työskentely edellyttää sairaanhoitajalta erityisosaamista, huolellista perehtymistä, yhteistyötä eri ammattilaisten kesken sekä ammattitaidon täydennyskoulutusta. Myös terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326 5§) velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisen osallistumaan täydennyskoulutukseen, jossa otetaan huomioon työn vaativuus ja tehtävien sisältö.

Lindberg ja Engström (2010) ovat tutkineet tehohoitajien kokemuksia potilaiden kivunhoidosta. Pohjois-Ruotsissa sijaitsevassa teho-osastossa haastateltiin 6 hoitajaa, joilla oli keskimäärin 12 vuoden työkokemus tehohoidon parissa. Osa hoitajista koki haasteelliseksi sellaisten potilaiden kivunhoidon, jotka eivät kyenneet itse kertomaan kivuistaan. Tällöin he pyrkivät tulkitsemaan potilaan fyysistä olemusta mahdollista kivunmerkeistä, kuten kehonkieltä, itkuisuutta, ahdistuneisuutta, hyperventilointia sekä kylmänhikeä. Hoitajat käyttivät apunaan kriittisesti sairaan potilaan havainnoinnin työkalua (critical-care pain observation tool, CPOT) sekä fyysisiä parametrejä, kuten pulssia ja verenpainetta.

Hoitajat kokivat kivunhoidon ajattelutavaksi ja tavoitteekseen, jossa epäonnistuuessaan he kokivat epäonnistuneensa hoitajana. Potilaan kivut tuntuivat hoitajista turhauttavilta ja erään hoitajan mielipide olikin, että kenenkään ei tulisi maata kivuissaan, kun kivunhoitoa varten on olemassa lukuisia keinoja. Kivunhoidon suhteen hoitajat kokivat saavansa tehdä itsenäisiä päätöksiä tiettyyn rajaan saakka. Hoitajat olivat kiinnostuneita farmakologisen kivun hoidon lisäksi myös muista keinoista, joista läsnäolon ja juttelun he kokivat hyväksi, mutta hierontaa kivunhoidon lievittäjänä heillä ei mielestään ollut riittävästi aikaa. Hoitajien mielestä onnistuneen kivunhoidon edellytys on potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen hyvä suhde. (Lindberg-Engström 2010.)

Hoitajan rooli kivunhoidon toteuttamisessa ja arvioinnissa on siis erittäin oleellinen potilaan hoidon kannalta. Hoitajan tehtävänä on kipujen hoitamisen lisäksi rauhoitella ja selvittää potilaan näkemyksiä ja kokemuksia kivusta. Hoitajan tulisi lisäksi selvittää potilaan mahdollisia virheellisiä ja puutteellisia tietoja sekä vahvistaa tämän uskoa ja optimismia kivunhoitoon. Hoitajan tulisi ennakoida ja seurata kivunhoidon onnistumista tiiviisti. (Estlanden 2003:59.)

## **6 Toiminnallinen opinnäytetyö teho-osastolla**

Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, joka on työelämän kehittämistyötä. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla tavoitellaan ammatillisen kentän käytännön toiminnan kehittämistä, ohjeistamista, järjestämistä sekä järjeistämistä.(Falenius-Leino-Leinonen-Lumme-Sunqvist 2006.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä on sopivassa suhteessa yhdistettynä teoriaa sekä työskentelyn ja raportoinnin tutkivaa otetta. (Airaksinen-Vilkkä 2004:7). Falenius ym. (2006) toteavat toiminnallisen opinnäytetyön kokonaisuuden koostuvan toiminnallisesta osuudesta eli produktiosta sekä opinnäytetyöraportin eli työprosessin dokumentoinnista. Työelämäyhteytensä vuoksi toiminnallisella opinnäytetyöllä on yleensä toimeksiantaja, josta tämän työn kohdalla kerrotaan seuraavaksi.

## 6.1 Opinnäytetyön kohderyhmä

Opinnäytetyö kuului HUS HYKS Operatiivisen tulosityksikön potilasturvallisuuden kehittämiseen, joka muodostaa tämän opinnäytetyön työelämäyhteyden. Opinnäytetyö toteutettiin HUS:in Meilahden sairaalan teho-osastolla 20, joka on henkilökunnaltaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suurin teho-osasto, sillä jo pelkästään hoitajien ja osastosihteereiden yhteenlaskettu vakanssimäärä on 120 henkilöä, todetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (2010) internetsivuilla.

Teho-osastolla 20 tehohoitoa toteutetaan moniammatillisesti eri alojen erikoislääkäreiden, sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, osastosihteerien, väline- ja laitoshuoltajien ja osastofarmaseutin avulla. Jokaiselle potilaalle on nimetty omahoitaja, joka valvoo ja huolehtii potilaan tilassa tapahtuvista muutoksista. Näistä seurattavista suureista yksi on tehohoitopotilaan kokema kipu.

Teho-osasto 20 jakaantuu kahteen tilaan, A- ja B- osaan. A-osassa on 10 potilaspaikkaa ja B-osassa 6 paikkaa, joista yksi on eristys huone. Osastolla hoidettaville kriittisesti sairaille potilaille annetaan esimerkiksi vaativaa hengityksen ja verenkierron tukihoidoa sekä munuaisten korvaushoitoja. Osastolla voidaan antaa myös jäähdytys hoitoa kammiovärinästä elvytetyille. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010).

## 6.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Raskaan tehohoidon ja vaativan valvonnan toteuttaminen teho-osastolla 20 edellyttää lukuisan joukon hoitohenkilökuntaa, joka toimii kivunhoidon arvioijana ja toteuttajana. Tehohoitajat osastolla ovat alansa ammattilaisia ja kokeneita kivunhoitoon liittyvissä asioissa, mutta uusien näkökulmien ja muistinvirkistykseen toivottiin tuovan tehostusta kivunhoidon tarpeen ja vaikutuksen arviointiin erityisesti niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty ilmaisemaan itseään tilastaan johtuen. Puutteita on havaittu arviointikäytännöissä erityisesti kivunhoidon onnistumisen suhteen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää kivunhoidon tarpeen ja vaikutuksen arviointiin liittyvä teemakuukausi HUS:n teho-osasto 20:lla, jonka aikana osaston hoitohenkilökuntaa muistutetaan kivunhoidon tärkeydestä, kuten kivun arvioinnista,

hoidosta, hoitomuodoista, annetun hoidon vaikutuksen arvioinnista ja kirjaamisesta. Tavoitteena oli erilaisten havaintomateriaalien avulla tuoda esille kivunhoidon arviointikäytäntöön liittyviä asioita niiden potilaiden osalta, jotka eivät itse mahdollisia kipujaan pysty ilmaisemaan. Tavoitteena oli, että henkilökunta voi työpäiviensä aikana lukea aiheeseen liittyvää tietoa esimerkiksi tietolehtisistä, julisteista, postereista sekä tutustua aiheeseen osastotunnilla pidettävän tietoiskun muodossa. Tavoitteena oli virkistää hoitajien muistia kivunhoidon tarpeen ja vaikutuksen arvioinnin tärkeydestä sekä edesauttaa arviointikäytänteiden vakiintumista päivittäisessä hoitotyössä esimerkiksi kivun kirjaamiskäytännön tehostumisena.

### 6.3 Teemakuukauden toteuttamisvaiheet

Ensimmäinen vaihe työn aloittamisessa oli tapaaminen teho-osasto 20:n apulaisosastonhoitaja, TtM Kaija Kiljusen kanssa. Neuvottelussa käytiin läpi tulevan hankkeen tarkoitusta ja tavoitteita sekä millä keinoin ja aikatauluin toiminnallista opinnäytetyötä lähdetään tekemään. Sovimme myös, että Kaija toimii opinnäytetyöni työelämäohjaajana ja –asiantuntijana.

Tapaamisessa sovimme, että teemakuukausi pidetään helmikuun 2013 aikana. Lisäksi sovimme, että henkilökunnalta kerätään kirjallinen arviointi hankkeen onnistumisesta ja hyödyllisyydestä, jotta saataisiin kokonaisarvio siitä, onko vastaavanlaisten teemakuukausien järjestäminen jatkossakin tarkoituksenmukaista. Mielipidekyselyä varten tarvittiin tutkimuslupa, jota varten täytin tutkimuslupahakemus palautelomakkeineen ja saatekirjeineen. Lupahakemus lähetettiin HYKS Operatiiviseen tulosyksikköön hoitotyön erikoissuunnittelija Leena Timoselle, joka valmisteli tutkimusluvan. Lopullisen luvan palautekyselyn järjestämiseen antoi johtava ylihoitaja Arja Tuokko.

Opinnäytetyötä suunnitellessani ja tehdessäni olen ollut yhteydessä sekä opinnäytetyön ohjaajaani että osaston yhteyshenkilöön. Heiltä olen saanut ohjausta ja tukea työn toteuttamiseen. Opinnäytetyön ohjaajani oli myös mukana ensimmäisellä tapaamisella osastolla, jolloin työelämäasiantuntijan kanssa sovimme opinnäytetyön lähtökohdista. Lisäksi hän oli mukana teemakuukauden aloituspäivänä.

#### 6.4 Teemakuukauden toteutusmuodot

Teemakuukauden suunnittelu aloitettiin miettimällä työn tarkoitusta ja tavoitteita. Koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuukauden aikana tuoda esille erilaisin materiaalein kivunhoidon tarpeen sekä vaikutusten arvioinnin tärkeys, lähdettiin pohtimaan hyviä keinoja tuoda asioita esille. Oleellista oli, että valitut havaintomateriaalit tavoittaisivat kuukauden aikana mahdollisimman suuren joukon henkilökunnasta ja jäisivät mieliin ajatuksia herätellen. Tärkeää oli, että kaikki materiaaleissa esille tuleva kivunhoitoon liittyvä tieto pohjautuu teoriaan ja tutkittuun tietoon. Tämän raportin teoreettinen osuus tehohoitopotilaan kivunhoidon menetelmistä sekä kivun arvioinnista ja kirjaamisesta ovat toimineet havaintomateriaalien tietoperustana.

Suunnitelmissani halusin, että tehohoitopotilaan kivunhoitoon liittyviä asioita käsitellään ja tuodaan esille mahdollisimman monipuolisesti. Halusin, että kirjalliset havaintomateriaalit olisivat selkeitä, mieleenpainuvia sekä lukuisien muiden ilmoitusten joukosta edukseen erottuvia. Lisäksi oli myös tärkeää, että kirjalliset tuotokset olisivat mahdollisimman monipuolisia sekä ulkoasultaan että sisällöltään.

Kirjallisten havaintomateriaalien osalta päädyin osaston seinille kiinnitettäviin postereihin sekä kahvihuoneen pöydille asetettaviin pöytäständeihin. Posterit suunnittelin olemaan kokoa A3 ja A4. Niiden tekemiseen käytin Microsoft Office Publisher –ohjelmaa, jonka avulla pystyin luomaan mukautettavien tyyli-pohjien muuntelulla mieleisiäni materiaaleja. Tein ulkoasultaan ja sisällöltään erilaisia postereita viisi kappaletta (Liitteet 1-5). Niiden lisäksi tein kaksi muistutus-posteria, joiden tarkoituksena oli lyhyesti ja ytimekkäästi muistuttaa hoitamaan kipua (Liite 6). Osaston kahteen kahvihuoneeseen askartelin pahvista viisi kappaletta kolmion muotoisia pöytäständejä. Tein Microsoft Office Publisher –ohjelmalla A4 kokoiselle arkille kolmeen osaan taitettavan tekstin kuvineen. Leikkasin paperista arkin osat ja liimasin ne kukin kolmionsa omalle sivulle (Liitteet 7-12). Sekä postereissa että pöytäständeissä oleva informaatio perustuu tässä raportissa olevaan teoretiseen tietoon.

Suunnitellessani materiaaleja, minulle oli myös tärkeää, että osastolle jää kivunhoidon teemakuukaudesta jotain, johon myöhemminkin voi palata ja tämän johdosta kokosin kipukansion. Sisällytin kansion muun muassa Sairaanhoidtajaliiton (1996) laatimat

sairaanhoidajan eettiset ohjeet sekä Suomen Tehohoitoyhdistyksen (1997) määrittelemät tehohoitoon soveltuvat eettiset ohjeet. Kokosin kansioon myös tietoa kivun syntymisestä ja kiputyypeistä sekä kivunhoidon merkityksestä. Lisäksi liitin kansioon tietoa erilaisista kivunarvioinnin apuvälineistä ja lääkkeettömän kivunhoidon keinoista, kuten ohjeita hengitys- ja rentoutusharjoitteiden toteuttamiseen ja musiikin merkityksestä kivunhoidon tukena. Kansion loppuun lisäsin vielä kivunhoitoon liittyvien internetsivustojen linkkejä sekä kivunhoidon yhteistyötahojen tietoja, kuten HUS:n kipuklinikan ja kipsairaanhoidajien yhteystiedot. Tarkoituksena oli, että kipukansio olisi teemakuukauden ajan kahvihuoneessa esimerkiksi taukolukemisenä ja myöhemmin löydettävissä sille määrätystä paikasta.

Teemakuukautta suunnitellessani olin sähköpostitse yhteydessä 15 eri lääkealan yritykseen ajatukseni saada heiltä materiaalia kivunhoitoon liittyen. Muutamalta yritykseltä sain heidän tuotevalikoimaansa liittyvien tuotteiden mainosmateriaalia, esitteitä ja mustekyniä. Eräs iso lääkealan yritys lahjoitti myös näytteeksi noin 20 kappaletta lämpölaastareita ja kaksi kylmä-kuuma-geelipussia. Ajatuksena oli, että hoitohenkilökunta näkee erilaisia lääkkeettömän kivunhoidon välineitä, joiden tehokkuutta ja käytännöllisyyttä he voivat testata omien mahdollisten lihaskipujen hoitona. Lisäksi sain HUS:n kipuklinikalta jaettavaksi kipukiilan ja numeraalisen asteikon sisältäviä kipumittareita.

Aloitin teemakuukauden helmikuun alussa, jolloin vein kaikki hankkimani ja tekemäni materiaalit osastolle. Osastolla tiistai-iltapäivisin on varattuna tunti osastotuntia varten. Näin ollen helmikuun ensimmäisenä tiistaina pidin osastotunnin, jonka aikana kerroin opinnäytetyöni aiheesta ja tarkoituksesta sekä esittelin kaikki materiaalit, niiden tarkoituksen ja sisällön. Olin valmistellut Microsoft Office PowerPoint –ohjelmalla esityksen tehohoitopotilaan kivusta, sen aiheuttajista, hoitomuodoista, arvioinnista sekä kirjaamisesta. Esityksen tarkoituksena oli herättää kuulijoissa ajatuksia ja synnyttää aiheeseen liittyvää keskustelua.

Oman luentoni lisäksi halusin järjestää osastolle myös asiantuntijavierailuja teemakuukauden aikana. Tiedustelin muutamalta lääkealan yrityksiltä kiinnostusta asiantuntijavierailuun esimerkiksi omien kivunhoitotuotteiden esittelyn muodossa ja erään yrityksen edustaja olikin kiinnostunut ajatuksesta. Koska kaikki helmikuun osastotunneille varatut ajat olivat jo osaston puolesta käytössä, sovimme, että



asiantuntijavierailu pidettäisiin non-stop –tyylisesti aamupäivän aikana. Ajatuksena oli, että kolmen tunnin aikana esittelijät pitävät aiheestaan kaksi esitystä, jolloin henkilökunta voi sopia keskenään töiden kannalta sopivan ajankohdan osallistumiseensa. Yrityksen kanssa sovimme esittelyn aiheeksi PCA –kipulääkeannostelijan ja sen käyttöön liittyvät asiat. Aihe koettiin osaston kannalta hyödylliseksi, sillä ajoittain teho-osastolla on hoidettavana potilaita, joille on saatettu esimerkiksi leikkauksen yhteydessä asettaa PCA-kipupumppu. Koska pumpun käyttö on teho-osastolla ajoittaista, muistin virkistys annostelijan toimintaan liittyen koettiin olevan paikallaan.

Yritysvierailun lisäksi halusin järjestää osastolle myös asiantuntijan, joka on päivittäin tekemisissä kivunhoidon ja sen suunnittelun parissa. Otin yhteyttä Meilahden sairaalan akuutin kivunhoidon ryhmän (Acute Pain Service eli APS-ryhmä) kipuhoitajiin, joiden kanssa sovimme tapaamisen. Keskustelin heidän kanssaan mahdollisuudesta tulla kertomaan teho-osaston henkilökunnalle kuinka APS-ryhmältä voi saada konsultointiapua kivunhoitoon liittyvissä asioissa. Kipuhoitajien koko kevään aikataulu osoittautui kuitenkin niin täydeksi, että teho-osastolla luentomainen vierailu ei olisi mahdollista. He antoivat kuitenkin osastolle APS-ryhmän yhteystiedot sekä kipuhoitajien kevään aikana järjestämän kivunhoitokoulutuksen aikataulun.

Suunnittelin, että kivunhoidon asiantuntijoiden lisäksi olisi hyvä järjestää osastolle myös kokemusasiantuntijan vierailu. Vaikka teho-osastolla hoidetaankin pääsääntöisesti akuuttia kipua, olisi oleellista kuulla, miten hoitamatta jäänyt kipu voi kroonistua ja näin ollen saada potilaslähtöinen näkökulma kivunhoidon tärkeyteen. Olin yhteydessä Suomen kipu ry:n, joka toimii etujärjestönä kipupotilaille ja heidän lähimmäisilleen sekä hoitohenkilökunnalle. Järjestön toiminnan periaatteena on muun muassa tiedottaa asioista, jotka liittyvät kivunhoitoon. (Suomen kipu ry). Tarkoituksena oli, että järjestön edustaja tulisi osastolle kertomaan kroonistuneen kivun vaikutuksista elämään. Sain yhteydenoton projektikoordinaattorilta, joka itsekin 15 vuotta kroonisen kivun kanssa eläneenä lupautui olemaan tarvittaessa käytettävissä kokemusasiantuntijana. Vierailun järjestämisen ongelmaksi muodostui kuitenkin osaston ja vierailijan yhteisen aikataulun järjestäminen. Krooninen kipu oli kokemusasiantuntijan elämässä niin hallitseva, että päiväkipulääkettä tunti ennen ja jälkeen oli mahdotonta aikaa liikkua eikä aina ole varmuutta onko jalkeilla olo edes mahdollista. Osaston toiminnan ja vierailijan

mahdollisuuksien mukaan päädyimme siihen, että tämän teemakuukauden aikana ei kokemusasiantuntijan käyntiä sittenkään toteutettu.

## 6.5 Teemakuukauden arviointi

Teemakuukauden aikana osastolla oli ollut esillä kivunhoitoon liittyviä julisteita, muistutuksia, pöytäständejä, esitteitä, tuotenäytteitä ja kipukansio artikkeileineen. Lisäksi osaston henkilökunnalle pidettiin omasta toimestani kivunhoitoon liittyvä osastotunti sekä asiantuntijavierailijoiden esittely PCA-kipupumpun toiminnasta. Koska kivunhoidon teemakuukauden kohderyhmänä oli teho-osaston hoitohenkilökunta, oli oleellista, että sen näkemys työn hyödyllisyydestä tulisi kuulluksi.

Palautelomakeessa(Liite13)hoitohenkilökunnalta kysyttiin mielipidettä teemakuukauden hyvistä ja kehitettävistä puolista. Lisäksi palautteen antaja sai antaa teemakuukaudelle kouluarvosanan 4-10, josta kymmenen kuvaa kiitettävää. Lopuksi vastaaja sai ehdottaa kiinnostavaa aihetta mahdollisesti myöhemmin osastolla järjestettävää teemakuukautta ajatellen. Mielipidelomakkeet ja niiden palautuslaatikko laitettiin esille henkilökunnan kahvihuoneeseen. Opinnäytetyön työelämäohjaaja Kaija lähetti hoitohenkilökunnalle sähköpostin, jossa kerrottiin mahdollisuudesta antaa kivunhoidon teemakuukaudelle palautetta.

Palautelomakkeita sain täytettynä yhden kappaleen. Vastaajan mielestä kivunhoidon teemakuukaudessa oli hyvää se, että sen aikana tuotiin esille erilaisia kivunlievityskeinoja. Vastaaja koki huomioivansa kivun sekä kirjaavansa kivunarvioinnin paremmin teemakuukauden johdosta. Kehitettäväksi alueeksi vastaaja mainitsi annetun kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnin, joka myös teemakuukauden aikana olisi voitu tuoda perusteellisemmin esille. Kouluarvosanalla 4-10 vastaaja arvioi teemakuukauden yltävän 9. Seuraavan osastolla mahdollisesti järjestettävän teemakuukauden aiheeksi vastaaja ehdotti neurologisen potilaan hoidon sekä antibioottien oikean annostelun.

## 7 Pohdinta

Tehohoidossa olevan potilaan vamma, sairaus sekä hoitoon liittyvät toimenpiteet voivat aiheuttaa kipua. Hoitamattomana kipu aiheuttaa turhaa kärsimystä ja pitkään jatkuessaan voi hidastaa potilaan parantumista sekä synnyttää kivun kroonistumisen. Kipukokemus on aina yksilökohtainen ja paras kivun arvioija on henkilö itse, mutta tajuton tehohoitopotilas tarvitsee kipunsa arvioijaksi hoitajan apua. Hoitotyöntekijän tulisikin ymmärtää kivunhoito tärkeäksi osaksi potilaan hoidon kokonaisuutta ja laatua. Jokainen teho-osastolla työskentelevä hoitaja on päivittäinen tekemisissä kivun kanssa. He arvioivat kipua joko itse tai potilaan tulkinnan perusteella, hoitavat kipua lääkkein tai lääkkeettömin keinoin sekä kirjaavat suoritettut toimenpiteet potilasasiakirjoihin jäsentämällä kysymyksiä mitä, miten ja miksi. Hoitajan rooli kivunhoidon toteuttamisessa ja arvioinnissa on siis erittäin oleellinen ja hänen tulisikin ennakoida ja seurata kivunhoidon onnistumista tiiviisti.

Kivunhoidon teemakuukauden alussa pidetyn osastotunnin keskusteluissa tuli esille, että kivunhoidon tärkeys ja toiminta on kyllä tiedossa, mutta käytännössä syyt, kuten esimerkiksi kiire tai kivun kirjaamisjärjestelmän monimutkaisuus voivat estää kivunhoidon täydellisen toteutumisen. Keskustelussa nousi esille, että kipua kyllä hoidetaan, mutta kirjaaminen voi jäädä ajoittain puutteelliseksi. Tämä osoittaa mielestäni hyvin sen, että oleellisten asioiden esilletuonti aika ajoin on kivunhoidon eheyden kannalta tärkeää. Teho-osastolla kipua hoidetaan pääasiallisesti lääkkein ja siksi toivonkin, että kokeiluun tuomistani lääkkeettömiä menetelmiä edustavista kylmäkuuma-geelipusseista ja rentoutusohjeista olisi käytännössäkin hyötyä. Luentoni kivunhoidosta sujui mielestäni hyvin, sillä se sisälsi oleellista tietoa ja herätti keskustelua. Uskon, että muistin virkistys ja uusien näkökulmien esille tuominen ovat varmasti aina tervetulleita asioita.

Julisteiden ja pöytäständien tekeminen oli mielestäni antoisaa ja vaativaa niin sisällön kuin graafisen suunnittelun suhteen. Osaston seinällä olevat julisteet sekä kahvihuoneen pöydillä olevat ständit olivat huomiota herättäviä ja poikkesivat normaalista tavasta tuoda tärkeitä asioita esille. Kipukansion kokoaminen oli kiinnostavaa, sain lisätä sinne mieleisiäni artikkeleita ja kerätä oleelliseksi pitämäni aineistoa. Hyvänä pidin eri kivunhoidon yhteistyötahojen tietoja, jotta henkilökunta voi

yhdestä tietystä paikasta löytää nopeasti Acute pain service-ryhmän jäsenten yhteystiedot. Erilaisten hengitys- ja rentoutusharjoitusten ohjeet olivat myös mielestäni hyvä lisäys kansioon. Osastolla oltiin mielissään konkreettisista materiaaleista, joita on myöhemminkin mahdollista hyödyntää ja laittaa esille.

Materiaalien hankinnassa oli mielestäni yllättävää, kuinka mielellään monet lääkealan yritykset olivat halukkaita auttamaan. Yleisesti yhteydenottoihini vastattiin nopeasti ja uskonkin, että osallistuminen materiaalien toimittamiseen nähtiin hyvänä markkinointikeinona. Muutama yritys lähettikin minulle kotiin kiputuotteidensa esitteitä ja näytteitä osastolla jaettavaksi. Yritysvierailun järjestämisen koin tarkoituksenmukaiseksi, vaikka kiireisen edustajan tavoittaminen ja aikataulujen yhteen sovittaminen osoittautuivat haasteellisiksi. Yhteydenottojen aloittaminen jo ennen joulua helpotti osastolle ja yrityksen edustajalle sopivan yhteisen ajan löytymistä. Ns. non-stop-esityksinä pidettyihin esittelyihin teho-osaston henkilökuntaa osallistui yhteensä 20 henkilöä. PCA-kipupumpun käyttöopastus herätti mielenkiintoa ja keskustelua ja koettiin tarpeelliseksi.

Asiantuntijavierailijoita hankkiessani huomasin, kuinka haasteellista on yhdistää kahden kiireisen toimijan aikatauluja yhteen. Vaikka olin hyvissä ajoin liikkeellä myös Acute pain service-ryhmän kipuhoitajien suhteen, heillä ei ollut mahdollisuutta osallistua teemakuukauden tai edes koko kevään aikana koulutustuokion järjestämiseen teho-osastolla. Haasteellisimmaksi opinnäytetyöni kannalta koinkin juuri yhteistyötahojen yhteydenotot. Oman haasteensa synnytti myös teho-osaston toiminnan luonne, jossa vierailujen järjestämiseen kuukauden aikana on mahdollista muutamana määrättynä päivänä. Tämän vuoksi myös kokemusasiantuntijavierailua oli mahdotonta järjestää, vaikka itse olisin pitänyt sitä hyvänä näkökulmana. Oleellista on kuitenkin tietää, että on olemassa erilaisia tahoja, joiden asiantuntijat voivat tarvittaessa antaa konsultointiapua ja opetusta kivunhoidosta tai esimerkiksi koulutuspäivien sisällön suunnittelusta.

Työtä tehdessäni huomasin, että kivusta ja sen hoitamisesta löytyy hyvin paljon tietoa erilaisista lähteistä. Kivunhoitoon ja arviointiin on olemassa lukuisia niin kotimaassa kuin ulkomailla tehtyjä tutkimuksia. Lisäksi on olemassa muita hyviä kirjallisuuteen perustuvia lähteitä, joista yhdessä tutkimusten kanssa sain koottua mielestäni kattavan teoriapohjan teemakuukauden toteuttamiseksi. Suunnittelu on ollut mielenkiintoista,

olen saanut käyttää mielikuvitustani ja tehdä materiaaleista mieleiseni näköisiä. Tämän opinnäytetyön tekemisessä on saanut olla luova niin materiaalien kehittelyn kuin sopivien aikataulujen luovimisen kanssa. Koska aloitin työn organisoinnin tarpeeksi ajoissa, en kokenut kiirettä minkään asian suhteen. Lisäksi hyvä yhteistyö ja ohjaus niin opettajan kuin osaston yhteyshenkilön kanssa ovat edistäneet sujuvaa työskentelyä ja asioiden etenemistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Meilahden sairaalan teho-osastolla 20 kivunhoidon tarpeen ja vaikutuksen arviointiin liittyvä teemakuukausi, jonka aikana osaston hoitohenkilökuntaa muistutetaan arviointikäytännön ja kirjaamisen tärkeydestä ja perusteista. Tavoitteena oli erilaisten havaintomateriaalien avulla tuoda esille kivunhoidon arviointikäytäntöön liittyviä asioita, joita henkilökunta voi työpäiviensä aikana lukea esimerkiksi tietolehtisistä, julisteista ja postereista. Tavoitteena oli virkistää hoitajien muistia kivunhoidon tarpeen ja vaikutuksen arvioinnin tärkeydestä sekä edesauttaa arviointikäytänteiden vakiintumista päivittäisessä hoitotyössä. Mielestäni opinnäytetyöni saavutti tarkoituksensa ja tavoitteensa. Teemakuukausi järjestettiin sille sovittuna ja suunniteltuna ajankohtana aiheena kivunhoito sekä sen arviointi ja kirjaaminen. Suunnittelemani ohjelma ja tuottamani materiaali vaikuttivat edistävästi opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden täyttymiseen. Kehittävänä näkökulmana pidän aikataulullista ongelmaa, olisin voinut jo organisoinnin alkuvaiheessa miettiä niitä tekijöitä, jotka mahdollisesti voivat hidastaa työn edistymistä. Esimerkiksi kiireiset yhteistyötahot saattoivat pystyä antamaan tapaamisajankohdan vasta muutaman viikon päähän yhteydenotostani. Ennakoimalla olisin voinut sopia tapaamiset jo syksyllä ja ehkä olisin voinut saada yhteistyötahoja enemmänkin mukaan.

Henkilökunnalta saamani kirjallinen palaute teemakuukauden onnistumisesta jäi hyvin minimaaliseksi, sillä vastauksia sain ainoastaan yhden. Vastaajan mielestä teemakuukausi oli onnistunut ja esillä olleet aiheet vaikuttivat positiivisesti hänen kivun havainnointiinsa. Jotta kivunhoidon teemakuukauden onnistuminen olisi hoitajien näkökulmasta arvioitavissa, olisi isompi vastausmäärä ollut oleellinen. Tämä yksi palaute kuitenkin osoittaa, että kuukauden aikana esillä olleet materiaalit ovat ainakin hänen kohdallaan herättäneet kiinnostusta.

Jatkossa osaston kannalta olisi varmasti kiinnostavaa selvittää, miten kivunhoidon toteutuminen käytännössä toimii ja miten henkilökunta kivun kirjaamisjärjestelmän toimivuuden kokee. Tavoitteena voisi olla esimerkiksi osastolle räätälöidyn kivunarviointikaavakkeen tai kipumittarin kehittäminen. Lisäksi voisi selvittää kivunhoidon onnistumista joko hoitohenkilökunnan tai mahdollisesti potilaiden näkökulmasta. Myöhemmin esimerkiksi saattaisi olla kehittää lääkkeettömien kivunhoitokeinojen hyödyntämistä jokapäiväisessä työssä. Tämä opinnäytetyö on toivottavasti toiminut ajatusten ja keskustelun herättelijänä sekä edistäjänä kivunhoidon laadukkaassa toteuttamisessa.

## Lähteet

Airaksinen, T. - Vilkka H. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Tammer-paino Oy.

Ala-Kokko, V., Perttilä, J., Pettilä V. - Ruokonen, E. 2010. Tehohoito-opas. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castren, M., Säämänen, J. - Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammer-paino Oy.

Bradshaw, D., Donaldson, G., Jacobson, R., Nakamura, Y. - Chapman, C. 2011. Individual Differences in the Effects of Music Engagement on Responses to Painful Stimulation. *The Journal of Pain*, 2011:12

Cooke M, Chaboyer W, Schluter P, Foster M, Harris D, Teakle R. 2010. The effect of music on discomfort experienced by intensive care unit patients during turning: A randomized cross-over study. *International Journal of Nursing Practice*, 16: 125–131

Duodecim. 2009. Voiko kipua mitata? Artikkelin tunnus: kha00025 (005.005). [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00025](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025)

Duodecim. 2010. Porrastettu kivunhoitomalli. Artikkelin tunnus: ima01799 (501.116). Kuvatietokanta. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ima01799](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01799)

Engwall, M. - Sörensen, G. 2009. Music as a Nursing Intervention for Postoperative Pain: A Systematic Review. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24 (6), 370–383

Erikoissairaanhoitolaki. 1.12.1989/1062. Luettu 5.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Estlanden, A-M. 2003. Kivun psykologia. WS bookwell oy.

Falenius, M., Leino, M., Leinonen, R., Lumme, R. - Sunqvist, L. 2006. Monimuotoinen /toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Luettu 5.11.2012. <http://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Gelinas, C., Harel, F., Fillion, L., Puntillo, K. - Johnston, C. 2008. Sensitivity and specificity of the critical-care pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. *Journal of pain and symptom management* vol.37 No.1 January 2009.

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 12.7.2006. Kipu. Luettu 14.9.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,1941>

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Teho-osasto 20. Luettu 26.2.2013. [http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/osastot/teho\\_osasto\\_20/Sivut/default.aspx](http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/osastot/teho_osasto_20/Sivut/default.aspx)

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. - Valtonen, K. 2009. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY.

Iivanainen, A. - Syväoja, P. 2008: Hoida ja kirjaa.Helsinki: Tammi.

Johansson, M. - Kokinsky, E. 2009. The Comfort behavioral scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. Nursing in critical care 2009 vol.14 no.3.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 14.9.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Luettu 18.9.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laurila, P. 2002. Pain relief after joint surgery, a clinical study. University of Oulu; department of anaesthesiology.

Leino-Kilpi, H. - Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY.

Lindberg, J-O. - Engström, Å. 2010. Critical care nurses experiences. Pain Management Nursing, Vol 12, No 3 (September), 2011: pp 163-172. Verkkoartikkeli.  
[http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(10\)00040-8/abstract](http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(10)00040-8/abstract)

Mitchinson, A. Hyungjin, M., Rosenberg, J., Geisser, M., Marvin, K., Dolores C. - Hinshaw, D. 2007. Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy. Archives of surgery. 142(12):1158-1167.

Nikoletti, S., Siffleet, J., Shaw, T. - Young, J. 2005. Use of behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Intensive and critical care nursing (2006) 22, 32-39.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012a. Epiduraalinen kivunhoito. Luettu 14.9.2012. <http://www.pkssk.fi/epiduraalinen-kivunhoito1>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012c. Mitä tehohoito on. Luettu 14.9.2012. <http://www.pkssk.fi/mita-tehohoito-on>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2012b. PCA-kipupumppu. Luettu 14.9.2012. <http://www.pkssk.fi/pca-kipupumppu1>

Reinikainen, M. 2012. Hospital mortality of intensive care patients in Finland. Insights into prognostic factors and measuring outcomes. University of eastern Finland. department of anaesthesiology.

Sailo, E. - Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 28.9.1996. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 14.9.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_o\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_ty\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. - Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY



Silvasti, M. 2001. Patient-controlled postoperative analgesia: comparison of efficacy, side-effects and safety of various regimens. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.  
Verkkodokumentti <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/silvasti/patientc.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet, työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.

Suomen kipu ry. 2013. Ajankohtaista. Luettu 12.3.2013. <http://www.suomenkipu.com/>

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997. Suomen tehohoitoyhdistys. Luettu 14.9.2012. <http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 18.9.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasturvallisuus>

## Posterit; kivun kirjaaminen



Kirjaamista jäsentävät kysymykset; MITÄ? MITEN? MIKSI?

# KIVUN KIRJAAMINEN

### KIRJAAMISESSA OTETTAVA HUOMIOON

**MITÄ?**  
Kivun tunnistaminen: Missä kipu? Millaista kipu on? Kuinka voimakasta?  
Milloin alkoi?

**MITEN?**  
Tavoite: Syyn selvittäminen, kivuttomuus / kivun lievittyminen  
Lääkehoito: Lääkkeen nimi, määrä, antotapa, ajankohta, lääkkeen antaja  
Lääkkeetön hoito: Menetelmä  
Haittavaikutukset: Jos ilmenee esim. pahoinvointi

**MIKSI?**  
Seuranta: Kivunhoidon vaikutukset ja onnistumisen arviointi

### HYVIN KIRJATTU KIVUNHOITO

Antaa selkeän kuvan potilaan kipuongelmasta  
Toimii hoidon jatkuvuuden ja suunnitelmallisuuden takeena  
Tärkeä merkitys potilaan turvallisuudelle ja henkilökunnan oikeusturvalla

*Akuttin kivun voimakkuutta tulisi seurata 1-2 tunnin välein ja aina 20 minuutin kuluttua lääkityksestä.*

## Posterit; kivunhoidon onnistumisen arviointi

 © Satu Isomäki, Liisa Luukkari Terveys- ja hoitoala Metropolia AMK  
 HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

# KIVUNHOIDON ONNISTUMISEN ARVIOINTI

*Akuutin kivun voimakkuutta tulisi seurata  
1-2 tunnin välein ja  
aina 20 minuutin kuluttua lääkityksestä.*



*Kivunhoidolliset toimenpiteet tulisi aina kirjata ja onnistuminen arvioida*

Lähde: Salanterä, Hagelberg, Kauppila ja Närhi. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY

## Posterit; kommunikoidun potilaan kivunhoito

Edellyttää hoitohenkilökunnan silmämääräistä havainnointia  
sekä valvontalaitteiden seuraamista

# KOMMUNIKOIDUN POTILAAN KIVUNHOITO

### Kivun havainnointi

Kasvojen ilmeet  
Jalkojen liikehdintä  
Kehon aktiivisuus  
Itkuisuus / kyynelehtiminen  
Äänehtiminen  
Lihasjännittyneisyys  
Reagointi hoitotoimenpiteisiin ja  
lohduteluun  
Pyrkimys suojata kehoa  
Kylmänhikisyys  
Laajentuneet pupillit  
Hengityskoneeseen reagointi

### Elin toimintojen seuraaminen

Systolisen verenpaineen nousu >20mmHg  
Pulssin tiheytyminen >20/minuutti  
Hengitystajuuden kasvu > 10 perustasosta  
Happisaturaation arvon lasku >5%



*Muistathan myös  
kirjata  
kivunhoidolliset  
toimenpiteet  
potilastietoihin*

## Posterit; kivunhoito lääkkeettömin keinoin



Metropolia



© Satu Isomäki, Liisa Lukkari Terveys- ja hoitoala Metropolia AMK

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUORI

# Kivunhoito lääkkeettömin keinoin

## LÄÄKEHOIDON RINNALLA JA TUKENA

### Mielikuvaharjoittelu

- luodaan ajatuksiin ympäristö, jossa kipu unohtuu ja rentoutuminen on helpompaa.

### Hengitysharjoittelu

- Rentouttaa jännityksessä olevia lihaksia.

### Hoivaava kosketus

- on keino olla kontaktissa ja osoittaa huolenpitoa ja hellyyttä.
- saa aikaan endorfiinien erittymistä, joka vähentää kipua ja aiheuttaa hyvinolontunteen.

### Hieronta ja fysioterapia

- Rentouttaa lihaksia sekä kohentaa veren- ja imunesteen kiertoa
- Saa aikaan endorfiinien erittymistä ja helpottaa ahdistusta

### Pintalämpöhoito

- voidaan antaa lämpöpakkausten, lämpöpeiton tai -lampun avulla
- helpottaa erilaisia luusto- ja lihaskipuja.

### Paikallinen kylmähoito

- voidaan vähentää kipualueen verenkiertoa ja laskea turvotusta.
- auttaa paikallisessa kutinassa sekä nivel-, pään- ja haavasäryssä.

### Asentohoito

- Lieventää kipualueeseen kohdistuvaa ärsytystä ja painehaavojen syntyä.

### Musiikki

- Auttaa siirtymään kuvittelun ja mielikuvien alueelle
- Virikkeellinen, kohentaa vireystilaa ja mielialaa



Lähteet:  
Bömsler, Mäkelä, Rimala-Castren, Säämänen ja Varjus. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammen-paino Oy  
Salo ja Varti. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammen-paino Oy

## Posterit; mitä kipu on?



# MITÄ KIPU ON?

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tunteaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon mahdollisesti liittyy kudosaurio tai sen uhka tai jota kuvataan kudosaurion käsittein.

## KIVUN AIHEUTTAJIA

- Itse sairaus ja vamma (iskemia, luunmurtuma)
- Tehohoidon toimenpiteet (haavan puhdistus, siteiden vaihto)
- Fysiologisten suureiden mittarit ja suonensisäinen lääke- ja nestehoito (kanyylien pistäminen ja pitäminen)
- Hengityskonehoito (intubaatioputki ja liman imeminen)
- Potilaan siirtäminen, liikuttelu ja asennonvaihto
- Leikkaushaavan yhteydessä olevat dreelit
- Turvotukset
- Unen puute, levottomuus ja ahdistuneisuus
- Kovat äänet ja kirkkaat valot



## HOITAMATON KIPU VOI AIHEUTTAA...

- Turvattomuuden tunnetta, ahdistusta, kuoleman sekä fyysisen turvattomuuden pelkoa.
- Kestokyvyn heikkenemistä ja sitä kautta kivun tunteen voimistumista.
- Vaikeuttaa kunnollista liikkumista ja hengittämistä
  - Voi johtaa keuhkoinfektioihin liman kertyessä keuhkoihin
  - Voi aiheuttaa tukkeuman alaraajojen verisuoniin
  - Hidastaa haavan paranemista kudosten hapenpuutteen johdosta.
- Sekavuustilan eli deliriumin jatkuessaan pitkään ja voimakkaana.
- Synnyttää traumoja ja pelkotiloja

**“Kipu on olemassa silloin, kun henkilö sen itse kokee”**



Metropolia



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

© Satu Isomäki, Liisa Luukkari Terveys- ja hoitoala Metropolia AMK

Lähteet: Ala-Kokko, Perttälä, Perttälä ja Ruukonen. 2010. Tehohoitto-opas Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy  
Blomster, Ilkka, Rönkä-Gastren, Säämänen ja Varjus. 2001. Tehohoitto-op. Tampere: Tammer-paino Oy  
Salo ja Varti. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy

**Muistutus -posterit**



**MUISTATHAN  
ARVIOIDA  
ANTAMASI  
KIPULÄÄKKEEN  
VAIKUTUKSEN**



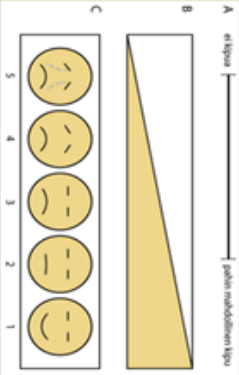
## Pöytäständi: Kipumittarit

KIPUA KUVAAVIA SANOJA	
<b>Luokka</b>	<b>Kipusana</b>
Ajallisuus	Aaltoileva Kohtauksittainen Jatkuva
Sijainti	Pinnallinen Toispuoleinen Säteilevä Syvä
Terminaalinen	Kuunnottava Polttava Pistävä Läpionkeva
Paine	Terävä Vihlova Viiltävä Repivä Vyömäinen Puristava Kouristava
<b>KIPUPIIRROS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piirroksessa miehen tai naisen keho edestä ja taka.</li> <li>Potilas piirtää kuvaan kipeät kohtansa.</li> <li>Kuva täydennetään lisäksi kipua kuvaavilla merkeillä.</li> <li>Kiivun toispuoleisuus ja sijoittuminen antaa viitteitä kiivun syntymekanismista.</li> </ul>

Lähteet: Bomster, Mäkelä, Rintala-Castren, Säämänen ja Verjus, 2001. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Tampere. Tammer-paino Oy.  
Ducodan, 2008. Vahva kipua mittaus Artillelin  
Linnus, KINA0025 (005, 005).  
Salo ja Varti, 2000. Kiivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy.  
Savolainen, Hägeberg, Kauppi ja Niemi, 2006. Kiivun hoito. WSOY

### VISUAALINEN ASTEIKKO (VAS, visual analogue scale)

- Kipujana on 10cm pitkä vaakasuora jana tai punainen kipukilja, joka on toisesta reunastaan paksumpi.
- Janassa ja kiljassa numeroasteikko 1-10.
- Potilas siirtää mittarissa kiinni olevaa merkkiä arviionsa kohtaan



A etupää | paino nolladollinen kipu

B

C

5 4 3 2 1

### NUMEERINEN ASTEIKKO (NRS, numerical rating scale)

- kiivun voimakkuutta arvioidaan kiivuttomuudesta 0 pahimpaan mahdolliseen kiivun 10.

### SANALLINEN ASTEIKKO

#### (VDS, verbal descriptor scale)

- potilas valitsee parhaiten hänen kiivuaan kuvastavan sanan: ei kipua, lievää kipua, kohtalaisia kipua, voimakasta kipua vai sietämätöntä kipua.

### KIIVUN ARVIOINNIN APUNA



- Potilas on kiivunsa paras asiantuntija
- Kiivunmittarin avulla tehdään kipu näkyväksi
- Kiivun mittaaminen on tärkeää kiivunhoidon suunnittelussa ja seurannassa.
- Kipu on hallinnassa, kun sen voimakkuus pysyy asteikolla 0-3.
- Kiivunmittarin käyttö on aina ohjattava potilaalle.

- Kiivunarviointia ja -hoitoa kirjatesssä, tulisi käyttää mittari mainita, jotta hoidon vaikutavuutta arvioidaessa osataan käyttää samaa mittaria.



## AKUUTTI

### KIPU



- Tärkeänä elinihminen varoitussignaali on olennassa olle välttämätön.
- Äkillinen alkaminen ja lyhyt kesto
- On aina henkiloikohainen kokemus ja yhteydessä tunteisiin.
- Hoidon tulee kohdistua kivun syyhyyn mitkäli mahdollista.
- Hoitamattomana voi johtaa kivun kroonistumiseen.

Lähteet: Kivun hoito, Mäkelä, Kirsi & Cetera, 2001. Terveystieteiden tutkimuskeskus Oy.  
Tampere: Tampereen yliopisto.  
Mäkelä, Kirsi & Cetera, 2001. Terveystieteiden tutkimuskeskus Oy.  
Tampere: Tampereen yliopisto.  
Kivun hoito, Mäkelä, Kirsi & Cetera, 2001. Terveystieteiden tutkimuskeskus Oy.  
Tampere: Tampereen yliopisto.

### MITEN KIPU SYNTYY?

Elinihminen kohdistuvan vaurion seurauksena hermopäätteet alkavat lähettää äärettömän voimaa selkäytimen ja sitä kautta aivojen kipukeskukseen viestiä kivusta. Kipuviesti leviää esimerkiksi kivun sijainnista ja voimakkuudesta vastaavalle tuntoaivokuorelle sekä tunteiden syntymään ja käsittelemään osallisurvalle aivokuorelle. Näin ollen kivun yleensä liittyy niin fyysisiä reaktioita, kuten verenpaineen nousua ja hikoilua kuin psyykkisiä tunteita, kuten ahdistusta, tuskaa ja pelkoa.

### KIVUN LUOKITTELU

- Noisepitiseptinen kipu, jos on kliinisesti todettavissa kudosvaurio- tai muutoksia, jotka saattavat kivun hermoärsähtäiden aktivoitumisen.
- Viskeeraalinen eli sisäelinkipu tuntuu kahossa laajemmalla alueella, jolloin kivun aihe on vaikeasti paikannettavissa.
- Neurogeeninen kivun synnyttää yleensä hermoverkkojen tai keskushermoston vaurio, jolloin kivun aiheuttaja on osoitettavissa, mutta vamman korjaaminen on usein mahdollista.
- Idiopaattisen kivun aiheuttaa psyykkiset syyt, kuten ahdistus, levottomuus ja masennus.



@ Satu Isoäki, Liisa Luukkainen, Terveyden ja hoivatoimikunta Metropolia

### Tarpeetonta kärsimystä

## KIPU



Varoittaa elinihmitteä  
uhkavasta  
kudosvauriosta

## HYVIN KIRJATTU KIVUNHOITO

- Antaa selkeän kuvan potilaan kipuongel-  
masta.
- Toimii hoidon  
jatkuvuuden ja  
suunnitelmallisuuden  
takeena.
- Tärkeä merkitys  
potilasturvallisuudelle  
ja henkilökunnan  
oikeusturvalle.
- Nähdään miten  
potilasta on hoidettu ja  
mitä vaikutuksia on  
saavutettu.

Lähteet: Rommari, Mäkelä, Rimala-Carlson, Salmelan ja  
Vartiainen 2001, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Tampere  
Salo ja Vartiainen 2000, Kirjuri, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Tampere  
Salmelan, Högström, Kumpulainen ja Niemi, 2006, Kivun hoito-  
työryhmä

## KIRJAIMISESSA OTETTAVA HUOMIOON

### MITÄ?

Kivun tunnistaminen: Missä kipu?  
Millaista kipu on? Kuinka  
voimakasta? Milloin alko?

### MITTEN?

Tavoite: Syyn selvittäminen,  
kivuttomuus / kivun lievittyminen  
Lääkehoito: Lääkkeen nimi, määrä,  
antotapa, ajankohta, lääkkeen  
antaja  
Lääkkeetön hoito: Menetelmä  
Haittavaikutukset: Jos ilmenee  
esim. pahoinvointi

### MIKSI?

Seuranta: Kivunhoidon vaikutukset  
ja onnistumisen arviointi

 Metropolia  HUS  
© Saini Isomäki, Liisa Luukkari  
Terveys- ja hoitoala Metropolia AMK

## MITÄ? MITEN? MIKSI?

## KIVUN KIRJAIMINEN



## Pöytäständi: Kivun kirjaaminen

## Pöytäständi: Kivunhoidon arviointi

- itse kivun lisäksi hoidetaan sen aiheuttajaa sekä siihen liittyvää ahdistuksen ja pelkojen lievittämistä.
- Hoitajan tehtävänä on kipujen hoitamisen lisäksi rauhoitella ja selvittää potilaan näkemyksiä ja kokemuksia kivusta.
- Hoitajan tulisi selvittää potilaan mahdollisia virheellisiä ja puutteellisia tietoja sekä vahvistaa tämän uskoa ja optimaalisia kivunhoitoon.
- Hoitajan tulisi ennakoida ja seurata kivunhoidon omnis tuisista tiivistä.



Lähteet: Estiäinen, A-M. 2003. Kivun psykologia. W.S. Poikvelli Oy.  
Salo ja Varti. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi-er-gano Oy.

*Kivunhoito on sekä fyysisen että psyykkisen kärsimyksen lievittämistä. Kaikki kivunhoitoon liittyvät toimenpiteet tulee kirjata periaatteella "mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty".*



### KIVUNHOIDON ARVIOINTI


**Akuutin kivun voimakkuutta tulisi seurata 1-2 tunnin välein ja aina 20 minuutin kuluttua lääkityksestä.**

## Pöytäständi: Kommunikoimaton potilas

### Kivun havainnointi

**Kasvojen ilmeet**  
**Jalkojen liikehdintä**  
**Kehon aktiivisuus**  
**Itkuisuus / kynneltäminen**  
**Äänehtiminen**  
**Lihasjänttyneisyys**  
**Reagointi hoitotoimenpiteisiin ja lohdutteeseen**  
**Pyrkimys suojata kehoa**  
**Kylmänkisuus**  
**Laajentuneet pupillit**  
**Hengityskanaseen reagointi**

**Suureiden seuraiminen**  
**Systolisen verenpaineen nousu**  
**Pulssin tiheytyminen**  
**Hengitystajuiden kasvu**  
**Happisaturaation arvon lasku**



Lähteet: Aikio-Koivio, Pietilä, Pääkkö ja Eskelinen 2010  
Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kesälinjatila Oy  
Sonder, Nalati, Renner-Casari, Sittlerin ja Vaara  
2001 Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kesälinjatila Oy  
Sano ja Varti, 2000 Kuumuus, Tampere, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kesälinjatila Oy

Lääkkeiden lisäksi kivunhoidossa voidaan hyödyntää:

- Musiikkia
- Aseenthoitaa
- Kylmä- ja lämpöhoitoa
- Hoivaavaa kosketusta



Kommunikoimattoman potilaan kohdalla on tärkeää huomioida:

- Kipu ei ole pelkästään fyysinen tunne vaan se voi aiheuttaa turvotumisen tunnetta, ahdistusta, kuoleman sekä fyysisen turvotumisen pelkoa.
- Hoitamattomana kipu voi johtaa kesto-kyvyn heikkenemiseen ja sitä kautta kivun tunteen voimistumiseen.
- Hoitoonkiikkunan silmämääräinen havainnointi ja erilaisten valvontalaitteiden seuraaminen nousevat arvoonsa.



- Kivun arvioijana hoitaja

- Mahdollisen kivun määrittely kipuun viittaavien oireiden perusteella



**KOMMUNIKOIMATON  
POTILAS**

  
Metropolia  
@ Satu Isomäki, Liisa Lukkari  
Terveys- ja hoitoala Metropolia AMK

  
HUS

## Valokuvat valmiista pöytäständeistä



## Kipu –teemakuukauden palaute

Nimi: \_\_\_\_\_ (Vapaaehtoinen, palkinnon arvontaan)

Ammatti: \_\_\_\_\_

Mikä / mitkä teemakuukaudessa oli hyvää?

---

---

---

---

Mikä / mitkä asiat teemakuukaudessa edellyttäisivät kehitettävää?

---

---

---

---

Minkä kouluarvosanan (4-10) antaisit teemakuukaudelle? \_\_\_\_\_

Mitä mieltä olet vastaavanlaisen teemakuukauden järjestämisestä osastolla myöhemminkin? Mikä olisi kiinnostava aihe?

---

---

---

---

**KIITOS ANTAMASTASI PALAUTTEESTA!**

