

POTILAAN AKUUTIN KIVUN HOITO
PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Jaakko Hagelberg
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hagelberg, Jaakko. Potilaan akuutin kivun hoito päivystyspoliklinikalla. Helsinki, kevät 2012. 50 sivua, 4 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia aikuisten potilaiden akuutin kivun hoidosta Helsingin kaupungin sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksessa tarkastellaan sairaanhoitajista riippuvien ja heistä riippumattomien tekijöiden vaikutuksia potilaiden kivunhoidon toteuttamisessa. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselyllä kahdelta Helsingin kaupungin päivystyspoliklinikalta marraskuun ja joulukuun välillä 2011.

Kyselyyn sisältyi 12 väittämää ja kaksi esitetokysymystä. Väittämät perustuivat kirjallisuuteen, joiden pohjalta kysely laadittiin. Kyselyt jaettiin 113 sairaanhoitajalle, joista palautui 53 kyselylomaketta. Vastausprosentti oli 47. Aineisto analysoitiin Microsoft Excel –ohjelmiston avulla.

Tulosten perusteella kivun hoitoon vaikuttavat negatiivisesti työntekijän kiireet, lääkemääräysten viivästymiset, sekä potilaasta johtuvat fyysiset, psyykkiset että kulttuuriset tekijät. Tästä huolimatta suurin osa sairaanhoitajista arvioi, että he tunnistavat kivun ja hallitsevat sen hoidon, mutta tarvitsevat kuitenkin näistä lisäkoulutusta. Kivunhoidon kehittämistä ja koulutusta koetaan tarvittavan, vaikka useimpien vastaajien mielestä kivunhoito on asianmukaista päivystyksessä.

Asiasanat: päivystyspoliklinikka, akuutin kivun hoito, arviointi

ABSTRACT

Hagelberg, Jaakko. Acute pain management of a patient in the emergency department. 50 p., 4 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The object of the thesis was to study nursing staff's opinions of success in adult patients' acute pain management at emergency departments. The research studies also different factors which affect pain management. The study was conducted at two Helsinki health centre hospitals' emergency departments in November and December 2011 using a survey which contained 12 claims and two questions. The claims based on different scientific studies from different nursing and medicine journals. The surveys were handed out to 113 registered nurses of which a total of 53 questionnaires were returned giving a 47 percent response rate. The data were then analyzed using Microsoft Excel -software.

The results showed that the majority of emergency department's registered nurses feel that pain management is sufficient, but is affected negatively by various elements. The negative factors concerning pain management were lack of time, delays getting medicine prescriptions and patient related physical, mental and ethnic factors. However, the majority of nurses thought that they have good knowledge of treating pain and recognizing acute pain, but feel that they need more education in pain management. Consequently, further development and education is required, although the majority of respondents is in agreement with the fact that pain management is appropriate at the emergency departments.

Keywords: emergency department, acute pain management, assessment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 AKUUTTI KIPU HOITOTYÖN HAASTEENA	7
2.1 Kivun luokittelu	7
2.2 Kivunhoito sairaanhoitajan tehtävänä	9
2.2 Potilaan kivun tunnistaminen	11
2.3 Akuutin kivun arviointimenetelmiä	13
2.4 Akuutin kivun hoito päivystyspoliklinikalla	15
2.5 Kirjallisuusyhteenveto	17
3 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA TYÖYMPÄRISTÖNÄ	18
4 KVANTITATIIVINEN TUTKIMUS	20
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
5.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	21
5.2 Kyselylomake	21
5.3 Aineisto	22
5.4 Aineiston analysointi	23
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	24
6.1 Validiteetti ja reliabiliteetti	24
7 TULOKSET	26
7.1 Tutkimukseen osallistuneet	26
7.2 Potilaan kivun tunnistaminen	27
7.3 Potilaan kivun hoito	29
8 TULOSTEN TARKASTELU	33
8.1 Tulosten eettisyys ja luotettavuus	33
8.2 Kyselyn tulosten yhteenveto	34
8.3 Pohdintaa	36
8.4 Jatkokehitys ja tutkimuksen tarve	37
LÄHTEET	38

LIITE 1: Saatekirje

LIITE 2: Kysely päivystyspotilaan akuutista kivusta

LIITE 3: Kipulääketaulukko

LIITE 4: Kipumittareita

1 JOHDANTO

Kreikkalaisen mytologian mukaan jumalten johtaja Zeus sai valtavan päänsäryn, joka sai hänet huutamaan ja ulvomaan kivusta Triton-joen varrella. Tämä tarina on melko pitkä ja päättyi väkivaltaisesti, mutta jo edellä mainitun tarun pohjalta voidaan todeta kipua esiintyneen ihmisen historiassa aina taruja myöten. (Daly 2004, 19.) Tarujen totuudenpohja on hatara, mutta todellisuudessa jopa 40 prosentilla sairaalaan tulevista potilaista tulosyynä on kipu. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75, 147.) Potilaiden hakeutuessa sairaalaan kivun takia monet heistä saapuvat päivystysosaston kautta. Päivystystyö vaatiikin henkilökunnalta erityistä osaamista kivunhoidossa, mutta siitä huolimatta aihe on yleisesti vain vähän tutkittu. Kivun arviointimenetelmät ja niiden hoitokeinot ovat kehittyneet, mikä puolestaan vaikuttaa potilaiden ja sairaanhoitajien kokemuksiin hoidosta ja näyttäytyy tulevaisuudessa yleisen hoidon tason paranemisena. (Thomas 2007, 45.)

Kipulääkkeiden käyttö Suomessa on lisääntynyt jatkuvasti 1970-luvulta lähtien useita kymmeniä prosentteja (Turunen 2007, 53). Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean ja Kansaneläkelaitoksen (2010, 65, 241, 248) mukaan vuonna 2009 yli kahdeksan prosenttia suomalaisista käytti päivittäin tulehduskipulääkkeitä itsenäisesti tai hoidossa. Keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä käytti vastaavasti päivittäin noin viisi prosenttia suomalaisista.

Valitsin potilaan akuutin kivun hoidon opinnäytetyöni aiheeksi, sillä aihe on tärkeä ja ajankohtainen ihmisten kiputilojen yleistyessä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien kokemuksia kivunhoidosta. Kirjallisuuden mukaan kivunhoitoon vaikuttavat potilaasta ja sairaanhoitajasta johtuvat tekijät, joiden lisäksi työkiireillä ja kipulääkemääräysten viivästyemisellä on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteyksiä potilaiden kivunhoidon toteuttamiseen.

Aineisto kerättiin Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen Haartmanin ja Marian sairaaloiden päivystyspoliklinikoilta tätä varten kehitetyllä mittarilla.

Tutkimusjoukko oli yhteensä 113 sairaanhoitajaa. Vastauskyselyä kohtaan oli molemmissa tutkimuskohteissa hyvä ja lisäksi tutkijan henkilökohtaisten kiinnostusalueiden vuoksi sekä kipu että päivystystyksellinen hoito yhdistettiin tutkimuksen aiheeksi. Tarve tälle työlle oli työelämästä lähtöisin. Pyrkimyksenä oli löytää mahdollisia ongelmakohtia päivystyspoliikklinikoiden sairaanhoitajien näkökulmasta, jolloin ongelmiin on mahdollista puuttua kivunhoidon kehittämisellä. Opinnäytetyössä tarkastellaan kivun etiologiaa ja sen merkitystä ihmiskehölle, jonka lisäksi teoriaosuudessa esitellään kivun arviointi- ja hoitomenetelmiä käytännön hoitotyössä.

2 AKUUTTI KIPU HOITOTYÖN HAASTEENA

Akuutti kipu on ensisijaisesti elimistön suojamekanismista johtuvaa kipua, jonka tarkoituksena on varoittaa kudოსvauriosta ja estää lisävaurioiden syntyä (Kuuri-Riutta 2010, 237). Hoitamalla akuuttia kipua pystytään potilastyytyväisyyden lisäämisen ohella vähentämään komplikaatioita, lyhentämään hoitoaikoja tehosastoilla ja jopa alentamaan mahdollisesti aiheutuvia kustannuksia (Nilsson & Järvimäki 2001, 49). Krooninen kipu ei ole enää elimistön varoitusmerkki, vaan itse sairaus. Kipu on kroonista, mikäli se on kestänyt yli kolme kuukautta tai se kestää yli kudosten parantumisajan. (Sailo 2000, 34–35.) Ihmisten krooniset kiputilat ovat yleistymässä kaikissa teollisuusmaissa ja akuutin kivun voimakkuus ja kesto ovat yhteydessä kroonisen kivun yleistymiselle. Akuuttia kipua tehokkaasti hoitamalla voidaan jopa estää kroonisen kivun muodostuminen. (Nilsson & Järvimäki 2001, 50.)

2.1 Kivun luokittelu

Kipu itsessään määritellään epämiellyttäväksi, sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy tapahtunutta tai mahdollista kudოსvauriota tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein (International Association for the Study of Pain 2011). Potilaan kipua tulee hoitaa systemaattisen, jatkuvan arvioinnin ja kirjaamisen avulla potilaan terveydentilasta huolimatta (Arif-Rafu & Grap 2010, 345). Kipu on käsitteenä luokiteltu yleisimmin akuuttiin ja krooniseen kipuun (Kuuri-Riutta 2010, 237). Lisäjakoja tehdään yleisesti kipureseptorien ärsytyksestä johtuvaan nosiseptiseen kipuun tai neuropaattiseen kipuun, eli hermovauriosta tai hermojen toimintahäiriöstä johtuvaan kipuun. Näiden lisäksi esiintyy myös idiopaattista, eli tuntemattomalla kipumekanismilla syntyvää kipua, jota ei voida selittää nosiseptorien ärsykkeillä tai neuropaattisella syntymekanismilla. Viimeisenä mainittakoon psykogeeninen kipu, joka on äärimmäisen harvinainen. (Mannheimer 2009.)

Kipua on kun ihminen sanoo hänellä olevan kipua ja tällöin tunne on aina todellinen. Tuntemuksia ei voi myöskään verrata toisen henkilön kokemuksiin kivusta. Yleisesti kivun voimakkuutta luokitellaan täydellisestä kivuttomuudesta lievään kipuun, lievästä kivusta kohtalaiseen ja kohtalaisesta kivusta kovaan kipuun (Mitera ym. 2010, 589). Lisäksi kokonaiskipuun kuuluvat Sailon (2000, 30) mukaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, yhteisöllinen, hengellinen ja kulttuurinen kipu. Tässä tutkimuksessa kivulla tarkoitetaan akuuttia fyysistä kipua.

Edellä luokitelluista kivun lajityypeistä kudosisäurekipu eli nosiseptinen kipu aiheutuu mekaanisesta, lämpötilasta tai toksisesta alkuperästä. Nosiseptisiä kiputiloja ovat tulehduskipu, joka aiheutuu esimerkiksi reumasta. Iskeeminen kipu on hapenpuutteesta johtuvaa ja se syntyy muun muassa angina pectoriksessa. Tukielinten kulumista ja esimerkiksi syövän luustoetäpesäkkeistä aiheutuvat kivut ovat myös nosiseptisiä. (Tigerstedt 2001, 778–779.)

Neuropaattinen ja neurogeeninen kipu ovat kipuradan vauriosta tai toimintahäiriöstä johtuvia. Neurogeenisen kivun vauriot palautuvat ja neuropaattisen kivun vauriot ovat puolestaan palautumattomia. Tutkimusten mukaan neuropaattista kipua esiintyy väestössä yhdellä sadasta. Kiputila saattaa olla perifeeristä, sentraalista tai näiden yhteisvaikutuksesta johtuvaa, esimerkiksi vyöruusua sairastettaessa. Sentraalinen neuropaattinen kipu saattaa esiintyä esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden jälkitiloissa toispuoleisena, multippeliskleroosissa (MS-tauti) tai aavesäryissä. Perifeerisesti neuropaattinen kipu saattaa esiintyä kivuliaissa polyneuropatioissa, hermopinteissä tai välilevyn esiinluiskahdusten yhteydessä. (Haanpää & Vuorinen 2001, 784.)

Psykogeeninen kipu voidaan käsittää yksilön psyyken ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta aiheuttamana kipuna, jolle ei löydy fyysistä selittävää tekijää. Kipu ilmenee ilman fyysistä kipuradoille aiheutunutta vauriota psykologisten tekijöiden vaikutuksesta. Psykogeeninen kipu on monesti seurausta masennuksesta, ahdistuksesta ja henkisestä pahoinvoinnista. Näissä tapauksissa kipu saattaa toimia potilaan ainoana ilmaisukeinona henkisestä

pahoinvoinnista. Psykogeenisen kivun lisäksi, myöskään idiopaattisessa kivussa ei löydy fyysistä kudonvaurioperäistä selittävää tekijää kivulle, vaan se aiheutuu tuntemattomasta syystä. Tällaisia idiopaattista kipua aiheuttavia sairauksia on esimerkiksi fibromyalgia. (Covington 2000, 288; Hietaharju 2011.)

2.2 Kivunhoito sairaanhoitajan tehtävänä

Sairanhoitajan eettisten ohjeiden mukaisesti sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen samalla potilaan yksilöllistä hyvää oloa edistäen (Syväoja & Äijälä 2009, 65). Hoitamaton kipu lisää kärsimystä, hoitohenkilökunnan työtaakkaa ja on sekä juridisesti, että eettisesti tuomittavaa. Sairanhoitajan vastuuna on tunnistaa ja arvioida potilaan kipua, toteuttaa sen hoito ja arvioida hoidon vaikuttavuutta. Kivunhoito vaatii sairaanhoitajalta runsaasti kivunhoidon osaamista, käytännön harjaantumista ja teoreettista tietoa kivun hoidosta. Potilaan kärsimystä tulee aina lievittää, jolloin myös oikea asenteellinen suhtautuminen kivunhoitoon on tärkeää. (Ruuskanen 2005, 4-5; Sairanhoitajaliitto 1996.) Kuitenkin Evans, Hawkes ja Tebbit (2008, 28) toteavat hoitajien omien henkilökohtaisten kipukokemusten saattavan joissain tapauksissa vaikuttaa negatiivisesti potilaille annettavaan kivun hoitoon. Hoitajilla saattaa olla uskomuksia, että potilaan kipu on aina joissain määrin välttämätöntä (Brennan, Carr & Cousins 2007, 209).

Velvoite ammattitaidon ylläpitämiseen edellyttää sairaanhoitajien vuorovaikutuksen ja työyhteisövalmiuksien kehittämistä, jonka yhtenä osa-alueena voidaan pitää kivunhoitoa, sen osaamista ja oman ammatillisuuden tiedostamista. (Salanterä ym. 2006, 29.) Terveystieteiden henkilöstön suurimpana esteenä kivunhoidon lääkkeelliseen hoitoon ovat väärät käsitykset niiden haittavaikutuksista, kuten esimerkiksi opioidien aiheuttamasta riippuvuudesta, minkä vuoksi näitä saatetaan käyttää riittämättömästi. (Brennan ym. 2007, 209.) Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan omat asenteet ja uskomukset vaikuttavat hoitopäätöksiin, eikä hoito toteudu potilaan omien tuntemusten mukaisesti. Lisäksi hoitohenkilökunnalla saattaa olla uskomuksia,

että pienempikokoiset potilaat tarvitsevat vähemmän lääkitystä kookkaampiin potilaisiin verrattuna ja vastaavasti terminaalivaiheessa olevien potilaiden tarvitsevan enemmän kipulääkettä (Duignan & Dunn 2008, 31.) Tästä huolimatta Heiskasen (2001) mukaan myös opioidien käyttö on lisääntynyt muissakin tapauksissa kuin vain kroonisten kipujen hoidossa. Näitä tulisivikin harkita käyttöön nosiseptisessä ja neuropaattisessa kivunhoidossa, mikäli muilla hoidoilla ei päästä riittävään kivuttomuuteen (Kalso & Paakkari 2004, 13).

Työkokemuksen puute vaikuttaa sairaanhoitajan kykyyn arvioida ja hoitaa kipua. Tämä korostuu etenkin vanhusten hoidossa, joilla on kognitiivisen tai sensorisen toiminnan häiriöitä. Evans (2004, 20) totesi, että vanhukset saatetaan nähdä huomionhakuksina ja kyvyttöminä ilmaisemaan kipuaan tarkasti. Osalla sairaanhoitajista on Lewénin, Gardulfin ja Nilssonin (2010, 768) mukaan negatiivista suhtautumista kivun arviointimenetelmiä kohtaan, eivätkä he välttämättä usko potilaan omaan kivunarviointikykyyn.

Sairanhoitajan ammatillisen kokemuksen keston voidaan katsoa vaikuttavan hoidon laadukkuuteen. Asiantuntevaksi sairaanhoitajaksi voidaan kasvaa vain kehittyneen, hankitun kliinisen tiedon tukemana ja käytännön potilastyön kautta. Käytännön potilastyön osaaminen tulee aina perustua korkeatasoiseen tietoon johon sisältyy teoreettinen, metakognitiivinen ja käytännön kokemuksen tuoma tieto. Teoreettinen tieto perustuu laajalti helposti selitettävään faktatietoon, kun metakognitiivinen tieto on sairaanhoitajan kykyä yhdistellä kokemusta ja teoratietoa. Metakognitiivisen tiedon sisältämä ongelmanmäärittelytaito vaatii ratkaisujen löytämistä, esimerkiksi juuri kivunhoidon osaamisessa ja arvioinnissa. Asiantuntevan sairaanhoitajan kokemustieto on käytännössä karttunutta tietoa ja on ulkopuolisille vaikeasti selitettävää tietoa. (Mäkipää & Korhonen 2011, 18.) Benner, Tanner ja Chesla (1999, 17, 64, 71, 174) ovat määrittäneet sairaanhoitajan asiantuntijuuden työkokemusvuosien mukaan, jossa alle kaksi vuotta sairaanhoitajana toimineilla ei ole samanlaista ammatillisuutta kuin yli kaksi vuotta alalla toimineilla henkilöillä. Tämän perusteella yli kymmenen vuoden työkokemuksella sairaanhoitajan on mahdollista kehittää ammatillisuus asiantuntijuuden tasolle, jolloin hän hallitsee myös intuitiivisen päättelykyvyn.

Edellä mainittujen tekijöiden perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajien asenteet, heidän tietonsa, taitonsa ja työkokemuksensa vaikuttavat kivun arviointimenetelmiin ja potilaan hoitoon. Potilaan kivun kirjaaminen vaikuttaa oleellisesti hoitoon ja hoitajien tietämättömyys kivusta ja oikeanlaisesta kivunhoidosta on yleisin syy potilaan vääränlaiseen hoitoon. (Ruuskanen 2005, 16, 18.) Tästä huolimatta kivun arvioinnissa, kirjaamisessa, hoitomenetelmissä ja jatkoseurannassa on havaittu suuria puutteita päivystyksyksiköissä. Esimerkiksi pohjoismaisessa tutkimuksessa todettiin, että ainoastaan joka toisen potilaan kivut olivat kirjattu tullessaan osastolle hoitoon. (Lewén, Gardulf & Nilsson 2010, 764, 768.)

2.2 Potilaan kivun tunnistaminen

Vanhemmat potilaat kertovat kivuistaan yleensä vastentahtoisemmin kuin nuoret potilaat. Ikääntyneiden potilaiden kivunhoitoon saattavat vaikuttaa myös fysiologiset muutokset, kuten näön tai kuulon heikkeneminen ja mahdolliset aivoverenkiertoon liittyvät tai kognitiivisten toimintojen häiriöt. Näiden lisäksi ikääntyminen lisää kipua aiheuttavien sairauksien esiintymistä. (Evans 2004, 18; Määttä & Kankkunen 2009, 283.)

Hoitajat pystyvät arvioimaan dementiapotilaiden kipua ilmeiden ja eleiden lisäksi fyysisinä syömisen, nukkumisen ja aktiivisuuden muutoksina. Näiden lisäksi emotionaaliset muutokset kuten aggressiivisuus, levottomuus, sekavuus tai muut tunnereaktiot voivat olla merkkejä potilaan kivusta. Myös potilaiden psyykkiset taustat, kuten ahdistuneisuus, tuskaisuus, psyykeongelmat, pelko ja muistamattomuus vaikuttavat kivun arviointiin (Kankkunen ym. 2007, 314–315, 317). Kaasalaisen ja Crookin (2004, 200) mukaan dementiaa sairastavien potilaiden kivun arviointi saattaa olla hyvinkin vaikeaa, ja tutkimusten mukaan myös kuulorajoitteisten potilaiden kivun ilmaisukyky on rajoitettua. Kivun havaitseminen onnistuu tällöin myös kehon eleiden perusteella ja kasvoilta havaittavien kivun ilmaisun eleiden on havaittu pysyvän ihmisillä samanlaisina läpi elämän (Prkachin 2009, 58).

Vieraista kulttuureista tulevien potilaiden uskomukset ja asenteet saattavat olla erilaisia, jolloin esimerkiksi tietyissä kulttuureissa kärsimys katsotaan olevan väistämätöntä ja elinpitouden olevan ennalta määrättyä. Tällöin potilas ei välttämättä kykene kertomaan kivun voimakkuudesta tai sijainnista. (Uba 1992, 544–545.) Vieraan kulttuurin on mahdollista olla esteenä myös kivun ilmaisemiselle. Eri kulttuureilla on eroavaisuuksia omien tunteiden ilmaisun suhteen, jolloin kielellisen ymmärryksen lisäksi eri kulttuurista tulevan potilaan hoito saattaa kärsiä ja eräät potilaat saattavat olla haluttomia kertomaan kivustaan (Curtis & Morrell 2006, 3.) Esimerkiksi Ruotsissa Finnströmin ja Söderhamnin (2006, 418–421) tutkimuksen mukaan somalialaistaustaisten naisten on hankalaa ilmaista omaa kipukokemustaan, ja sairaanhoitajien kulttuurisen kompetenssin kehitykselle on havaittu olevan vielä paljon tarvetta. Vähemmistöä edustavien etnisten kulttuurien potilaiden on havaittu saavan kivunhoidon osaamisen kompetenssien riittämättömyydestä johtuen 65 prosentin todennäköisyydellä riittämätöntä kivunlievitystä verrattuna valtaväestöön, joilla riittämätöntä kivunhoitoa on 30 prosentilla potilaista (Purnell 2008, 49). Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi naiset kertovat yleisesti miehiä herkemmin kiputiloistaan, sillä kulttuuristen syiden vuoksi miesten odotetaan kestävänsä naisia enemmän kipua (Saarinen 2007, 30).

Yliopistollisissa sairaaloissa tehdyn tutkimuksen mukaan 93 prosenttia akuuttihoitajista työskentelevistä sairaanhoitajista tuntee olonsa stressaantuneeksi ja työympäristön hyvinvoinnin puutosten on havaittu vaikuttavan haitallisesti potilaisiin ja sairaanhoitajien työhön (Tervo-Heikkinen, Partanen, Aalto & Vehviläinen-Julkunen 2008, 357, 362). Sairaanhoitajat kokevat ajanpuutteen olevan suurin syy eettisten ongelmien esiintymiseen omassa työssään. Näin ollen oikeanlaisen hoidon tarjoamiseen ja toteuttamiseen ei ole aikaa, eikä kyseisiin ongelmiin ole aikaa puuttua. Ajanpuute saattaa heijastua henkilökunnan kiireisiin resurssien vähyydestä tai organisointiongelmista johtuen. (Kuokkanen, Leino-Kilpi & Katajisto 2010, 26, 33.) Ajanpuute aiheuttaa myös potilaiden odotusaikojen pidentymistä, jolloin he ovat päivystyksessä pitkiä aikoja ja näin myös mahdollisesti tarvittavan kipulääkityksen antaminen viivästyy. Ennen kipulääkityksen antamista lääkärin tulee määrätä lääke ennen

hoidon toteuttamista ja päivystyspoliklinikan kiireisen työtahdin vuoksi kipujen on mahdollista jäädä havaitsematta. (Saarinen 2007, 28–30.)

2.3 Akuutin kivun arviointimenetelmiä

Kivun arvioinnin tulee perustua kokonaisvaltaiseen käsitykseen potilaan kiputilasta. Ensisijaisesti sen tulee perustua potilaan omaan ilmaisuun, jolloin tulee ottaa huomioon kivun tiedolliset, aistinperäiset ja tunneperäiset ulottuvuudet. Mikäli potilas ei itse pysty kertomaan kiputilastaan, tulee potilaan käyttäytymistä havainnoida ja mitata elimistön tapahtumia ja ymmärtää sen muutoksia, jolloin korkea verenpaine tai nopea pulssi saattaa olla merkinä kiputilasta. (Salanterä ym. 2006, 90.)

Kipu on subjektiivinen kokemus, jolloin systemaattisen ja tarkan mittarin löytäminen on hankalaa. Potilaiden tiloja ei voida koskaan verrata toisiinsa, sillä yksilöiden reaktiot ja kokemukset kivusta ovat aina erilaisia. Hoitajan ei myöskään tule milloinkaan verrata omia kokemuksia potilaan kiputiloihin. Apuna kivun arvioimiseksi voidaan käyttää kipumittareita, jolla saadaan mahdollisesti selville kivun voimakkuus. Mittarit eivät anna kuitenkaan moniulotteista kuvaa todellisesta tilanteesta, vaan kipua arvioidessa tulisi selvittää millaista kipu on, missä se sijaitsee, mahdollinen kiputilan voimistuminen ja sen heikentyminen. (Heikkinen 2005, 220–221.)

Kivun tyyppi selviää esimerkiksi potilaan omalla kuvailulla kivustaan. Kudosvauriokivun tunnistaa usein siitä, että se on pistävää, terävää tai repivää ja sen helposti paikannettavissa. Neuropaattisen kivun tunnistaminen on olennaisesti erilaista kudosvauriosta johtuvaan kipuun verrattuna, sillä siinä tuntemus on usein sähkönomainen, kihelmöivä, polttava ja pistelevä, jolloin myös tuntopuutteet tai muutokset tuntoaistissa ovat mahdollisia. (Salanterä ym. 2006, 79–80.)

Kivun arviointimenetelmien ongelmia esiintyy erilaisilla potilailla, esimerkiksi dementiaa sairastavat potilaat eivät pysty luotettavasti käyttämään VAS- tai

kasvomittareita. VAS (Visual analogue scale), NRS (Numerical rating scale) ja useat muut mittarit perustuvat potilaan ilmaisemaan kivun vahvuuteen numeerisella tai vastaavalla asteikolla, jossa toisessa päässä on kivuton tila ja toisessa päässä on potilaan itsensä kuvitteleva pahin mahdollinen kiputila. Sanallisella kipumittarilla kuvaillen potilas voi kuvata kipuaan asteikolla lievä, kiusallinen, kova, sietämätön tai tappava, joka on asteikolla suurin. Näillä edellä mainituilla asteikkoväleillä potilas antaa oman kuvauksensa kivun voimakkuudesta kuitenkin ainoastaan arviointihetkellä. Tämän lisäksi arviointia ja sen luotettavuutta heikentävät potilaan omat mieltymykset ja myös käytetyn mittarin soveltuvuus potilaalle. Kivun arvioimiseksi on kehitetty myös edellä mainittuja mittareita moniulottuvuudellisempia, valideja mittareita, joita ei olla otettu kliiniseen käyttöön niiden arvioinnin puutteen vuoksi. Eräät niistä ovat kehitetty etenkin dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin. Näistä mainittakoon PAINAD -mittari (Pain Assessment of Advanced Dementia), josta on saatu rohkaisevaa näyttöä dementiaa sairastavien hoidossa. Se perustuu potilaan käyttäytymismuutosten havainnointiin käyttäen hyväksi kiputilojen strukturoitua havaitsemista. (Kankkunen, Taponen & Suominen 2007, 312; Määttä & Kankkunen 2009, 285; Salanterä ym. 2006, 83–84; Sailo 2000, 104.) PAINAD:n lisäksi myös käyttäytymisen muutoksien havaitsemiseen tarkoitettu PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) on arviointimittari rajallisen kommunikaation omaaville vanhuspotilaille, joka on havaittu olevan kliinisesti hyvin toimiva mittari vaikeaa dementiaa sairastavien potilaiden kivun arviointiin. (Salanterä 2006, 40.) Edellä mainitut kipumittarit esitetty käyttöohjeineen liitteessä 4.

Mikäli potilas ei kykene kertomaan omasta tuntemuksestaan tarvittavan tarkasti, kipua on lisäksi mahdollista havaita fysiologisista ja käyttäytymisen muutoksista. Kun potilaalla on kipuja, pulssi ja hengitystiheys voi nousta, samalla muuttaen hengityksen pinnalliseksi. Kosketusarkuutta esiintyy ja verenpaine nousee tai saattaa jopa laskea. Näiden muutosten aikana myös ihon väri voi muuttua kalpeaksi ja hikiseksi. Muutoksia on mahdollista nähdä myös potilaan silmistä, joissa silmien mustuaiset saattavat suurentua. Käyttäytymiseen liittyvät tekijät liittyvät muun muassa lihasjännitykseen, jolloin potilas voi olla kasvoistaan irvistävä, silmiään tai hampaitaan yhteen puristava ja kehostaan täysin

jännittynyt. Lihajännityksestä saattaa kertoa esimerkiksi käsien puristaminen nyrkkiin. Potilas saattaa olla pahantuulinen, levoton, itkevä tai voihkiva, mutta myös oksentelu ja pahoinvointi ovat mahdollisia. (Blomqvist 2000, 131.)

Kivun arvioimiseksi potilaan tietoihin tulee kirjata mitä on hoidettu, jolloin kivunhoidon tarve ja ongelma tulee tunnistaa. Lisäksi olennaista on kirjata milloin ja miten kipua on hoidettu, suunnitella kivun hoidon toteutus ja hoidon tavoitteet. Näiden ohella hoidon vaikutuksien arvioinnin seuraaminen ja kirjaaminen on olennaista, jolloin esimerkiksi 20–30 minuutin kuluttua lääkkeen antamisesta tulee kirjata, onko lääke tehonnut ja onko sillä mahdollisesti esiintynyt haittavaikutuksia. Kivun arvioinnin lisäksi potilasta tulee ohjata asianmukaisesti ja riittävästi antaen hänelle tietoa kivuista ja hoidosta. (Karjalainen 2011.) Näiden perusteella voidaan todeta asianmukaiseen kivunhoitoon sisältyvän monta eri tekijää, jotka sairaanhoitajan tulee ammatillisesti hallita.

2.4 Akuutin kivun hoito päivystyspoliklinikalla

Kivun hoidon tulee kohdistua aina suoraan kivun syyhyn. Tulehduskipulääkkeet lievittävät tulehdusreaktiosta tai muun vastaavan mekanismin aiheuttamia kiputiloja. Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia voidaan käyttää kudosvauriokipuihin, jotka ovat lieviä tai keskivaikeita. Mikäli teho on riittämätön, voidaan opioideja käyttää asteittain miedommasta tehosta siirtyen kohti tehokkaampia. Opioidit ovat hyödyllisiä myös neuropaattisen kivun hoitoon. Mikäli kipu on keskivaikeaa tai vaikeaa, voidaan heikkojen opioidien sijasta siirtyä suoraan vahvoihin opioideihin. Masennuskipulääkkeistä on havaittu hyötyä myös pitkäaikaisen kudosvauriokivun hoidossa, jonka lisäksi ne ovat käytännöllisiä myös neuropaattisen kivun ja idiopaattisen kivun hoitamisessa. Epilepsian hoitoonkin tarkoitettua karbamatsepiinistä ja gabapentiinistä on havaittu hyötyä myös neuropaattisen kivun hoidossa, mutta tämä ei kuitenkaan ole käytännöllinen kudosvauriokivun tai idiopaattisen kivun hoidossa. Lääkehoidollisen kivunhoidon osalta sairaanhoitajan tulee tietää lääkkeen vaikutusmekanismit, annostelu, käyttöindikaatiot ja kontraindikaatiot. Näiden

ohella on olennaista ymmärtää lääkeaineen kulkumeکانismi ja haittavaikutukset elimistössä, samalla seuraten sen toivottua vaikutusta. Erilaisten lääkkeiden annostelutapoja voidaan hyödyntää eri tavoin ja yhdistellen, mutta lääkkeiden ohella kivunhoitoa voidaan toteuttaa myös fysioterapeuttisin menetelmin. (Salanterä ym. 2006, 94–95, 98–99.) Kipulääkkeiden luokittelua vaikutusmekanismeineen on esitetty liitteessä 3.

Asentohoidoista on mahdollista käyttää kylkimakuuasentoa, jolloin isot lihasryhmät rentoutuvat polven ja lonkan ollessa koukussa. Selkälihasten rentoutumiseen on mahdollista käyttää selinmakuuta, jolloin potilaan jalat tuetaan ylös polvet koukussa. Rentoutus saattaa auttaa myös kipulääkkeiden antamisen yhteydessä, jolloin kiputilassa olevan potilaan lihasjännitys voi lieventyä samalla kun hän pyrkii rentoutumaan esimerkiksi mielikuvaharjoitusten avulla odottaessaan kipulääkkeen vaikutusta. Näiden lisäksi pelkkä hoitajan neutraali kosketus on joissain tapauksissa hyödyllinen ja varsinkin ahdistuneilla ja tiedottomilla potilailla tämä on havaittu hyväksi kivunhoitometodiksi vapauttaen morfiinin tavoin vaikuttavaa endorfiinia potilaan omasta elimistöstä. (Blomqvist 2000, 135–137.)

2.5 Kirjallisuusyhteenveto

Kuviossa 1. kootaan tämän opinnäytetyöhön perustuva kirjallisuus ja keskeiset käsitteet.



Kuvio 1. Kirjallisuusyhteenveto

3 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA TYÖYMPÄRISTÖNÄ

Tutkimusympäristöksi valitut Haartmanin ja Marian sairaaloiden päivystyspoliklinikat palvelevat pääasiassa yli 16-vuotiaita helsinkiläisiä. Toimipaikat kuuluvat Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen. Potilasryhmiin kuuluvat terveystieteiden päivystykseen hakeutuvien potilaiden lisäksi myös sisätautiset ja perustason kirurgiset potilaat. (Helsingin kaupunki 2012.) Hoito on porrastettu siten, että potilaat tarvitsevat päivystyspoliklinikalle hoitoon päästökseen lääkärin lähetteen esimerkiksi terveystieteiden keskukselta tai yksityiseltä lääkärin vastaanotolta. Akuuttia hoitoa tarvitsevat potilaat tulevat usein ensihoidosta, mutta he voivat joissain tapauksissa saapua päivystykseen myös itsenäisesti, jolloin päivystyspoliklinikan vastaanottava triage-sairaanhoitaja suorittaa potilaalle hoidon tarpeen arvioinnin tilanteen vakavuuden mukaan. Hoidon kesto johtuu pitkälti hoidon tarpeen arvioinnista, sillä kiireellisimmän hoitoluokituksen saanut potilas hoidetaan ensisijaisesti, jolloin hoidon tarpeelta vähemmän kiireelliseksi luokiteltu potilas joutuu usein odottamaan hoidon aloitusta. (Sopanen 2010, 61, 66–67, 70.)

Kiireellisessä tai kriittisessä tilassa olevien potilaiden lisäksi potilaat saattavat tulla päivystyspoliklinikalle myös sovitusti kontrollikäynneille jatkohoitoon. Potilaat tulevat hoitoon monien erilaisten sairauksien takia ja jokainen heistä kohdataan omina yksilöinä. Hoitoa tarvitaan monelta erikoisalalta, jolloin avuntarve saattaa olla psyykinen, somaattinen tai sosiaalinen. Tarve hoitoon saattaa olla erittäin nopeaa päätöksentekoa vaativaa, jolloin työpäivät ovat usein kiireisiä ja hoitosuhteet hyvin lyhyitä. Tällöin joudutaan usein tekemään kompromisseja ja löytämään paras vaihtoehto hoidolle. (Rasku, Sopanen & Toivola 1999, 28–30.)

Päivystyspolikliininen hoito perustuu moniammatillisen työryhmän toimintaan, jossa pyrkimyksenä on potilaan hyvinvointi. Palvelukokonaisuus muodostuu kotihoidon, ensihoidon ja laitoshoidon välille, minkä perustehtävänä on hengen ja terveyttä uhkaavan vaaran torjuminen. Potilas siirtyy päivystyspoliklinikan

hoidosta suoraan kotiin, jatkohoitoon sairaalan toiselle osastolle tai toiseen hoitolaitokseen. (Sopanen 2010, 60–63, 70.)

4 KVANTITATIIVINEN TUTKIMUS

Opinnäytetyössä päädyttiin kvantitatiiviseen tutkimukseen, koska näin oli mahdollista tarkastella tietoa numeerisesti, jolloin saadaan yleinen kuva tutkimuksessa mitattavien ominaisuuksien eroista ja suhteista. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia, jolloin määrällinen tutkimus oli tarkoituksenmukainen. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan kerättyä tietoja tosiasioista, arvoista ja asenteista. Keskeistä on tutustua aiempiin tutkimuksiin ja esitettyihin teorioihin, joista muodostetaan pohjatiedot määrällisen tutkimuksen tekemiseen. (Vilkkä 2007, 13–14, 19; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 131, 186.) Tämä tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksena, eli aineisto kerättiin yhdellä kyselyllä. Selittävät muuttujat ovat vastaajien taustatietoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42). Tässä tutkimuksessa selittäviä muuttujia ovat työpaikka ja työkokemus.

Kvantitatiivisen tutkimukseen kuuluvat usein myös hypoteesien asettaminen, jotka ovat ennakolta asetettuja oletuksia tuloksista. Kuvauksissa tutkimuksissa hypoteeseja ei kuitenkaan aseteta. Tulosten perusteella kuvataan sairaanhoitajien kokemuksia, jolloin näitä voidaan tarkastella kuvioina ja taulukoina. (Hirsjärvi ym. 2006, 125, 149.) Ongelmana määrällisessä tutkimuksessa on esimerkiksi alhaisen vastausprosentin mahdollisuus, jolloin tulosten luotettavuus kärsii. Tulosten oikeat päätelmät ovat välttämättömiä tutkimuksissa, jolloin väärät johtopäätökset ja tulkinnat vääristävät tuloksia. Lisäksi saatujen tulosten tarkennukseen voidaan joissain tapauksissa tarvita kvalitatiivisia tutkimuksia, jotta pelkistetyn aineiston pohjalta voidaan määrittää tarkat tiedot haluttuun tutkimuskysymykseen. (Nairn, Whotton, Marshal, Roberts & Swann 2004, 163.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kivunhoidosta päivystyspoliklinikoilla. Tavoitteena oli selvittää päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien valmiuksia akuutin kivun arvioimiseksi ja sen hoitamiseen liittyviä tekijöitä. Esitetyt tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaiset ovat sairaanhoitajan ammatilliset valmiudet kivun tunnistamisessa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat kivunhoitoon?
3. Miten kivun hoito toteutuu sairaanhoitajan työpaikalla?

5.2 Kyselylomake

Valmista opinnäytetyön aineiston keräämiseen sopivaa mittaria ei löytynyt, joten mittari kehitettiin itse kirjallisuutta hyödyntäen. Päivystyspoliklinikkapotilaan akuutin kipukyselyn (PPAKK) (Liite 2) sisältämät väittämät kehitettiin kirjallisuuden tutkimushavainnoista yleistämällä, jolloin alakäsitteistä saatiin tehtyä yleinen väittämä, eikä pieniä yksityiskohtia ollut syytä kysyä erikseen. PPAKK oli strukturoitu ja siinä käytetyt termit operationalisoitiin. Strukturoinnissa väittämät ja vaihtoehdot ovat ennalta määrättyjä. Tähän pyrittiin myös operationalisoinnin avulla, jolla käytetyt käsitteet muutetaan mahdollisimman ymmärrettäviksi. (Vilka 2007, 14–15.)

PPAKK sisältää 12 Likert-asteikon mukaista väittämää. Likert-asteikko on paljon käytetty järjestysasteikko, jossa asteikon keskikohdan molemmissa vastakkaisissa päissä ovat toisistaan vastakohtia esittävät väittämät. (Vilka 2007, 46.) Likert-asteikko seuraava: 1. Ei pidä lainkaan paikkaansa, 2. Ei pidä juurikaan paikkaansa, 3. En osaa sanoa, 4. Pitää jokseenkin paikkansa, 5. Pitää täysin paikkansa.

Taustatietoina kysyttiin työpaikkaa ja työkokemuksen kestoa. Näihin vastattiin nominaaliasteikolla, eli laatueroasteikolla, jolla voidaan jakaa vastaajat eri luokkiin (Vilkkä 2007, 48). Näin molempien sairaaloiden työntekijät ryhmiteltiin työkokemuksen ja työpaikan mukaan ja oli mahdollista etsiä eroavaisuuksia myös toimipaikkojen suhteen. PPAKK:n liitteenä oli saatekirje (liite 1), jossa selvitettiin lyhyesti tutkimuksen taustaa ja sen merkitystä. Kysely esitettiin kahden tuttavien avulla eri ajankohtina, jotka ymmärsivät väittämät ja vastausvaihtoehdot samoin tavoin. Esitetauksen perusteella väittämät vastausvaihtoehtoineen olivat loogisia ja ymmärrettäviä, jolloin kyselyä ei ollut syytä muuttaa ennen aineiston keruuta. Kysymysten määrän haluttiin pysyvän suhteellisen alhaisena, sillä kysymysten määrää tulee harkita tarkoin kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Hirsjärven ym. 2004, 192). Tällä haluttiin varmistaa mahdollisimman monen vastaajan kiinnostus kyselyä kohtaan, jolloin liian suurella kysymysmäärällä ei aiheutettaisi kadon suurenemista.

5.3 Aineisto

Tutkimussuunnitelman valmistuttua tutkimuslupaa anottiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä syksyllä 2011, joka myönnettiin marraskuussa 2011. Tutkimusluvan saatua kyselyitä monistettiin 113 kappaletta, jotka toimitettiin henkilökohtaisesti tutkimuskohteisiin. Tutkimus toteutettiin kokonaisotantana sairaanhoitajien perusjoukosta, eli kysely osoitettiin jokaiselle päivystyspoliklinikan sairaanhoitajalle tutkimukseen molemmissa sairaaloissa. Kokonaisotantaa käytetään usein, kun tutkimusjoukko on pieni. Lisäksi tuloksista saadaan mahdollisimman luotettavat, kun perusjoukkoon pyritään saamaan mahdollisimman monta vastaajaa. (Hirsjärvi ym. 2004, 168–169; Vilkkä 2007, 52, 57.) Marian sairaalan päivystyspoliklinikalle kyselyitä toimitettiin 60 kappaletta ja Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalle 53 kappaletta osastonhoitajilta saatujen osastonaisten ja vakinaisten sairaanhoitajien henkilöstömäärien perusteella. Otoksen suuruus vaikuttaa tulosten tarkkuuteen, jolloin mahdollisimman suuri otoskoko antaa luotettavimpia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2004, 169). Kohderyhmän ollessa

suppea ja tarkastellessa tuloksia vain kokonaistasolla, tulisi saatujen vastausten määrän olla havaintoyksiköiltään vähintään sata (Vilkkä 2007, 57).

Kyselyyn sai vastata työpaikalla tai kotioloissa 14 päivän aikana, jonka jälkeen vastaaja palautti kyselyn palautuslaatikkoon. Vastausaika oli ennalta määritetty 21.11.2011–5.12.2011, joka toteutui ongelmitta. Tutkimusta esiteltiin vastausajan alkuvaiheessa molempien päivystysten osastotuntien aikana, jotta tutkimukseen saataisiin osallistumaan mahdollisimman monta vastaajaa.

5.4 Aineiston analysointi

Yhteensä 113 vastauslomakkeesta palautui 53 täydellisesti vastattua lomaketta. Näin ollen kokonaisotannon vastausprosentti oli 47. Aineisto käsiteltiin Excel-ohjelmistolla havaintomatriisiksi, josta tulokset laskettiin. Havaintomatriisi esittää järjestelmällisesti tiedot perustuen havaintoyksiköiden tietoihin, josta tulokset voidaan laskea (Vilkkä 2007, 135, 138). Tulokset esitetään sanallisesti ja graafisesti pylväsdiagrammeina.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Mahdollisimman luotettavan tuloksen saamiseksi kvantitatiivisen tutkimuksen otosmäärä tulisi olla vähintään sata havaintoyksikköä (Vilka 2007, 57), joten tutkimukseen valittiin kaikki Haartmanin sairaalan ja Marian sairaalan päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajat. Aineistonkeruuseen tarkoitetun lomakkeen täyttö tapahtui täysin anonymisti ja lomakkeeseen täytetyistä vastauksista ei ollut mahdollista selvittää vastaajan henkilöllisyyttä.

Työkokemuksen ajallista merkitystä vertailtiin alle kaksi vuotta, yli kaksi vuotta ja yli kymmenen vuotta sairaanhoitajina työskennelleiden osalta. Näiden kolmen ryhmän arviointien eroavaisuuksia vertailtiin tutkimuksessa. Työpaikan ja työkokemuksen kolmijakoisen ryhmittelyn lisäksi enempää jakoa ei tehty anonymiteetin suojaamiseksi. Anonymiteetti kuuluu tieteelliseen käytäntöön, jolloin mitään ryhmää tai yksilöä ei ole mahdollista tunnistaa tutkimuksesta. Saatekirjeessä (Liite 1) vastaaja sai tiedon täydellisestä luottamuksellisuudesta, vaitiolosta ja salassapidosta. Vilkan (2007, 164) mukaan luottamuksellisuus, vaitiolo ja salassapito kuuluvat olennaisesti myös eettisen tutkimusraportin tekemiseen, joten myös tämän tutkimuksen toteuttamisessa periaatteena oli pitää näistä ehdottomasti kiinni.

6.1 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteettia arvioidessa mitataan mittarin kykyä siinä, onnistuiko tutkimus käsitteiden operationalisoinnissa ja näin arvioida, onnistuiko mittari mittaamaan tutkittavaa asiaa. Reliabiliteettia arvioidaan tutkimustulosten pysyvyytenä, eli toistuvatko tulokset mahdollisesti uudelleen mitattuna. (Vilka 2007, 149–150.) Mittarin reliabiliteettiä tarkastellessa arvioidaan pysyvyyden lisäksi mahdollisesti myös sen vastaavuutta ja sisäistä johdonmukaisuutta. Vastaavuus ilmoittaa mittaustuloksen samanlaisuuden asteesta ja sisäinen johdonmukaisuus mittarin osioiden onnistumista mitata samoja asioita. Mittarin validiteettia tarkastellessa tulee ottaa huomioon, mittaako se tutkittavaa asiaa. Mittarin sisällön validiteetti

koskee käsitteiden ymmärrettävyyttä ja sitä onko se operationalisoitu asianmukaisesti. Käsitteiden validiteetti ilmaisee rakenteen validiteettia eli käytettyjen käsitteiden tarkastelun laajuutta. Kriteerivaliditeetti puolestaan merkitsee mittarilla saatujen, nykyistä kuvaavien tai tulevaisuutta ennustavien kriteerien yhteyksiä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207–210.) Myös lähdekritiikki on olennaista, sillä lähteet ja aineisto vaikuttavat suoraan tutkimuksen luotettavuuteen (Vilka 2007, 34).

7 TULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneet

Yhteensä 113 lomakkeesta palautui 47 prosenttia (n=53). Marian sairaalan päivystyksestä kyselyistä palautui 60 lomakkeesta 22 kappaletta, eli 34 prosenttia. Heistä 27 prosenttia (n=6) olivat alle kaksi vuotta työkokemusta omaavia. 14 prosenttia (n=3) olivat yli kaksi vuotta työkokemusta omaavia ja loput 59 prosenttia (n=13) yli kymmenen vuotta sairaanhoitajina työskennelleitä.

Haartmanin sairaalan päivystyksestä 52 kyselyistä palautui 31 kappaletta, eli 60 prosenttia. Heistä alle kaksi vuotta työkokemusta omaavien prosentuaalinen osuus oli 23 prosenttia (n=7) ja yli kaksi vuotta työskennelleiden osuus 45 prosenttia (n=14). Puolestaan kymmenen vuotta sairaanhoitajana olleiden osuus oli 32 prosenttia (n=10). Kaikkien vastanneiden joukossa alle kahden vuoden työkokemuksen omaavia oli 25 prosenttia (n=13), yli kaksi vuotta sairaanhoitajana työskennelleitä 32 prosenttia (n=17) ja yli kymmenen vuotta työkokemuksella vastanneita 43 prosenttia (n=23).

Tuloksien raportoinnissa käytetään luettavuuden vuoksi osittain luokittelua:

Ei pidä lainkaan paikkaansa = Ei koskaan

Ei pidä juurikaan paikkaansa = Melko harvoin

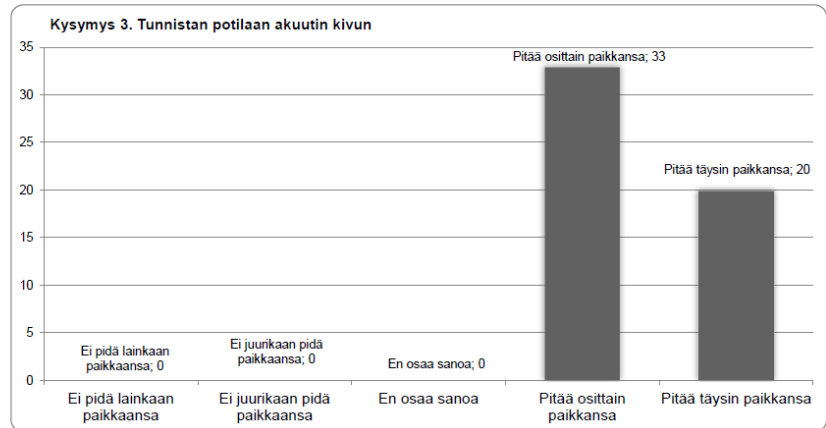
Pitää jokseenkin paikkansa = Melko usein

Pitää täysin paikkansa = Aina

7.2 Potilaan kivun tunnistaminen

Suurin osa hoitajista, 62 prosenttia (n=33) ilmoitti tunnistavansa potilaan kivun melkein aina ja 39 prosenttia (n=20) aina. (Kuvio 2.)

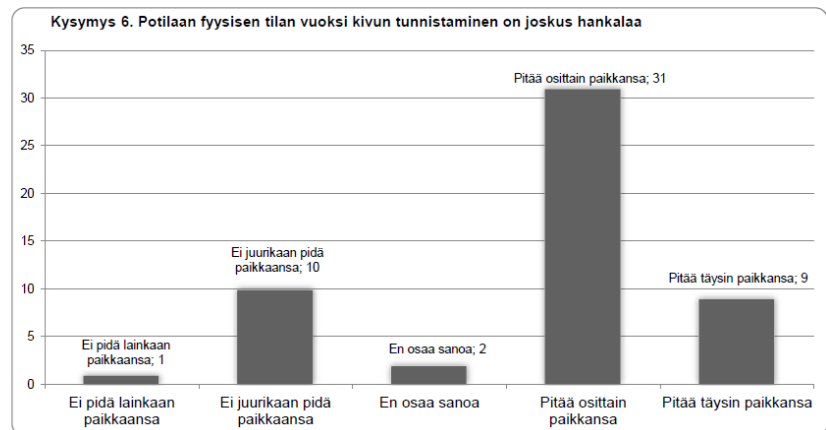
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	0
Ei juurikaan pidä paikkaansa	0
En osaa sanoa	0
Pitää osittain paikkansa	33
Pitää täysin paikkansa	20



Kuvio 2. Potilaan kivun tunnistaminen

Yli puolet sairaanhoitajista (n=31) arvioi potilaan fyysisen tilan vaikeuttavan melko usein kivun tunnistamista. 17 prosenttia (n=9) arvioi sen vaikeuttavan aina kivun tunnistamista. Vastajista 19 prosenttia (n=10) arvioi fyysisen tilan vaikeuttavan melko harvoin akuutin kivun tunnistamista. (Kuvio 3.)

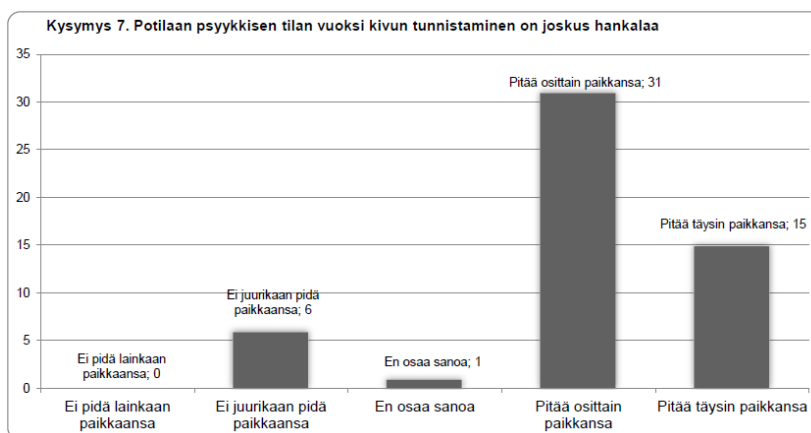
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	1
Ei juurikaan pidä paikkaansa	10
En osaa sanoa	2
Pitää osittain paikkansa	31
Pitää täysin paikkansa	9



Kuvio 3. Fyysisen tilan vaikutus kivun tunnistamisessa

Potilaan psyykkisen tilan vuoksi kivun tunnistaminen on hankalaa melko usein sairaanhoitajien enemmistön (n=31) mielestä. 28 prosenttia (n=15) vastaajista katsoi psyykkisen tilan vaikeuttavan aina kivun tunnistamista. 11 prosenttia sairaanhoitajista (n=6) oli osittain eri mieltä väittämän kanssa. He arvioivat, että potilaan psyykinen tila ei juurikaan vaikuta kivun tunnistamiseen. (Kuvio 4.)

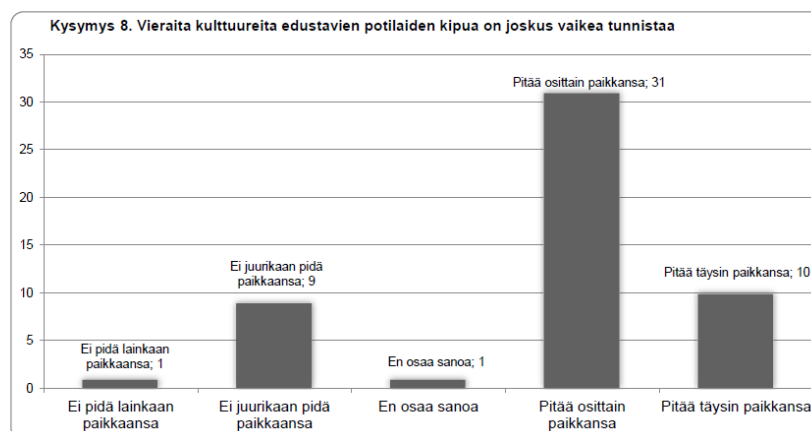
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	0
Ei juurikaan pidä paikkaansa	6
En osaa sanoa	1
Pitää osittain paikkansa	31
Pitää täysin paikkansa	15



Kuvio 4. Psyykkisen tilan vaikutus kivun tunnistamisessa

Sairaanhoitajista yli puolet (n=32) arvioi, että hoitajalle vierasta kulttuuria edustavien potilaiden kipua on melko usein vaikea tunnistaa. Viidesosan (n=10) mielestä heidän kipuaan on aina vaikea tunnistaa. Vastaajista 17 prosenttia (n=9) arvioi, että vieraita kulttuureita edustavien kipua on melko harvoin vaikea tunnistaa. (Kuvio 5.)

Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	1
Ei juurikaan pidä paikkaansa	9
En osaa sanoa	1
Pitää osittain paikkansa	31
Pitää täysin paikkansa	10

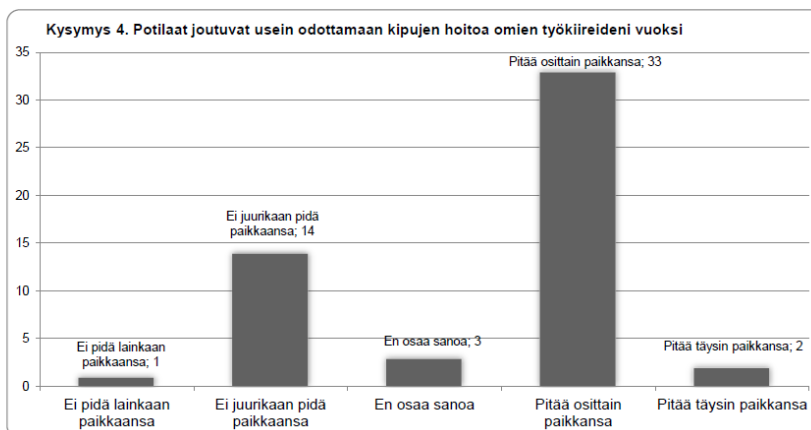


Kuvio 5. Vieraan kulttuurin vaikutus kivun tunnistamisessa

7.3 Potilaan kivun hoito

Yli puolet hoitajista (n=33) arvioi, että omat työkiireet viivästyttävät akuutin kivun hoitoa melko usein. Pari sairaanhoitajaa (n=2) arvioi työkiireiden viivästyttävän aina potilaiden kivunhoitoa. Neljäsosa sairaanhoitajista (n=14) arvioi, että omat työkiireet viivästyttävät melko harvoin kivunhoitoa. (Kuvio 6.)

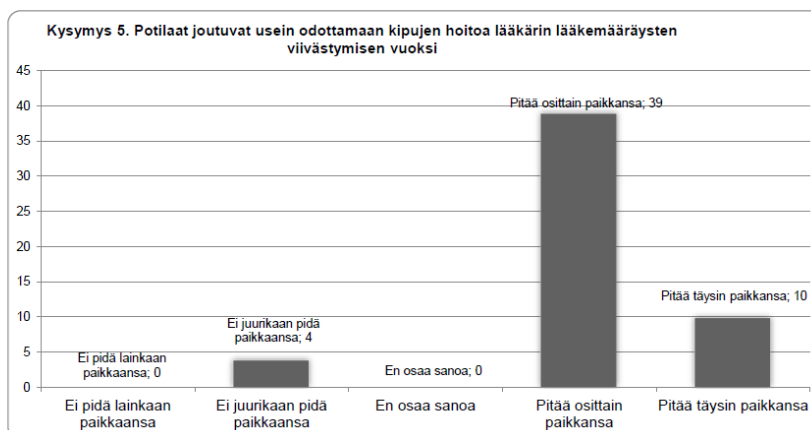
Vastausiakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	1
Ei juurikaan pidä paikkaansa	14
En osaa sanoa	3
Pitää osittain paikkansa	33
Pitää täysin paikkansa	2



Kuvio 6. Työkiireiden vaikutus kivunhoitoon

Yli puolet sairaanhoitajista arvioi, että lääkemääräysten odottaminen aiheuttaa potilaiden kivunhoidon viivästymistä melko usein (n=39). Melkein viidesosa (n=10) arvioi sen viivästyttävän aina kivun hoitoa. Muutama (n=4) vastaajista arvioi, että lääkemääräysten viivästyminen on melko harvoin akuutin kivunhoidon esteenä. (Kuvio 7.)

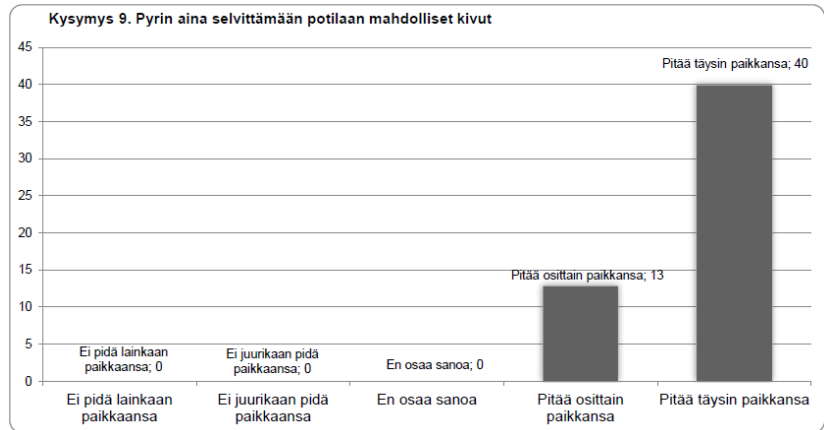
Vastausiakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	0
Ei juurikaan pidä paikkaansa	4
En osaa sanoa	0
Pitää osittain paikkansa	39
Pitää täysin paikkansa	10



Kuvio 7. Lääkemääräysten viivästyminen kivun hoidossa

Suurin osa vastaajista (n=40) ilmoittaa selvittävänsä aina mahdolliset kivut jokaisen potilaan kohdalla. Loput vastaajista (n=13) ilmoittaa selvittävänsä miltei aina potilaan mahdolliset kivut. (Kuvio 8.)

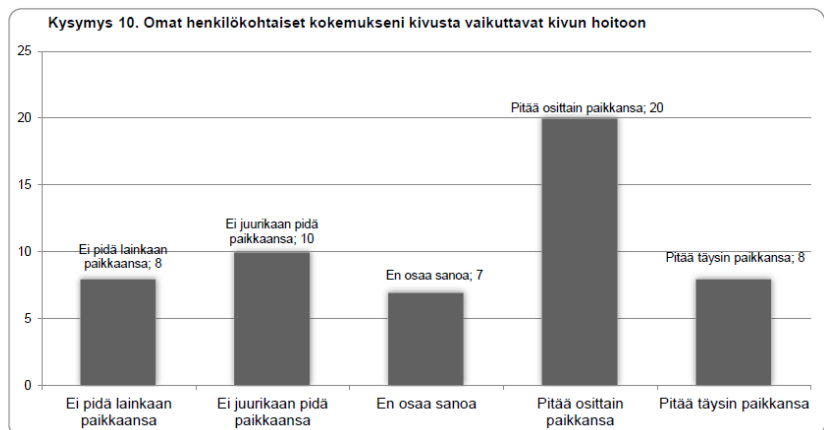
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	0
Ei juurikaan pidä paikkaansa	0
En osaa sanoa	0
Pitää osittain paikkansa	13
Pitää täysin paikkansa	40



Kuvio 8. Potilaan kivun selvittäminen

Enemmistö (n=20) sairaanhoitajista arvioi omien henkilökohtaisten kokemusten kivusta vaikuttavan kivun hoitoon melko usein ja 15 prosenttia (n=8) arvioi niiden vaikuttavan aina kivunhoitoon. Melkein viidesosa vastaajista (n=10) arvioi omien kipukokemusten vaikuttavan melko harvoin potilaan kivunhoitoon ja 15 prosenttia (n=8) sairaanhoitajista arvioi, etteivät ne koskaan vaikuta potilaan kivunhoitoon. (Kuvio 9.)

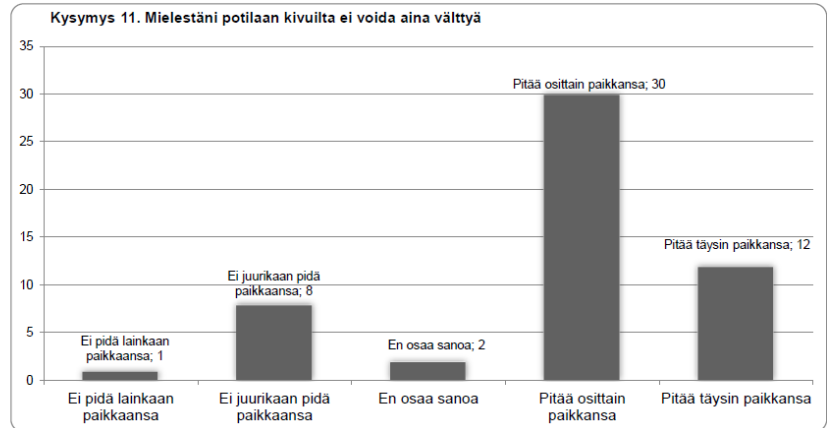
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	8
Ei juurikaan pidä paikkaansa	10
En osaa sanoa	7
Pitää osittain paikkansa	20
Pitää täysin paikkansa	8



Kuvio 9. Henkilökohtaisten kipukokemusten vaikutus kivunhoitoon

Vastaajista yli puolet (n=30) arvioi, että melko usein potilas ei voi välttyä kivuilta. Miltei neljäsosa (n=12) arvioi, että kivuilta ei voi välttyä. Sairaanhoitajista 15 prosenttia (n=8) arvioi, että potilas voi melkein aina välttyä kivuilta. (Kuvio 10.)

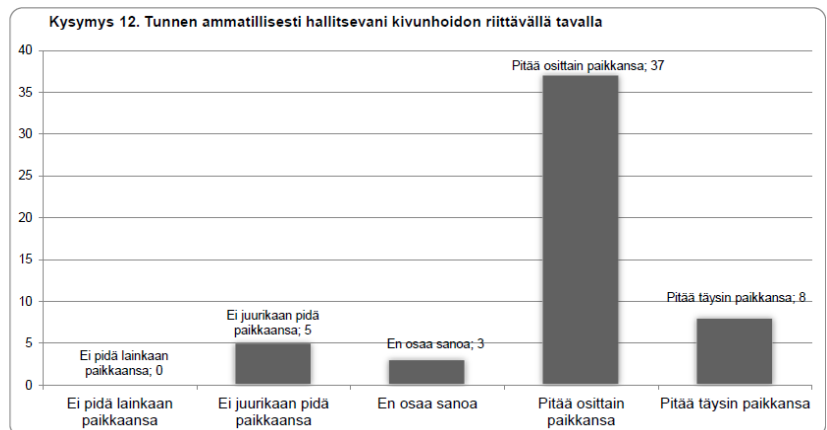
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	1
Ei juurikaan pidä paikkaansa	8
En osaa sanoa	2
Pitää osittain paikkansa	30
Pitää täysin paikkansa	12



Kuvio 10. Potilaan kivuilta välttyminen

Yli puolet sairaanhoitajista (n=37) arvioi hallitsevansa ammatillisesti kivunhoidon melko hyvin (pitää osittain paikkansa) ja 15 prosenttia (n=8) riittävästi (pitää täysin paikkansa). Miltei kymmenesosa (n=5) sairaanhoitajista arvioi, etteivät he osaa kivunhoitoa täysin riittävästi (ei juurikaan pidä paikkaansa). (Kuvio 11.)

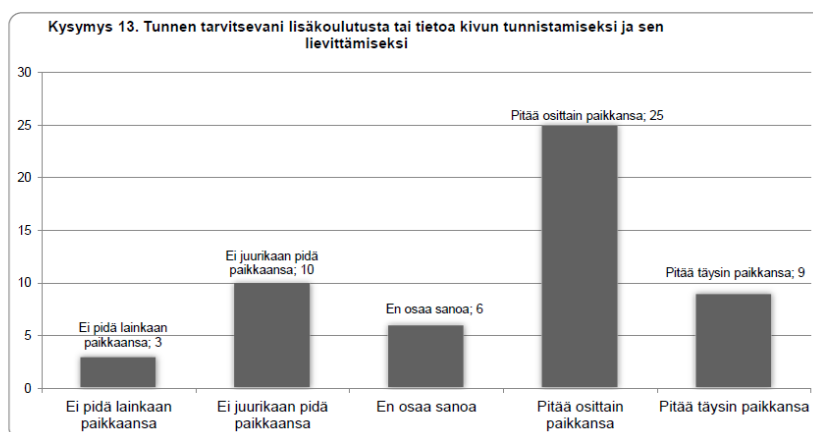
Vastausjakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	0
Ei juurikaan pidä paikkaansa	5
En osaa sanoa	3
Pitää osittain paikkansa	37
Pitää täysin paikkansa	8



Kuvio 11. Kivunhoidon ammatillinen osaaminen

Melkein puolet (n=25) vastaajista koki jonkin verran tarvetta kivunhoidon lisäkoulutukselle (pitää osittain paikkansa) ja lähes viidesosa sairaanhoitajista (n=9) arvioi tarvitsevansa lisäkoulutusta (pitää täysin paikkansa). Lähes viidesosa hoitajista (n=10) arvioi, etteivät he juurikaan tarvitse lisäkoulutusta (ei juurikaan pidä paikkaansa). Muutama sairaanhoitaja (n=3) arvioi, etteivät he tarvitse lainkaan kivunhoidon lisäkoulutusta. (Kuvio 12.)

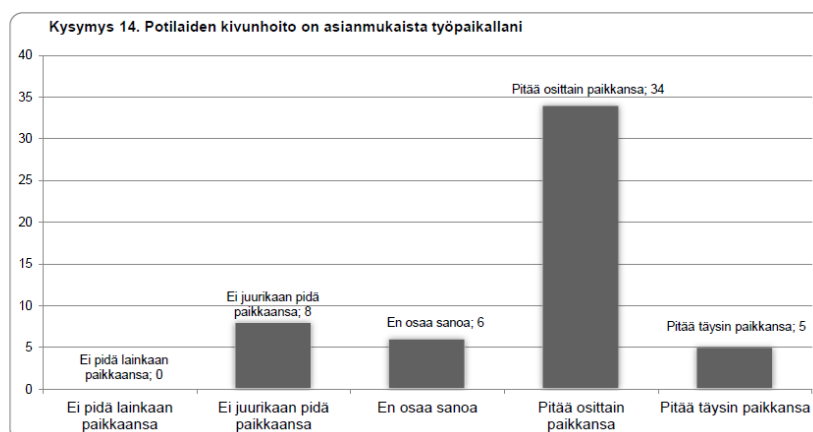
Vastausiakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	3
Ei juurikaan pidä paikkaansa	10
En osaa sanoa	6
Pitää osittain paikkansa	25
Pitää täysin paikkansa	9



Kuvio 12. Lisäkoulutuksen tarve

Potilaiden kivunhoidon katsottiin olevan selkeän enemmistön (n=34) mielestä melko usein asianmukaista ja miltei kymmenen prosenttia (n=5) sairaanhoitajista katsoi sen aina olevan asianmukaista. Vastaajista 15 prosenttia (n=8) arvioi, että kivunhoito on melko harvoin asianmukaista. Yli kymmenesosa (n=6) vastaajista eivät osanneet kertoa väittämään mielipidettään. (Kuvio 13.)

Vastausiakauma	f = (N)
Ei pidä lainkaan paikkaansa	0
Ei juurikaan pidä paikkaansa	8
En osaa sanoa	6
Pitää osittain paikkansa	34
Pitää täysin paikkansa	5



Kuvio 13. Kivunhoidon käytännön toteutuminen työpaikalla

8 TULOSTEN TARKASTELU

8.1 Tulosten eettisyys ja luotettavuus

Tieteelliselle tutkimukselle on olennaista sen ratkaisut eettiseltä kannalta. Näin on meneteltävä myös harjoiteltaessa tutkimuksen tekemistä opinnäytetyössä. Näihin kuuluvat tutkimusaihe, tutkittavat henkilöt ja epärehellisuuden välttäminen kaikissa osa-alueilla. (Hirsjärvi ym. 2004, 26–27.) Tutkimusaiheen valintana ja rajauksena aihe tuntui olennaiselta päivystyksellisen hoidon kannalta. Mittarin kysymykset ovat konkreettisia, jolloin on mahdollista paneutua käytännön tasolla niihin ongelmiin, jotka ovat sairaanhoitajien mielestä olennaisia potilaan kivunhoidossa.

Esitietojen osalta jätettiin tarkoituksella pois sukupuoli, ikä ja muut tarkentavat tekijät, jotta tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys toteutuisivat mahdollisimman hyvin, jolloin vastaajien henkilöllisyyksien ei ollut lainkaan mahdollista paljastua minkään vastauksen perusteella. Tutkimusraportin syntyyn ja sen vaiheisiin pyrittiin jokaisessa vaiheessa pohtimaan eettisestä näkökulmasta. Lähteisiin suhtauduttiin kriittisesti ja tulosten esittäminen on tehty lukujen ja havaintomatriisille syötetyn aineiston täsmäämiseksi varmistamalla tiedot kahteen kertaan. Myös kyselylomakkeen kahden eri henkilön esitestauksella pyrittiin kysymysten operationalisoinnin onnistumiseen ja luotettavuuteen, jotta väittämät ymmärrettäisiin jokaisen vastaajan kohdalla samoin. Toisaalta PPAKK:n esitestanneet henkilöt eivät olleet ammatiltaan sairaanhoitajia, mutta ymmärsivät väittämät samoin tavoin.

Kyselyn ja esitettyjen väittämien selkeys oli esitestauksen perusteella onnistunut, mutta toisaalta PPAKK:ssa käytetyt yleistetyt väittämät ovat melko laajoja, jolloin spesifimmät kysymykset olisivat kenties tuoneet lisää luotettavuutta aineistoon (Hirsjärvi ym. 2004, 191). Tämä olisi kuitenkin väistämättä tuonut lukuisia lisäkysymyksiä kyselyyn, jolloin vastaajien kato olisi ollut mahdollisesti suurempi. Luotettavuuden lisäämiseksi vastaajat rajattiin

ainoastaan sairaanhoitajiin, jotta jokaisen vastaajan koulutuspohja olisi mahdollisimman samanlainen.

Ongelmana käytetyssä mittausasteikossa oli Likert-asteikon suhteellisuus, jolloin vastaajien on mahdollista olla vaikea päättää, kuinka voimakas hänen mielipiteensä on (Vilkkä 2007, 46). Vaikka mittarin avulla saatiin kartoitettua mielipiteet, joita tutkimuksessa haluttiinkin, olisi kenties toisenlainen mittari toiminut vieläkin paremmin. Vastausvaihtoehtojen olisi ollut mahdollista olla kuvaavammalla tavalla, jolloin ne olisivat sopineet mahdollisesti paremmin tiettyihin väittämiin. Esimerkiksi väittämässä 3. kysyttäessä tunnistaako sairaanhoitaja akuutin kivun, vastausvaihtoehdot olisivat voineet toimia paremmin Likert-asteikon väleillä: 1. Erittäin harvoin, 2. Melko harvoin, 3. En osaa sanoa, 4. Melkein aina ja 5. Aina. Näin ollen tulosten tulkinta vaikeutui jonkin verran ja vastausten oikeanlainen tulkinta oli tutkijan omasta tulkinnasta riippuvaista. Suurimmat eettiset ongelmat rajoittuivatkin tutkimuksen kaikissa vaiheissa omaan eettiseen työotteeseen, lähdekritiikkiin ja anonymiteetin säilyttämiseen, jotka omasta näkökulmastani tarkastellen toteutuivat hyvin.

Saatekirjeessä annettiin tiedot tutkijasta, aiheesta ja vakuutettiin kyselyn anonymiteetistä. Tutkittavia onkin välttämätön tiedottaa erittäin kattavasti etenkin arkaluontoisissa tutkimuksissa, mutta tässä tutkimuksessa ei ollut aihetta täysin tarkkaan informaatioon (Kuula 2006, 103). Tätä seikkaa pohdittaessa liiallinen saatekirjeen informaatio olisi saattanut antaa ennakkoodotuksia kysymyksistä, jolloin luotettavuuden olisi ollut mahdollista kärsiä. Näin ollen tiedotus rajoittui lähinnä tutkijan lähtökohtiin, aiheeseen, vastaustapaan ja annettuun kahden viikon vastausaikaan.

8.2 Kyselyn tulosten yhteenveto

Tulosten perusteella enemmistö vastaajista oli jokaisen väittämän kohdalla osittain samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Näin ollen vastaukset vinoutuvat väittämien kanssa samanmielisyyden suuntaan. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat perustuvat kansainväliseen kirjallisuuteen, mutta tulosten myötä ne

näyttävät pitävän paikkansa suurimman osan mielestä myös Suomessa. Toisaalta tutkimus suoritettiin Helsingissä, joten valtakunnallisesta yleistystä ei voida tehdä. Tulokset olivat kuitenkin selkeästi suhteessa kirjallisuudessa havaittuihin seikkoihin, jolloin tuloksien voidaan todeta tukevan aiempaa tietoa.

Väittämä ”Omat henkilökohtaiset kokemukseni kivusta vaikuttavat kivun hoitoon” jakoi väittämistä tasaisimmin mielipiteitä. Tässäkin väittämässä kuitenkin enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että väittämä suurimman osan mielestä pitää paikkansa. Hoitajan omat työkiireet, potilaan fyysinen, psyykkinen ja hoitajalle vieras kulttuurinen tausta näyttävät tulosten pohjalta vaikuttavan suurimman osan mielestä akuutin kivun tunnistamiseen. Useimman vastaajan mielestä potilaan kivuilta ei voida aina välttyä, mutta enemmistön mielestä kivunhoito on asianmukaista heidän työpaikallaan. Ainoastaan 8 vastaajaa oli sitä mieltä, että kivunhoito on melko harvoin asianmukaista, kun 34 vastaajan mielestä kivunhoito on melko usein asianmukaista ja aina asianmukaista 5 vastaajan mielestä.

Väittämässä ”Pyrin aina selvittämään potilaan mahdolliset kivut” vastaajien mielipiteet olivat yhdenmukaisia. Osittain samaa mieltä vastaajista oli 13 vastaajaa ja täysin samaa mieltä jopa 40 vastaajista. Myös väittämässä ”Tunnistan potilaan akuutin kivun” oli havaittavissa merkittävää samankaltaisuutta mielipiteiden yhdenmukaisuuden kannalta. Tässä väittämässä jokainen vastaajista oli sitä mieltä, että he ovat väittämän kanssa joko osittain samaa mieltä (n=33) tai täysin samaa mieltä (n=20). Suurta mielipiteiden yhdenmukaisuutta voitiin havaita lisäksi väittämässä 5. ”Potilaat joutuvat usein odottamaan kipujen hoitoa lääkärin lääkemääräysten viivästyksen vuoksi”. Väittämässä 39 vastaajista oli osittain samaa mieltä, 10 täysin samaa mieltä ja ainoastaan 4 oli osittain eri mieltä väittämän kanssa.

Tutkimustuloksia tarkastellessa havaittiin, ettei myöskään toimipaikkojen kesken näyttäisi olevan suuria eroja mielipiteiden jakautumisessa. Marian sairaalan suurin osa vastaajista, 59 prosenttia (n=13) edusti kymmenen vuotta tai enemmän työkokemusta omaavia, kun Haartmanin sairaalan vastaajista suurin osa, 45 prosenttia (n=14) oli työskennellyt 2–9 vuotta. Myöskään näiden

suurimpien vastaajaryhmien välillä ei havaittu käytännössä merkitseviä eroavaisuuksia mielipiteissä. Näin ollen selittäviä muuttujia ei löytynyt tutkimuksen tulosten pohjalta sairaalakohtaisesti tai työkokemuksellisen keston perusteella. Vaikka mielipiteiden mukaan suurin osa vastaajista pystyy tunnistamaan akuutin kivun ja tuntee hallitsevansa kivunhoidon riittävällä tavalla, oli suurin osa sitä mieltä, että he väittämän 13 mukaan tuntevat tarvitsevansa lisäkoulutusta tai tietoa kivun tunnistamiseksi ja sen lievittämiseksi.

8.3 Pohdintaa

Opinnäytetyön aihe oli työelämästä lähtöisin. Tuloksia on mahdollista käyttää jatkokehityksen ja -tutkimuksen myötä sairaanhoitajien ammatillisen kehityksen parantamiseksi ja potilaiden hoidon kehittämiseksi. Kyselyllä oli tarkoitus kartoittaa sairaanhoitajien ammatillisia valmiuksia akuutin kivun hoitamisessa ja kartoittaa siihen vaikuttavia tekijöitä. Tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin ja tukivat selkeästi aiempaa kirjallisuutta akuutin kivun hoidosta. Sairaanhoitajien ammatilliset valmiudet akuutin kivun hoitamiseksi päivystyspoliklinikoilla ovat tulosten perusteella hyvät, mutta jatkokoulutusta akuutin kivun tunnistamiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan edelleen. Lääkemääräysten viivästyminen, sairaanhoitajien henkilökohtaiset kokemukset kivusta sekä potilaan fyysinen, psyykkinen ja vierasta kulttuuria edustavat taustat vaikuttavat tulosten perusteella potilaan akuutin kivun tunnistamiseen ja hoitamiseen, kuten lähdekirjallisuudessakin oli todettu. Tästä huolimatta kivun hoito toteutuu sairaanhoitajien arvioimana lähes aina asianmukaisesti molemmilla päivystyspoliklinikoilla.

Tutkimuksen myötä opin kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisen lisäksi päivystyspoliklinikan kivunhoitoon vaikuttavia tekijöitä ja sen hoitokeinoja. Omien ammatillisten taitojen reflektointi tutkimuksen teon aikana kasvatti selkeästi omaa tietämystäni kivun hoidosta ja monipuolisti omaa potilaan tilanarvion teoreettista perustaani sairaanhoidossa. Tietämys kivun hoidosta ja

kivun etiologiasta lisääntyi runsaasti ja syvensi ammatillista osaamistani. Lisäksi tutkimuksen tekeminen laajensi runsaasti potilaan kiputilojen arviointitaitojani ja lisäsi monella tasolla ammatillista kompetenssiani.

8.4 Jatkokehitys ja tutkimuksen tarve

Tulosten pohjalta voidaan todeta kirjallisuuden lähteiden pitävän akuutin kivun hoidon toteutumisen osalta paikkansa Helsingin kaupungin terveyskeskuksien päivystyspoliklinikoilla. Vaikka suurin osa vastanneista sairaanhoitajista olikin sitä mieltä, että he hallitsevat ammatillisesti kivunhoidon asianmukaisesti, osa oli väittämässä eri mieltä. Hoidon laadun parantamiseksi voisikin olla hyödyllistä kehittää produktio tai hanke, jossa sairaanhoitajien tietämystä vieraiden kulttuurien kivun ilmaisemisesta syvennettäisiin. Samoin fyysisten ja psyykkisten tilojen aikaista kivunarviointitaitoa voitaisiin syventää esimerkiksi lisäkoulutuksen avulla. Edellä mainittujen lisäksi kolmanneksi merkittävimmissä yhdenmukaisuutta tuoneessa, lääkemääräysten viivästyminen koskevassa väittämässä saaduista tuloksista voitaisiin pohtia lääkärin ja hoitajan yhteistyön lisäämistä, jotta kivunhoito voitaisiin toteutettua lääkinnällisesti viivästyksiä välttäen. Potilaan entistä paremman kivunhoidon toteuttamiseksi myös kipuhoidajan toimenkuva saattaisi olla hyvä vaihtoehto käytännön päivystyspolikliniseen työhön.

Kivunhoitoa kehitetään ja tutkimuksen tekovaiheessa oli valmisteilla näyttöön perustuvan hoitotyön suositus, jonka on määrä olla perustana toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyölle (Hoitotyön tutkimussäätiö 2012). Näin ollen kivuntutkimus on edelleen ajankohtaista, joten myös jatkokehitykselle on varmasti sijaa.

Lopuksi kiitän kaikkia tutkimukseen osallistuneita Haartmanin ja Marian sairaalassa tälle opinnäytetyölle arvokkaista tiedoista. Lisäksi haluan kiittää ohjaavia opettajiani asiantuntevasta ohjauksesta.

LÄHTEET

- Arif-Rafu, Mamoonah & Grap, Mary 2010. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient – State of science review. *Intensive and critical care nursing* 26 (6), 343–352.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine & Chesla, Catherine 1998. *Asiantuntijuus hoitotyössä: hoitotyö, päättelykyky ja etiikka*. Helsinki: WSOY.
- Blomqvist, Cenita 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka ja Vartti, Anne-Marie (toim.) *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi, 127–148.
- Brendan, Frank; Carr, Daniel & Cousins, Michael 2007. Pain Management – A Fundamental Human Right. *Anesthesia & analgesia* 1 (105), 205–221.
- Covington, Edward 2000. Psychogenic pain – What it means, why it does not exist, and how to diagnose it. *Pain Medicine* 4 (1), 287–294.
- Curtis, Liesl & Morrell, Todd 2006. Pain management in the emergency department. *Emergency medicine practice* 7 (8), 1–28.
- Daly, Kathleen 2004. *Greek and roman mythology a to z*. New York: Facts on file.
- Duignan, Martin & Dunn, Virginia 2008. Barriers to pain management in emergency departments. *Emergency nurse* 15 (9), 30–34.
- Evans, Catherine 2004. Improving assessment of pain in older people. *Emergency nurse* 12 (5), 18–21.
- Evans, Cliff; Hawkes, Jo & Tebbitt, Lucy 2008. Managing pain. *Emergency nurse* 16 (2), 28–33.
- Finnström, Berit & Söderhamn, Olle 2006. Conceptions of pain among somali women. *Journal of advanced nursing* 4 (54), 418–425.
- Fuchs-Lacelle, Shannon & Hadjistavropoulos, Thomas 2007. Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). Viitattu 12.2.2012. <http://www.rgpc.ca>.
- Haanpää, Maija & Vuorinen, Eero 2001. Neuroopaattinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Rosenberg, Per; Alahuhta, Seppo; Kanto, Jussi ja

- Takala, Jukka (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 784–798.
- Heikkinen, Katja 2005. Potilaan kivun systemaattinen arviointi. Teoksessa Koponen, Leena ja Sillanpää, Kirsi (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 220–226.
- Heiskanen, Tarja 2001. Kivunlievityksen tehostaminen - tutkimuksia morfiinilla ja oksikodonilla. Väitöskirjatiivistelmä. Helsingin yliopisto.
- Helsingin kaupunki 2012. Terveyskeskuspäivystys. Viitattu 18.3.2012. <http://www.hel.fi/terveyskeskus>.
- Hietaharju, Aki 2011. Lihastaudit – Kipu ja kivun hoito. Luento 17.11.2011. Viitattu 28.12.2011. Saatavissa: <http://lihastautiliitto.fi>.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2012. Valmisteilla olevat suositukset. Viitattu 15.4.2012. <http://hotus.fi/valmisteilla-olevat-suositukset-2>.
- Horgas, Ann 2007. Assessing pain in older patients with dementia. Best practices in nursing care to older adults with dementia. The Hartford Institute for Geriatric Nursing. New York University, College of Nursing. Viitattu 12.2.2012. <http://www.consultgerirn.org>.
- International Association for the Study of Pain 2011. IASP Taxonomy. Viitattu 7.5.2011. <http://www.iasp-pain.org>.
- Kaasalainen, Sharon & Crook, Joan 2004. An exploration of seniors' ability to report pain. Clinical nursing research 3 (13), 199–215.
- Kalso, Eija & Paakkari, Pirkko 2004. Suositukset opioidien käytöstä, muusta kuin syövästä johtuvan kivun hoidossa. Kipuviesti 1 (2), 12–15.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, Päivi; Taponen, Rauni & Suominen, Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia 21 (4), 311–319. Viitattu 7.5.2011. Saatavissa: <http://www.doria.fi>,Elektra-aineisto.
- Karjalainen, Tuula 2011. Kivun hoitotyö. Luento 24.8.2011. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki.

- Kuokkanen, Liisa; Leino-Kilpi, Helena & Katajisto, Jouko 2010. Sairaanhoidtajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. *Hoitotiede* 22 (1), 26–35.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuuri-Riutta, Aulikki 2010. Kivun hoito. Teoksessa Castrén, Maaret; Aalto, Sakari; Rantala, Elina; Sopanen, Pertti ja Westergård, Airi (toim.) *Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle*. Helsinki: WSOY, 237–248.
- Laitinen, Jorma & Salomäki, Timo 2001. Opioidit ja tulehduskipulääkkeet. Teoksessa Rosenberg, Per; Alahuhta, Seppo; Kanto, Jussi ja Takala, Jukka (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Duodecim, 110–124.
- Lewén, Hanna; Gardulf, Ann & Nilsson, Jan 2010. Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (4), 764–771.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2010. Suomen lääketilasto 2009. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.
- Mannheimer, Clas 2009. Smärtanalys – Basen för handläggning av långvarig smärta. *Läkartidningen* 106 (4), 194–196.
- Mitera, Gunita; Fairchild, Alysa; DeAngelis, Carlo; Emmenegger, Urban; Zurawel-Balaura, Laura; Zhang, Liying; Bezjak, Andrea; Levin, Wilfred; Mclean, Michael; Zeiadin, Nadil; Pang, Jocelyn; Nguyen, Janet; Sinclair, Emily; Chow, Edward & Wong, Rebecca 2010. A Multicenter Assessment of the Adequacy of Cancer Pain Treatment Using the Pain Management Index. *Journal of palliative medicine* 13 (5), 589–593.
- Mäkipää, Sanna & Korhonen, Teija 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa Iiri Ranta (toim.) *Sairaanhoidtaja asiantuntijana – Hoitotyön vuosikirja 2011*. Helsinki: Fioca.
- Määttä, Maija & Kankkunen, Päivi 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. *Hoitotiede* 21 (4), 282–293.
- Nairn, Stuart; Whotton, Elaine; Marshal, Christine; Roberts, Mark & Swann, Garry 2004. The patient experience in emergency departments - a

- review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 12 (3), 159–165.
- Nilsson, Eija & Järvimäki, Voitto 2001. Akuutin ja kroonisen kivunhoidon järjestely. Teoksessa Rosenberg, Per; Alahuhta, Seppo; Kanto, Jussi ja Takala, Jukka (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Duodecim, 49–53.
- Norlén, Per 2009. Centrala nervsystemet. Teoksessa Norlén, Per ja Lindström, Erik (toim.) *Farmakologi*. Stockholm: Liber, 142–155.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.
- Prkachin, Kenneth 2009. Assessing pain by facial expression – Facial expression as nexus. *Pain research & management* 14 (1), 53–58.
- Purnell, Larry 2008. The Purnell model for cultural competence. Teoksessa Purnell, Larry & Paulanka, Betty (toim.) *Transcultural health care – A culturally competent approach*. F.A. Davis Company: Philadelphia, 19–55.
- Rasku, Tuija; Sopanen, Pertti & Toivola, Tiina 1999. *Hoitoa ympäri vuorokauden – Ensi- ja polikliininen hoito*. Helsinki: WSOY.
- Ruuskanen, Eija 2005. *Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö – Näyttöön perustuvan kivunhoidon ohjelma 2003–2004*. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 7.5.2011. Saatavissa: <http://www.ksshp.fi>.
- Saarinen, Sakari 2007. *Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –työ.
- Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka ja Vartti, Anne-Marie (toim.) *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi, 30–38.
- Sairaanhoitajaliitto 1996. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. Viitattu 28.9.2011.
- Salanterä, Sanna 2006. Vaikeaa dementia sairastavan vanhuksen kivun arviointi. *Kipuviesti* 6 (4), 39–40.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Sopanen, Pertti 2010. Potilaan hoito päivystyspoliklinikassa. Teoksessa Castrén, Maaret; Aalto, Sakari; Rantala, Elina; Sopanen, Pertti ja

- Westergård, Airi (toim.) Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY, 60–78.
- Syväoja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Tervo-Heikkinen, Tarja; Partanen, Pirjo; Aalto, Pirjo & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Nurses' work environment and nursing outcomes – A survey study among Finnish university hospital. *International journal of nursing practice* 14 (5), 357–365.
- Thomas, Tanya 2007. Providing pain relief for patients in the emergency department. *Nursing standard* 22 (9), 41–45.
- Tigerstedt, Irma 2001. Nosiseptiivinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Rosenberg, Per; Alahuhta, Seppo; Kanto, Jussi & Takala, Jukka (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Duodecim, 776–783.
- Turunen, Juha 2007. Pain and pain management in Finnish general population. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Uba, Laura 1992. Cultural barriers to health care for southeast Asian refugees. *Public health reports* 107 (5), 544–548.

LIITE 1. Saatekirje

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sturenkatu 2
00510 Helsinki

5.10.2011

Arvoisa sairaanhoitaja,

Opiskelen Diakonia-ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyönä tutkimusta päivystyspoliklinikoiden akuutin kivun hoidosta. Tutkimuksessa kysytään 14 kysymyksen avulla Sinun mielipidettäsi kivun hoidon toteutumisesta juuri tällä päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena on hyödyntää tutkimuksesta saatua tietoa käytännön hoitotyössä ja kehittää sairaanhoidon ammatillisuutta.

Vastaaminen vie vain hetken ja on erittäin tärkeää, että kaikki sairaanhoitajana työskentelevät vastaisivat kyselyyn mahdollisimman huolellisesti. Vastaaminen tapahtuu vapaaehtoisesti ja täysin anonymisti, eikä ketään vastaajaa ole mahdollista tunnistaa vastausten perusteella.

Palauta lomake lomakkeen täyttämisen jälkeen laatikkoon, joka on toimitettu huoneeseen - viimeistään joulukuun 4. päivä mennessä.

Kiitos yhteistyöstä - Vastauksesi on erittäin tärkeää tälle tutkimukselle.

Kiittäen,

Jaakko Hagelberg

jaakko.hagelberg@student.diak.fi
p. 040-5249247

Opinnäytetyön ohjaajat:
Tuula Tuokko
Ritva Räisänen

tuula.tuokko@diak.fi
ritva.raisanen@diak.fi

LIITE 2. Kysely päivystyspotilaan akuutista kivusta

Hyvä vastaaja, alla olevat kysymykset koskevat vain akuuttia kipua.
Voit rengastaa mielipidettäsi vastaavan vaihtoehdon numeron jokaisen kysymyksen kohdalla. Kiitos vastauksestasi!

1. Työpaikkasi.

1. Haartmanin sairaala
2. Marian sairaala

2. Työkokemuksesi.

1. Alle kaksi vuotta
2. Kaksi vuotta tai yli
3. Kymmenen vuotta tai yli

3. Tunnistan potilaan akuutin kivun.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

4. Potilaat joutuvat usein odottamaan kivun hoitoa omien työkiireideni vuoksi.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

5. Potilaat joutuvat usein odottamaan kipujen hoitoa lääkärin lääkemääräysten viivästymisen vuoksi.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

6. Potilaan fyysisen tilan vuoksi kivun tunnistaminen on joskus hankalaa.
1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
 2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
 3. En osaa sanoa
 4. Pitää osittain paikkansa
 5. Pitää täysin paikkansa.
7. Potilaan psyykkisen tilan vuoksi kivun tunnistaminen on joskus hankalaa.
1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
 2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
 3. En osaa sanoa
 4. Pitää osittain paikkansa
 5. Pitää täysin paikkansa.
8. Vieraita kulttuureita edustavien potilaiden kipua on joskus vaikea tunnistaa.
1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
 2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
 3. En osaa sanoa
 4. Pitää osittain paikkansa
 5. Pitää täysin paikkansa.
9. Pyrin aina selvittämään potilaan mahdolliset kivut.
1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
 2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
 3. En osaa sanoa
 4. Pitää osittain paikkansa
 5. Pitää täysin paikkansa.
10. Omat henkilökohtaiset kokemukseni kivusta vaikuttavat kivun hoitoon.
1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
 2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
 3. En osaa sanoa
 4. Pitää osittain paikkansa
 5. Pitää täysin paikkansa.

11. Mielestäni potilaan kivuilta ei voida aina välttyä.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

12. Tunnen ammatillisesti hallitsevani kivunhoidon riittävällä tavalla.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

13. Tunnen tarvitsevani lisäkoulutusta tai tietoa kivun tunnistamiseksi ja sen lievittämiseksi.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

14. Potilaiden kivunhoito on asianmukaista työpaikallani.

1. Ei pidä lainkaan paikkaansa
2. Ei juurikaan pidä paikkaansa
3. En osaa sanoa
4. Pitää osittain paikkansa
5. Pitää täysin paikkansa.

KIITOS VASTAUKSISTASI,

Palautathan tämän lomakkeen palautuslaatikkoon 4.12.2011 mennessä.

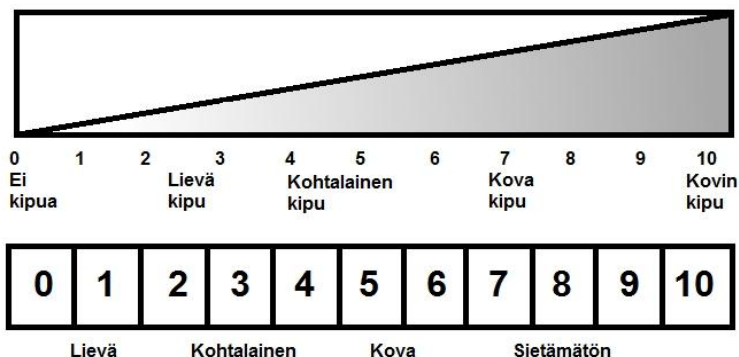
Liite 3. Kipulääketaulukko (Norlén 2009, 146–155.)

Lääkeaine	Kauppanimiä	Vaikutusmekanismi
Opioidit		
Alfentaniili	Rapifen	Sitoutuvat opioidireseptoreihin, lievittää kiputuntemusta keskushermoston kautta.
Buprenorfiini	Temgesic	
Fentanyyli	Durogesic	
Hydromorfoni	Palladon	Yliannostuksina ja haittavaikutuksina lamauttaa muun muassa hengityskeskusta, hidastaa suolen toimintaa.
Kodeiini	Codaxol	
Metadoni	Dolmed	
Morfiini	Morphin	
Oksikodoni	Oxycontin	Yliannostuksissa vastalääkkeenä toimii Naloksoni.
Petidiini	Petidin	
Sufentaniili	Sufenta	
Tramadoli	Tramadol	
Opioidiantagonistit		
Naloksoni	Naloxon	Sitoutuu opioidireseptoreihin, syrjäyttää opioidiantagonistien vaikutusta.
Naltreksoni	Naltrexone	
Ei-selektiiviset irreversiibelit COX-estäjät (tulehduskipulääke)		
Asetyylisalisyylihappo	Primaspan, Disperin	Estää prostaglandiinin synnyn COX-entsyymejä palautuvasti sitoen. Estää näin verihutaleiden yhteen sitoutumista ohentaen verta, alentaa kuumetta, mahan limakalvovauriot mahdollisia.
Ei-selektiiviset reversiibelit COX-estäjät (tulehduskipulääke)		
Diklofenaakki	Voltaren	Estää prostaglandiinin synnyn COX-entsyymejä palautuvasti sitoen.
Ibuprofeeni	Burana	
Indometasiini	Indalgin	Estää näin verihutaleiden yhteen sitoutumista ohentaen verta, alentaa kuumetta, mahan limakalvovauriot mahdollisia.
Ketoprofeeni	Ketorin	
Ketorolaakki	Toradol	
Meloksikaami	Meloxicam	
Nabumetoni	Relifex	
Naprokseeni	Pronaxen	
Pioksikaami	Piroxin	
Sulindaakki	Arthrocine	
Selektiiviset COX 2-estäjät (tulehduskipulääke)		
Selekoksibi	Celebra	kts. Ei-selektiiviset reversiibelit COX-estäjien vaikutusmekanismit.
Etorikoksibi	Arcoxia	
Parekoksibi	Dynastat	

Parasetamoli		
Parasetamoli	Panadol, Paraceon	Ei tarkasti tunneta, alentaa kuumetta lämmönsäätelykeskuksen kautta. Yliannostuksissa aiheuttaa hengenvaarallisiakin maksavaurioita. Vastalääkkeenä yliannostuksissa N-asetyylikysteini.
Triptaanit		
Almotriptaani	Almogran	Serotoniiniagonisteja. Sitoutuvat serotoniinireseptoreihin. Hyvin siedetty, sydän- ja verenkiertopotilailla vältettävä.
Eletriptaani	Relert	
Naratriptaani	Naramig	
Ritsatriptaani	Maxalt	
Sumatriptaani	Imigran	
Tsolmitriptaani	Zomig	
Torajyväalkaloidit		
Dihydroergotamiini	Orstanorm	Stimuloi serotoniinireseptoreja. Supistaa sileää lihaskudosta. Runsaasti haittavaikutuksia, kuten kouristuksia, verisuonten supistumista ja sidekudoksen muodostumista. Ei raskaana oleville.
Ergotamiini	Anervan	
Neuropaattinen kipu		
Amitriptyliini	Triptyl	Noradrenaliinin- ja serotoniinin takaisinoton estäjä. Vaikutusmekanismi epäselvää.
Duloksetiini	Cymbalta	Serotoniinin- ja noradrenaliinin takaisinoton estäjä.
Gabapentiini	Neurontin	Salpaa kalsiumkanavien toimintaa.
Karbamatsepiini	Neurotol	Salpaa natriumkanavien toimintaa.
Pregabaliini	Lyrica	Salpaa kalsiumkanavien toimintaa.

Liite 4. Kipumittareita (Salanterä ym. 2006, 84; Horgas 2007; Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos, 2007.)

Oikealla ylhäällä kipukiila (VAS), jossa asteikolla 0-10 tarkoitetaan kivun voimakkuutta. Potilas arvioi kipuaan asettamalla oman kipukokemuksensa mukaisen tuntemuksen asteikolle. Kipukiilan alla on esitettyä sanallinen (VRS) ja numeerinen kipuasteikko (NRS), jossa kivun voimakkuutta arvioidaan VAS:n kaltaisesti asteikolla 0-10. (Salanterä ym. 2006, 84.)



Alla PAINAD -kivun arviointimittari pitkälle kehittyntä dementiaa sairastavan potilaan hoitoon. Pisteet lasketaan asteikolla 0-10, jossa 0 edustaa kivuttomuutta ja 10 vakava-asteista kipua. Arviointilomakkeeseen kuuluvat asteikon lisäksi jokaista vaihtoehtoa tarkemmin kuvaavat selitykset. (Horgas 2007.)

Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD)

Nimike	0	1	2	Pisteet
Hengitys riippumatta puheesta	Normaali	Ajoittaista työlästä hengitystä. Hyperventiloi lyhyen aikaa.	Hengitys äänekkästä ja vaivalloista. Hyperventiloi pitkiä jaksoja. Cheyne-Stokes hengitystä.	
Negatiivinen ääntely	Ei ääntelyä	Voihkaisee tai murahtaa ajoittain. Ajoittaista hiljaista valitusta tai moittivaa puhetta.	Toistuvaa rauhatonta huutelua. Kovaa valitusta tai voihkintaa. Itkua.	
Kasvon ilmeet	Hymyilee tai ilmeetön	Pelästynyt. Alakuloinen. Kurtistava.	Kasvojen irvistys.	
Kehon olemus	Rentoutunut	Jännittynyt. Kävelee levottomasti. Liikehtii rauhattomasti.	Jännittynyt. Puristaa kättään nyrkkiin. Polvet koukussa. Vetäytyy tai työntää pois. Huitoo.	
Lohdutettavuus	Ei tarvetta lohduttamiselle	Rauhoittuu tai keskittyminen herpaantuu äänellä tai kosketuksella.	Ei pysty lohduttamaan, kääntämään huomiota tai rauhoittamaan.	
Yhteensä:				

Alla rajallisen kommunikointikyvyn omaaville vanhuksille suunnattu kivun arviointilomake (PACSLAC) vapaasti suomennettuna. Tässä tarkistuslistassa jokaisen neljän kategorian havainnoista saadut pisteet lasketaan yhteen, joiden perusteella voidaan arvioida mahdollista kiputilaa jonkin aikarajan puitteissa. Tarkkoja pisterajoja ei ole, vaan lomakkeen käyttäminen vaatii arviointitaitoja ja tilannesidonnaista ymmärrystä. (Fuchs-Lacelle & Hadjistavropoulos 2007.)

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)					
Kasvon ilmeet	on/ ei	Aktiivisuus / Vartalon liikkeet	on/ ei	Sosiaalisuus / Persoonallisuus/ Mieliala	on/ ei
Irvistää		Vähentynyt liikkuminen		Järkyttynyt	
Surullinen ilme		Kieltäytyy lääkkeistä		Kiihtynyt	
Jännittyneet kasvot		Liikkuu hitaasti		Äreä / ärsyyntynyt	
Vihainen katse		Impulsiivinen käytös (esim. toistuva liikehdintä)		Turhaantunut	
Muutos silmissä (sivistys, haalea tai kirkas katse, lisääntynyt liike)		Yhteistyöhaluton / hoitokielteinen		Muita (fysiologiset muutokset: syöminen, juominen, sanalliset muutokset)	
Kurtistaa kulmiaan		Suojaa aristavaa kohtaa		Kalpea	
Kivulias ilme		Koskettaa/ pitelee arkaa kohtaa		Punaiset kasvot, punastunut	
Hampaiden puristelu		Ontuu		Itkuiset silmät	
Vavahtelu		Puristaa nyrkkiään		Hikoilee	
Suun aukominen		Menee sikiöasentoon		Vapisee / Tärisee	
Otsan rypistäminen		Jäykkä/ kankea		Kylmän hikinen	
Väänteleä nenää		Sosiaalisuus / Persoonallisuus/ Mieliala	on/ ei	<i>Unen muutoksia (ympyröi):</i>	
Aktiivisuus/ Vartalon liikkeet	on/ ei	Fyysinen aggressio (esim. työntää ihmisiä tai esineitä, raapii, lyö, potkii)		Vähentynyt tai lisääntynyt uni päiväsaikaan	
Liikkuu hermostuneesti		Sanallinen aggressio		<i>Syömisen muutoksia (ympyröi):</i>	
Vetäytyy pois päin		Ei halua kosketusta		Vähentynyt tai lisääntynyt ruokahalu	
Säpsähtelee		Ei halua ihmisten lähelle		Huutaminen / karjuminen	
Rauhaton		Vihainen		Huutelee (esim. apua)	
Liikkuu ympäriinsä		Heittelee esineitä		Itkee	
Harhailee		Lisääntynyt sekavuus		Eriytynyt ääntely tai ääni kipuun ("ai, voih")	
Yrittää poistua		Tuskainen		Parahatelu, voihkiminen	
Ei suostu liikkumaan				Mumisee	
Sotkee paikkoja				Murahtelee	

PACSLAC:ia ei tule kopioida ilman lupaa. Lupa PACSLAC:n uudelleenjulkaisuun tulee pyytää tekijänoikeuksien haltijoilta (thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca). PACSLAC:n kehittäjät eivät vastaa mistään mahdollisesta PACSLAC:n välittömästä tai välillisestä käytön aiheuttamasta tapahtumasta. PACSLAC:n käyttö saattaa olla soveltumaton joillekin potilaille, eikä se korvaa perusteellista terveydenhuollon ammattilaisen suorittamaa potilaan hoidon arviota. PACSLAC (kuten kaikki muut havainnoinnin apuvälineet dementiaa sairastavien vanhusten kohdalla) on seulontaväline, eikä varsinkin kipumittari. Sellaisenaan se saattaa osoittaa virheellisesti kivun olemassaolosta ja joskus se saattaa epäonnistua kivun tunnistamisessa. Se tulisi käyttää vain olla pätevä terveydenhuoltohenkilöstön käytössä heidän laajemman tietämyksensä ja potilaan laajemman tutkimuksen yhteydessä.