

Minna Kristo & Marika Vainionpää

Vanhuksen akuutin kivun tunnistaminen päivystyspoliklinikalla

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyö AMK



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Koskenalantie

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Minna Kristo & Marika Vainionpää

Työn nimi: Vanhuksen akuutin kivun tunnistaminen päivystyspoliklinikalla

Ohjaaja: TTM, lehtori Mari Salminen-Tuomaala ja THM, lehtori Kristiina Vaahtera

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 49

Liitteiden lukumäärä: 3

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa vanhuksen akuutin kivun tunnistamisesta päivystyspoliklinikalla. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa päivystyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille vanhuksen akuutin kivun tunnistamisesta.

Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineistonkeruu menetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimukseen osallistui neljä vapaaehtoista päivystyspoliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa. Tuloksista ilmeni vanhuksen akuutin kivun tunnistamisen haasteellisuus.

Kivun tunnistamisen apuna käytettiin vanhuksen fyysisen ja psyykkisen olemuksen tarkkailua, sekä seuraamalla vanhuksen sydän- ja verenkiertoelimistön tilaa erilaisten mittausten avulla.

Avainsanat: Kipu, akuutti, päivystyspoliklinikka, vanhus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Nursing Degree

Specialization: Nursing

Authors: Minna Kristo and Marika Vainionpää

Title of thesis: Identification of elderly acute pain at the emergency department

Supervisors: Mari Salminen-Tuomaala and Kristiina Vaahtera

Year: Autumn 2011 Number of pages: 49 Number of appendices: 3

The purpose of the thesis was to provide new information for identifying elderly persons acute pain in the emergency department. Material was collected by theme interviews and analyzed using inductive content analysis.

The aim of the thesis was to provide new information to the nurses at the emergency department who are working with elderly acute pain identifications.

The thesis was a qualitative research. Theme interviews and analysis using inductive content analysis were used as data collection methods. Research included four volunteer nurses who were working in the emergency department. The results revealed the identification challenge of elderly persons acute pain.

Observing elderly persons physical and mental appearance and following his/hers hearths and the state of the blood circulation by different kind of tests were used as a help to identify the pain.

Keywords: pain, acute, emergency department, elderly

Sisällys

1 JOHDANTO	5
2 AKUUTTI KIPU	6
2.1 Akuutti kipu fyysisenä ongelmana.....	7
2.1.1 Nosiseptiivinen kipu	8
2.1.2 Neuropaattinen kipu	9
2.1.3 Viskeraalinen kipu	10
2.1.4 Idiopaattinen kipu	10
2.2 Akuutti kipu emotionaalisenä ongelmana.....	11
2.3 Akuutti kipu sosiaalisena ongelmana	12
2.4 Akuutti kipu hengellisenä ongelmana.....	13
3 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA HOITOYMPÄRISTÖNÄ	15
4 VANHUUS	17
4.1 Vanhuksen akuutti kipu päivystyspoliklinikalla	19
4.2 Vanhuksen akuutin kivun tunnistamisen haasteet	21
5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	23
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	25
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	26
7.1 Kvalitatiivinen tutkimus.....	26
7.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä.....	26
7.3 Induktiivinen sisällönanalyysi	28
8 TULOKSET	30
8.1 Psykkinen olemus	30
8.2 Fyysinen olemus	33
8.3 Hoidon monipuolisuus.....	34
9 POHDINTA	36
9.1 Tutkimustulosten tarkastelu	37
9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	38
9.3 Jatkotutkimushaasteita ja kehittämissuhteita	40
LÄHTEET.....	41
LIITTEET	44

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on vanhuksen akuutin kivun tunnistaminen päivystyspoliklinikalla, sairaanhoitajan näkökulmasta. Tulevina hoitotyön ammattilaisina päivystyspoliklinikan toiminta kiinnostaa, koska entuudestaan opinnäytetyön tekijöillä ei ole kokemusta ensiaputyöstä. Akuutissa vaiheessa on tärkeää tunnistaa ja arvioida nopeasti potilaan hoidon tarve. Kivunhoito on sairaanhoitajien työssä jokapäiväistä ja se vaatii jokaiselta hoitajalta tarkkaavaista sekä avarakatseista ammattitaitoa. Sairaanhoitajille se tuo omat haasteensa hoitotyössä. Toivottavasti hoitotyön ammattilaiset saavat hyötyä opinnäytetyöstä ja pystyvät tämän työn avulla laajentamaan ammattitaitoaan vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa.

Suomen väestö ikääntyy tällä hetkellä nopeasti ja se tuo osaltaan lisärasitteita yhteiskunnalle. Vanhuksen akuutin kivun ja oireiden nopea tunnistaminen säästää yhteiskunnan kuluja. Mitä nopeammin akuutissa vaiheessa tunnistetaan kivun laatu, missä se ilmenee, milloin se on alkanut ja miten kipua lähdetään hoitamaan, sitä paremmat mahdollisuudet potilaalla on parantua tilanteesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa. Teema-haastattelu kohdistetaan sairaanhoitajille, jotka kohtaavat vanhuksia päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa päivystyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille akuutin kivun tunnistamisesta.

2 AKUUTTI KIPU

”Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun seuraavasti: Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus (aisti- ja tunnekokemus), joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein”. (Vainio 2004, 17).

Akuutilla kivulla on tehtävänä suojata elimistöä. Akuutti kipu varoittaa kudოსvaurioista estäen näin lisävaurion syntymistä väistöheijasteen avulla. Tuki- ja liikuntaelinten sekä sisäelinten vauriot aiheuttavat reflektorista lihasjännitystä eli lihasspasmeja. Sen avulla pyritään antamaan vaurioituneelle kudokselle mahdollisuus parantua. Onnettomuuksissa saadut suuret vammat saattavat aluksi olla kivuttomia. Kivut alkavat vasta, kun vammautunut on turvassa, sillä henkilön toiminta ja huomiokyky keskittyvät eloonjäämisen kannalta tärkeisiin asioihin. (Kalso & Vainio 2002, 86.)

Kipusignaali kulkee aivojen syvien osien tunnekeskusten kautta ja päättyy aivojen kuorikerrokseen tuntoaistimuksia havaitsevaan ohimo-osaan sekä otsalohkon etuosaan. Näissä aivojen osissa tapahtuu tarvittavien kipua vähentävien toimenpiteiden suunnittelu ja kivun merkityksen arviointi. Aikaisemmat kipu- ja muutkin kokemukset ja muistot vaikuttavat tapaan kokea kipua, tämän vuoksi kipukokemukset ovat erilaisia. (Granström 2010, 29.)

Kipua esiintyy joko lyhytaikaisesti eli akuutisti tai pitkäaikaisesti eli kroonisesti. Akuutissa kivussa on kyse jostain elimellisestä kivusta, kuten esimerkiksi haavasta. Tavallisesti kipu lievenee vaurion paranemisen myötä. Krooninen kipu on sitä, kun kipu jatkuu kudosten paranemisajan jälkeen. (Vainio 2004, 17.) Kipu on oire, joka vie potilaan tavallisimmin lääkärin tutkimukseen (Kalso & Vainio 2002, 85).

Kipu voi aiheuttaa edullisia neurohumoraalisia muutoksia. Tällä tavoin elimistö pyrkii kompensoimaan elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa, esimerkiksi nostamalla pulssia ja verenpainetta. Neurohumoraalisilla muutoksilla on epäedullisiakin muutoksia. Sydänsairaalla ihmisellä niistä saattaa olla jo alkuvaiheessa

enemmän haittaa kuin hyötyä sydänlihaksen happitalouden heikentyessä. (Haavisto 2001, 22.)

Kipu on yksilöllinen kokemus, sitä on vaikea ilmaista toisille ja siksi se perustuukin suurelta osin kielelliseen kommunikaatioon. Toisen ilmaisema kipu on tärkeää ymmärtää, nähdä monesta eri näkökulmasta ja arvioida sen laatua. (Strong, Matthews, Sussex, New, Hoey & Mitchell 2009, 86.)

Kipu on ihmiselle yksi arkielämän peruskokemuksista, tuttu jokaiselle. Fyysinen kipu on ruumiillista ja esiintyy yleensä paikallisesti. Kipu tai kärsimys voi olla myös pelkästään henkistä. Kipu saattaa vaikuttaa ihmisen persoonaan, psyykkiseen ja sosiaaliseen eheyteen. (Kalso & Vainio 2002, 15.)

Eri ihmiset kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin, siksi kipu on myös henkilökohtainen kokemus. (Salanterä & Hagelberg 2006, 7-8). Kivun tuntemuksiin vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät. Ihmisen kokonaiskivun muodostumisen tekijöitä ovat psyykinen, fyysinen, yhteisöllinen, hengellinen, kulttuurinen ja sosiaalinen kipu. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Kipukäyttäytyminen näkyy kokonaisuutena, siihen kuuluvat kasvojen ilmeet, äänteily ja kivun sanallinen ilmaisu sekä asento ja liikkeet. (Haanpää, Kalso & Vainio 2009, 21). Kivun tunnistaminen ja hoitaminen edellyttää monenlaisia taitoja ja tietoja, siksi se on myös vaativaa. Hoitotyössä työskentelevän tulee muistaa, että potilas on aina oman kivun paras asiantuntija. (Salanterä & Hagelberg 2006, 7-8.)

Neurofysiologiassa tiedetään, kuinka kipu tunnetaan. Neurofysiologinen kipu välittää tiettyjä kipusäikeitä, joita kutsutaan nosiseptoreiksi. Mikä tahansa neurofysiologinen kipuärsyke, jolla on mahdollisuus aiheuttaa vahinkoa esimerkiksi ihoon tai kudokseen, voi olla syynä koettuun kipuun. Ärsyke voi olla terävä esine, joka leikkaa ihoa, kalvoa tai lihasta leikkauksen aikana. Myös tylppä väline voi kolhia kudosta tai rikkoa luita. Epämiellyttävä tunne kiinnittää yleensä ihmisen huomion sinne, mistä tunne on peräisin. Esimerkiksi kuumuus tai tuli aiheuttavat palovamman ja mehiläisen pistos polttaa. Akuutti kipu onkin ”ensimmäinen kipu” ja se kertoo

ihmiselle, jos jotain tapahtuu ja hänen tulee tehdä sille jotain. (Mann & Carr 2006, 2.)

2.1 Akuutti kipu fyysisenä ongelmana

Kivun aiheuttaja ja kivun aiheuttamat seuraukset vaikuttavat vaihtelevasti mielen tehtäviin. Ihminen reagoi tiedostamatta, automaattisesti joissakin äkillisissä tilanteissa. Jos kipu tulee esiin tietoisesti eli kipu huomataan, ensimmäisenä tehtävänä on sijoittaa kipuhavainto kiireellisyysjärjestyksessä oikeaan kohtaan toimenpiteitä ajatellen. Mielelle tulee lisää haasteita, jos kipu kestää pidempään. Kivun jatkussa ja kivun vakavuudesta riippuen tulee tiedostamattakin mieleen ajatuksia, miten selvittää kivusta eteenpäin. (Granström 2010, 30.)

Kudosvaurion syntyessä autonomisen hermoston sympaattisessa osassa käynnistyy hengitystihyettä ja sykettä nostava hälytysreaktio, jolloin aivolisäke vapauttaa normaalia enemmän kortisolin eritykseen vaikuttavaa hormonia. Samanaikaisesti syntyy aistimus tuntoaivokuorialueilla. Aistimus kertoo minkä tyyppinen ärsytys on kyseessä, esimerkiksi polttava tai pistävä. (Sandström 2001, 6.)

2.1.1 Nosiseptiivinen kipu

Kudosvauriokipua kutsutaan nosiseptiiviseksi kivuksi. Mekanismin perusteella kipu voidaan luokitella nosiseptiiviseen sekä hermovauriokipuun. Hermovauriokivussa kivun syy on kivunvälitysjärjestelmän toimintahäiriö tai vaurio, kun taas nosiseptiivisessä kivussa kipua välittävä järjestelmä on terve. Nosiseptiivinen kipu käsittää sekä sisäelinperäisen että somaattisen nosiseptiivisen kivun. Somaattiset nosiseptiiviset kivut ovat yleisimmin tuki- ja liikuntaelinperäisiä. Somaattinen nosiseptiivinen kipu rajoittuu lähelle kivun lähtökohtana olevaa kudosaivuriota. Se on luonteeltaan tasaisesti jatkuvaa ja tarkasti paikannettavaa. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 866-867.)

Kivun syy on usein tiedossa ja sen tunnistaminen on melko helppoa. Se viittaa siihen, että kyseessä on kudოსvauriosta johtuva kipu. Potilas voi kuvailla kipua teräväksi, pistäväksi tai repiväksi ja yleensä kipu paikantuu kivun kudოსvaurioalueelle. Akuutteja kudოსvauriokipuja ovat akuutit tuki- ja liikuntaelinperäiset kiputilat, esimerkiksi rasitusperäiset kivut ja vammat sekä leikkauksen jälkeinen kipu. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 79.)

2.1.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu poikkeaa luonteeltaan selvästi kudოსvauriokivusta, sillä kipu on usein voimakasta ja laadultaan epämiellyttävää. Kipu on luonteeltaan usein sähköistävää, kihelmöivää, polttavaa tai pistelevää ja siihen voi liittyä sähköiskun kaltaisia tuntemuksia. Kipeältä alueelta voi samanaikaisesti puuttua esimerkiksi kosketustunto. (Kalso 2004, 2227.) Tyypillistä neuropaattiselle kivulle on sen huono vaste tavallisille kipulääkkeille. Varhainen hyvä kivunhoito akuutissa vaiheessa saattaa estää kroonisen kiputilan syntymisen. Hermovaurio korjaantuu hitaasti ja epätäydellisesti tai ei lainkaan. (Salanterä ym. 2006, 36,98.)

Neuropaattiseen kipuun liittyy tuntomuutoksia tai tuntopuutoksia. Ne noudattavat joko selkäydinhermojen tai ääreisherموjen hermotusalueita. Aivo- tai selkäydinperäinen kipu on usein laaja-alaista. (Salanterä ym. 2006, 79-80.) Viestin siirto neuropaattisessa kivussa on vaurioitunut. Neuropaattisessa kivussa kipua esiintyy ilman mitään ärsykettä tai normaalit ärsykkeet aistitaan kivuliaina. Kivut voivat johtua esimerkiksi traumasta, diabeteksesta, selkäydinvammasta tai aivoinfarktista.

Vaikea neuropaattinen kipu saattaa heikentää potilaan elämänlaatua. Neuropaattista kipua ymmärtääkseen voi kuvitella tilanteen jossa hammasta särkee jatkuvasti vuoden jokaisena päivänä. Neuropaattinen kipu kovenee iltaa kohti ja kipu pahenee yleensä rasituksessa. Näiden seurauksena tulee usein mielialan laskua, ahdistuneisuutta ja unettomuutta. Neuropaattisesta kivusta kärsivä potilas ajautuu usein taloudellisiin ongelmiin työkyvyttömyyden vuoksi. Neuropaattista kipua voi-

daan paitsi hoitaa myös estää ripeästi toimittaessa, kunhan diagnosointi tapahtuu mahdollisimman varhain. (Kalso 2004, 2227.)

2.1.3 Viskeraalinen kipu

Viskeraalinen kipu tarkoittaa vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamia sisäelinperäisiä kipuja. Sen tyypillisiä piirteitä ovat kivun epämääräinen paikantuminen, aaltomaisuus, kivun heijastuminen sekä autonomiset oireet. (Salanterä ym. 2006, 80-81.) Sisäelinperäinen kipu säteilee kudonvaurioalueelta muualle kehoon, saattaa ilmaantua kouristavana ja kohtauksittaisena. (Rosenberg ym. 2006, 868).

Esimerkiksi umpilisäkkeen tulehdus alkaa yleensä epämääräisellä vatsakivulla, joka usein vasta vuorokauden kuluessa paikantuu oikealle alavatsalle. Sydänperäinen kipu saattaa heijastua vasempaan käsivarteeseen, kaulalle ja leukaan. Kipuun liittyviä autonomisia oireita ovat esimerkiksi hikoilu, pahoinvointi, oksentelu, kalpeus sekä pulssin ja verenpaineen muutokset. (Salanterä ym. 2006, 80-81.)

2.1.4 Idiopaattinen kipu

Idiopaattisesta kivusta käytetään nykyään myös nimitystä krooninen oireyhtymä. Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestänyttä kiputilaa. Kivulla ei ole selitettäviä somaattisia löydöksiä tai löydösten ja potilaan kokemien kipuoireiden välillä vallitsee selkeä epäsuhta. Tyypillisiä piirteitä ovat usein moninaiset tuki- ja liikuntaelinperäiset ongelmat, runsas terveystalvelujen käyttö ja päi-vystyskäynnit. Usein potilaalle on tehty myös paljon tutkimuksia ja leikkaustoimenpiteitä ja kipulääkkeiden pitkäaikaishyöty on jäänyt vähäiseksi. (Salanterä ym. 2006, 81-82.)

Idiopaattisissa kiputiloissa potilaan oireisiin ei kliinisissä tutkimuksissa löydy selvää somaattista syytä. Todetut muutokset ovat niin vähäisiä, etteivät ne ole järkevissä

suhteessa koetun kivun voimakkuuteen. Vaikka somaattista syytä ei kliinisissä tutkimuksissa löydetä, saattaa se silti olla olemassa. (Salanterä ym. 2006, 37.) Kroonisen kivun hoidossa on usein tyydyttävä kivun lievittämiseen, syynmukainen hoito ei läheskään aina ole mahdollista. Mikäli syynmukainen hoito ei ole mahdollista, on valittava kipua lievittävät ja toimintakykyä palauttavat hoitokeinot. Kroonisen kivun hoidossa tarvitaan sekä näyttölääkätieteen parhaita keinoja että avoimuutta kaikkiin mahdollisiin auttamismenetelmiin. Helpotusta elämään voi saada esimerkiksi paremmasta vuoteesta, avantouinnista, apuvälineistä tai yhdistystoiminnasta. (Rosenberg ym. 2006, 868, 872.)

2.2 Akuutti kipu emotionaalisenä ongelmana

Vanhukset suhtautuvat oireisiinsa ja toimintakyvyn heikentymiseen monin eri tavoin. Monet kokevat tiettyjen oireiden kuuluvan vanhuuteen, toiset vanhukset eivät taas hyväksy minkään heikkouden liittyvän ikääntymiseen. Omaisten ja vanhusta hoitavien suhtautuminen on hyvin kirjavaa. Se saattaa vaihdella välinpitämättömyydestä epärealistisiin odotuksiin. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 72-73.) Kivuihin kärsivät pahoittelevat usein, että koska kipu ei näy ulospäin, heidän sairauksiaan ja vaivojaan ei oteta todesta. (Granström 2010, 23).

Kipuun eläytymisessä on aihetta erottaa kivun määrittelyssä kaksi osa-aluetta: kipu on sekä tunne- että tuntokokemus. Arkielämän havainnot liittyvät siihen, että toisen ihmisen kivun kipuaistimukseen, tuntokokemukseen, on mahdotonta eläytyä. Toisten ihmisten muitakaan aistimuksia ei nähdä samana, jollei itse saa samaa aistimusta. Ihmiset eivät kykene eläytymään edes omiin aikaisempiin kipuihin aistimuksen muodossa, esimerkiksi jos moni synnyttänyt nainen muistaisi tarkasti synnytyskivun, toinen lapsi jäisi hankkimatta. Kipuun kuuluvaan epämiellyttävään tunteeseen on helpompi samaistua, esimerkiksi menetyskokemuksiin. (Granström 2010, 23-24.)

Akuuttiin kipuun liittyy ahdistus. Ahdistus on varoittava reaktio uhkaavasta vaarasta. Ahdistunut kokee olevansa suojaton, avuton ja haavoittuvainen, ennustamattoman tulevaisuuden armoilla. Kipuongelmasta kärsivä saattaa ajatella, että kipu on uhka ja että tulevaisuus on arvaamaton ja epävarma. Ahdistuneen tulkinta oireistaan on akuutin kivun mallin mukainen: hän ajattelee, että kipu varoittaa ja kipeytymistä tulee välttää. Ahdistuksen hoito ja kipujen hoito ovat yhtä tärkeitä. Sietämättömältä tuntuvan kivun kokeminen, kipukokemus, voi olla traumatisoiva kokemus. Traumatisoivat kokemukset saattavat näkyä myöhemmässä vaiheessa elämää. Kipuongelma on voinut saada alkunsa traumaattisissa olosuhteissa, esimerkiksi tapaturman yhteydessä. Nämä kokemukset ehkä herkistävät kivulle tai palautuvat mieleen kipuongelman yhteydessä, siksi traumaattisten kokemusten käsittely on keskeinen osa hoitoa. (Granström 2010, 79-80.)

2.3 Akuutti kipu sosiaalisena ongelmana

Kivun vaikutuksen ja merkityksen koetaan ulottuvan laajalle ihmisen elämänpiiriin. Eniten se vaikuttaa perhe elämään, lisäksi toiset ihmiset eivät välttämättä ymmärrä kipusairautta. Sairaus vaikuttaa lisäksi työhön, vakuutusasioihin sekä kivun hoitoon. Ihmisten on vaikea eläytyä toisen ihmisen kipukokemuksiin. Kipu tunkeutuu ihmisten välisiin vuorovaikutuksiin. Kipu poistaa myönteisiä tunteita, kuten iloa ja luovuutta. Perheen merkitys ja myös kivusta kärsivän rooli perheessä korostuvat, yleensä löytyy sopeutumiskykyä ja auttamishalua. Perhe-elämä voi vaikeutua, jos perhe väsyy kipusairauden vuoksi. Tulee syyllisyydentunteita puolin ja toisin, vaikka asiat saataisiinkin sovittua perheen kesken. Kipu saattaa synnyttää ahdistuneisuutta ja pelokasta pohdiskelua siitä, miten puoliso kestää ja joskus jopa pelkoa avioerosta. Kipupotilaalle olisi tärkeää saada puhua asioistaan, mutta keskustelu puolison kanssa kyseisestä asiasta saattaa olla vaikeaa. Kipusairaus voi kuitenkin syventää ja vahvistaa suhdetta, jos se auttaa toisen ihmisen näkemään avun ja turvan tarpeen puolin ja toisin. Työ on monelle ihmiselle suuri itsetuntoa ja mielen tasapainoa ylläpitävä asia. Jotkut kamppailevat kipujen kanssa viimeiseen asti pystyäkseen jatkamaan työssä käyntiä. Kipu rajoittaa toimintakykyä, joten useim-

mille tulee vaikeuksia olla töissä. Kipu saattaa vaikeuttaa tai estää liikkumista, istumista tai seisomista. Kipusairaudesta johtuva poisjääminen töistä saattaa tuottaa niin paljon helpotusta, että ihmisellä ei ole riittävästi voimavaroja ja motivaatiota ponnistella kuntoutumiseen. Kuntoutuminen ei siis yksistään ole riittävä, vaan tarvitaan laaja-alaisempi tilannearvio sekä hoitosuunnitelma. (Granström 2010, 77-81, 85.)

Kipupotilas tarvitsee enemmän kognitiivista suorituskkyä kuin muut, vaikka hän on muita huonommassa asemassa erilaisissa asioinneissaan. Koti- ja työelämän järjestelyt ovat hänelle monimutkaisempia. Kivun hoito vaatii muistamista ja hahmottamista, esimerkiksi lääkärin selostukset ja ohjeet. (Granström 2010, 33.) Sosiaalisen verkoston muodostumiseen vaikuttavat ihmisten erilaiset tarpeet. Kipua kärsivän ihmisen on tarve saada hoitoa ja apua. Sosiaaliset verkostot toimivat parhaimmillaan suojaverkkoina, jotka suojelevat kivun aiheuttamilta ongelmilta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 22.)

Informaation käsittely hidastuu vanhetessa, joten älykkyys ei niinkään heikkene. Persoonallisuus ei sinällään muutu vanhetessa, vaan siihen vaikuttavat elinolosuhteet (virikkeiden puute, yksinäisyys) ja sairaudet (kivut, kuulo, näkö ja niin edelleen). (Kuisma ym. 2008, 470.)

2.4 Akuutti kipu hengellisenä ongelmana

Hengellisyys näkyy elämän tarkoituksen tulkinnoissa ja ihmisen elämäntavassa. Hengellisyys hoitotieteessä määritellään tarkoituksen ja merkityksen kysymisenä ja haluna ymmärtää itseä suuremman olemassaolo, suhde toisiin ihmisiin, Jumalaan ja maailmankaikkeuteen. Hengellisyys liittyy toivoon ja on myös luottamista tulevaisuuteen. (Aalto & Gothóni 2009, 12-13.)

Uskonto antaa päämäärän olemassaololle. Uskonnollinen ihminen kokee olevansa riippuvainen itseään suuremmasta, Jumalasta. Elämän peruskysymykset heräävät

sairauden, kärsimyksen, elämän ja kuoleman rajamaastossa, sekä elämän onnellisina hetkinä. Kaikkiin kysymyksiin ei löydy vastausta. Tärkeää on kuitenkin, että kysymyksiä saa miettiä toisen ihmisen kanssa. Ihmisen kokonaisuhoitoon kuuluu hengellinen hoito. Kokonaisuhoito edellyttää hengellisten tarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista. Hengellisessä hoidossa ollaan ihmisen lähellä ja autetaan häntä. Hengellinen hoito on elämänrohkeuden ja toivon etsimistä toisen ihmisen kanssa. (Aalto & Gothóni 2009, 12-14.)

Vaikeat elämänkysymykset heräävät esimerkiksi äkillisen kivun yllättäessä. Miksi tämä tapahtuu minulle ja miksi juuri nyt? Hoitotoimenpiteisiin ja kipuun liittyvät pelot ja yksinäisyyden tunne valtaavat herkästi ajatukset. Ahdistusta ja surua aiheuttavat myös luopuminen omasta terveydestä ja elämästä. (Aalto & Gothóni 2009, 19.)

Sairaudesta johtuva kriisi ei kysy lupaa, herättää pelkoja, sekoittaa tutut kuviot, jakaa ajan ennen ja jälkeen sairauden toteamisen. Jokaisessa uskonnossa ilmaistaan, että taakkojen ja kriisien kantaminen kuuluu osaksi ihmisen elämää, mutta on olemassa myös rakkauden kultainen käsky. Kun ihminen saa tiedon läheisensä sairastumisesta tai omasta sairastumisesta, on tärkeää saada läheisen ihmisen lähelleen, sellaisen joka välittää. Kuulluksi ja nähdyksi tuleminen on tärkeää. (Aalto & Gothóni 2009, 26.)

3 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA HOITOYMPÄRISTÖNÄ

Päivystyspoliklinikalle hakeudutaan usein äkillisen ja yllättävän sairastumisen johdosta tai tapaturman uhrina. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi hengenhahdistus, äkillinen voimakas sydänperäinen rintakipu, hukuksiin joutuminen tai liikenneonnettomuudessa loukkaantuminen. (Kuisma, Holmström & Porthan 2008, 40.)

Päivystyspoliklinikka vastaa kiireellisesti hoitoa tarvitsevien potilaiden vastaanotosta 24 tuntia vuorokaudessa. Päivystyspoliklinikka on keskeisessä asemassa muodostettaessa kuvaa sairaalasta ja sairaalan antamista palveluista. Ihmiset, jotka menevät akuutin vaivan takia sairaalahoitoon, menevät automaattisesti ensin päivystyspoliklinikalle, jonka kautta tarpeen mukaan he siirtyvät määrätulle sairaalan osastolle. Hoitajat ovat keskeisessä asemassa kohdatessaan ensimmäisenä sairaalaan saapuvat potilaat ja heidän läheisensä. Hoitohenkilökunnan toiminta, käyttäytyminen ja potilaisiin suhtautuminen antavat kuvan siitä, millaiseen paikkaan potilas on hakeutunut tai tahtomattaan joutunut. (Kuisma ym. 2008, 40.)

Suomessa päivystyksen määrä on vähentynyt ja toimintaa keskitetään enemmän yhteispäivystykseen. Yhteispäivystykseen hakeutuu runsaasti potilaita, jotka eivät tarvitse kiireellistä hoitoa. Vaarana on, että hoidon aloitus viivästyy kiireellisissä tapauksissa ja resursseja hukkaantuu niin sanotusti turhien päivystyspotilaiden hoitamiseen. Yhteispäivystyksessä ei ole yhteisesti sovittua ohjetta tai käytäntöä siitä, kuinka yhteispäivystyksessä arvioidaan ja varmistetaan se, että kiireellistä hoitoa tarvitsevat saavat nopeasti avun. (Kantonen 2007, 1606.)

Päivystyksellä tarkoitetaan hätätapausten välitöntä hoitoa sekä kiireellistä potilaiden polikliinista hoitoa. Päivystyspoliklinikalla erotellaan potilaat, jotka ovat kiireellisen hoidon tarpeessa. Päivystysvastaanotolla arvioidaan potilaiden vammat tai oireet, näiden perusteella tehdään potilaalle välitön tutkimus- ja hoitosuunnitelma. Päivystyspoliklinikan tehtävänä on tehdä potilaille hoidon kannalta kiireellisiä lääketieteellisiä tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä, joita ei voida siirtää. Ensisijaisena päivystystoiminnan tavoitteena on potilaiden nopea diagnosointi. Diagnosoinnin

jälkeen tavoitteena on potilaan pääsy jatkohoitoon. Päivystyspoliklinikan perustehäviin kuuluu henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen. Päivystyspoliklinikka toimii avohoito- periaatteella, joten potilas voi olla enintään 15- tuntia avohoidon potilaana. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 60-61.)

On olemassa eritasoisia, porrastusperiaatteella toimivia päivystyspisteitä terveyskeskusten päivystyksistä yliopistollisten sairaaloiden päivystyspoliklinikoihin. Henkilö, jolla ei ole lähetettä, hakeutuu ensin terveyskeskuksen päivystykseen ja tarpeen vaatiessa terveyskeskuksen päivystävä lääkäri lähettää potilaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon erillisellä läheteellä. Päivystyslähete on 24 tuntia voimassa. Edellytyksenä läheteelle voi olla myös, että potilas hakeutuu hoitoon 1-7 vuorokauden kuluessa. Erikoissairaanhoidon päivystys toimii sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla. Ensiarvoisen tärkeää on, että kriittisimmät potilaat viedään suoraan hoidon porrasteisuuden mukaiseen oikeaan hoitopaikkaan. (Rasku, Sopanen & Toivola 1999, 28.)

Potilas saa avohoitokäynnin aikana tutkimusta, hoitoa tai kuntoutusta saman sairauden, ongelman tai vamman takia. Saman käynnin aikana tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluja voi antaa yksi tai useampi sairaalan tutkimus- ja hoitohenkilökunta. Vaikka potilaan hoitoon olisi osallistunut useita työntekijöitä, käynnit kirjataan kuitenkin vain yhdeksi käynniksi. Hoitovuorokauden hintaan vaikuttaa se, onko potilas avohoidossa vai vuodeosastopotilas. (Rasku ym. 1999, 28-29.)

Avohoidossa ei ole normaalisti potilaita, joita ei ole kirjattu sairaalan vuodeosastolle tai he ovat vuodeosastolla ollessaan toisen erikoisalalan tutkimuksessa tai hoidossa. Mikäli potilaan hoito ja tutkimukset kestävät enemmän kuin 15- tuntia, on potilaasta tehtävä hoitopäätös. Hoitopäätös tarkoittaa potilaan kotiuttamista, siirtoa vuodeosastolle tai toiseen hoitolaitokseen. (Castren ym. 2009, 60-61.)

4 VANHUUS

”Perustuslain 6.2 §:ssä kielletään asettamasta ketään ilman hyväksyttävää perustetta eri asemaan iän perusteella”. (Nieminen 2006, 255).

Selvä ero vanhusten ja nuorten välillä on se, että vanhuksilla on tyypillisesti useita päällekkäisistä etiologioista johtuvia oireita ja sairauksia, kun taas nuorten sairauksilla on yleensä vain yksi etiologinen syy. Vanhusten kohdalla näiden syiden erottaminen on usein hankalaa tai jopa mahdotonta. (Kuisma ym. 2008, 470.)

Vanheneminen alkaa jo ennen aikuisikää. Vanhenemisen vaikutukset kuitenkin alkavat näkyä keski-iässä, mutta merkitykselliseksi ne muuttuvat vasta kuudennen vuosikymmenen jälkeen. Vanheneminen on fysiologisten toimintojen heikentymistä. Ikääntymiseen liittyy lukuisia muutoksia elimistössä, esimerkiksi hormonituotannon muutokset, kehon rasvapitoisuuden kasvu, lihasmassan pieneneminen, valtimoiden seinämien jäykistyminen, alaraajojen laskimoiden veltostuminen tai luuston rakenteen heikkeneminen. Aistitoiminnoissa tapahtuu myös iän myötä muutoksia kuten reaktioajassa tai tasapainossa. Muistitoimintojen hidastuminen kuuluu olennaisesti myös ikääntymiseen. Krooniset sairaudet ovat vanhuksilla suurin rasite riittävän toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Poikkeavan rasituksen sietokyky ja akuutin vaikean sairastumisen vaara kasvaa vanhenemisen myötä. (Koponen & Sillanpää 2005, 374-375.) Kudos- ja solutasolla vanheneminen on rasvoitumista, kuivumista, hyytymistä ja jäykistymistä. 75-80- vuotiailla jopa 40 % aivojen, keuhkojen, sydämen, munuaisten ja lihasten soluista on hävinnyt. Solukato on kuitenkin yksilöllistä eri kudoksissa. (Kuisma ym. 2008, 470.)

Fyysisellä vanhenemisella tarkoitetaan elimistön vanhenemistä biologisesti. Ikääntyvä elimistö saattaa selviytyä vaikeuksista tavanomaisesta elämästä. Sen on vaikea suoriutua tavallista suuremmasta rasituksesta. Ihmisen ikääntyessä yhä pienempi rasitus saattaa ylittää toimintakyvyn ylärajan ja se saattaa johtaa palautumattomiin muutoksiin. Normaalisti vanheneva ihminen sairastuu herkemmin kuin nuoret. Toimintakyvyn heikkeneminen alkaa yleensä tuntua arkielämässä vasta 75-ikävuoden jälkeen. Fyysiset vanhenemismuutokset ovat yksilöllisiä. Jotkut saat-

tavat olla harmaapäisiä jo 35- vuotiaana, toiset taas notkeita ja ketteriä vielä 80- vuotiaana. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 91, 97.)

Fyysinen harjoitus ei hidasta vanhenemista, mutta parantaa kaikenikäisten ihmisten elimistön toimintakykyä ja vastustaa sillä tavoin vanhenemismuutoksia. Liikunta on iäkkäälle ihmisille vielä tärkeämpää kuin nuorelle. Fyysinen aktiivisuus ehkäisee lihasten heikentymistä, luuston haurastumista ja lisäksi se edistää verenkiertoa ja auttaa nivelten ja tasapainoainin toimintaa. (Koskinen ym. 1998, 97.)

Käsitteellä vanhuus ei ole yleisesti yhtenäistä tai hyväksyttyä määritelmää. Ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ovat varsin yksilöllisiä, joten vanhuuden määrittelemisen kalenteri-ian mukaan on ongelmallista. Määriteltäessä esimerkiksi eläkeikää käytetään ikärajoja. Vanhuus on yksi elämänvaiheista. Vanhuus saa aikaan meissä kaikissa fysiologisia muutoksia. Iän myötä krooniset sairaudet lisääntyvät ja elintoiminnot muuttuvat. Ikääntyminen vaikuttaa myös fyysiseen ja henkiseen toimintakykyyn vaihtelevasti, myös kokemus sairastamisesta ja sairauksista sekä kyvystä selvitä arjesta vaikuttaa ikääntymiseen. Suurin osa vanhuksesta elää pitkään terveinä ja hyväkuntoisina, mutta toimintakyvyn vähitellen heikentessä on toisten ihmisten tuki tärkeämpää. (Eskola, Jyrkämä, Mäki-Petäjä, Pihlainen, Raivio, Sulkava & Halila 2008, 6.)

Jokainen vanhus on oma ainutlaatuinen ja taustansa omaava yksilö ja sellaisena hänet on myös kohdattava. Vanhukset muodostavat hyvin vaihtelevan ryhmän, sillä on vanhuksia, jotka ovat omatoimisia ja hyväkuntoisia, osa taas viettää viimeisiä hetkiään esimerkiksi sairaalassa vaikean dementian vuoksi. (Kuisma ym. 2008, 469-470.)

Vanhusten ensihoito on enemmänkin eettinen kuin lääketieteellinen ongelma, joten se on äärimmäinen haaste hoitotyössä. Vanhuksen hoidon ensisijainen tavoite on taata ihmisarvoinen loppu, usein monipuolisen ja rikkaan elämän eläneelle vanhukselle. (Kuisma ym. 2008, 469-470.) Keskeinen eettinen ongelma liittyy elämän suojelemisen ja kärsimysten lievittämisen perusvelvoitteisiin: vain toinen näistä voi toteutua.

Päivystyspoliklinikalla lääkäri joutuu päättämään käytetäänkö, minkälaisia hoitokeinoja käytetään vai jätetäänkö käyttämättä, jotta vanhus välttyisi turhilta kärsimyksiltään kuoleman lähestyessä. Tämä asia on oltava valmiiksi mietittynä, sillä aikaa tähän päätökseen ei useinkaan ole paljon. Vanhuksen omaa toivomusta on kunnioitettava, vaikka se olisikin läheisten tahtoa vastaan. Oma hoitoa koskevat päätökset voivat olla esimerkiksi elvytyksestä, tehohoidosta tai konehoidosta tehty kirjallinen tai suullinen ilmoitus. (Alaspää, Kuisma, Rekola, & Sillanpää 2004, 438.)

4.1 Vanhuksen akuutti kipu päivystyspoliklinikalla

Akuutisti sairastuneet vanhukset tulevat tai tuodaan yleensä hoitoon usein vaikeaoireisina. Heidät on saatettu löytää lattialta, he ovat kaatuneet tai menneet sekaviksi. Kuume tai äkillinen hengenahdistus saattaa olla myös hoitoon tulemisen syy. Useimmiten syyksi paljastuu aivoverenkiertohäiriö, sydäninfarkti, keuhkoembolia, akuutti infektio, virtsatietulehdus tai ruusu. (Tilvis ym. 2010, 72.)

Äkillisten sairauksien nopea tunnistaminen on todella tärkeää, jotta ikääntyneen toimintakyky säilyisi. Sairauksien havaitseminen voi joskus olla vaikeaa, sillä elimistön reaktiokyky on muuttunut vanhetessa. (Koskinen ym. 1998, 98-99.)

Akuutissa hoitotilanteessa on vaikeuksia kyetä selvittämään vanhuksen senhetkinen kokonaistilanne. Mikäli potilas ei ole tajuissaan, tapahtumalla ei ole todistajia tai mukana ei ole potilasta tuntevaa henkilöä, on esitietojen kerääminen usein vaikeaa tai mahdotonta. Vanhukselta saadut tiedot saattavat olla epäluotettavia, johon voivat vaikuttaa muun muassa dementoituminen, pelko ja ahdistus. Monet vanhukset saattavat myös keksiä tarinoita voidakseen antaa itsestään ja muististaan todellista paremman kuvan. Mahdolliset hoitotoimenpiteet ja lääketieteelliset tutkimukset ovat usein niin pelottavia, että moni vanhus saattaa peitellä ilmeisiäkin oireita välttyäkseen niiltä. (Kuisma ym. 2008, 469-470.)

Sairaalaan tulovaiheessa edellä mainituista tekijöistä valtaosan ennustearvo on osoitettavissa. Päivystystilanteessa akuutisti sairastuneella voi olla voimavaroja enemmän jäljellä kuin miltä vaikuttaa. Johtopäätösten tekoa kannattaa varoa ennen diagnoosin asettamista ja esitietojen selvittämistä. (Finne-Soveri 2009, 19-20.)

Kiireen tuntu päivystyspoliklinikalla voi pahentaa vanhuksen tuntemaa jännitystä tai pelkoa, jolloin tilanteen selvittäminen huononee. Potilaan kotitilanteen kartoittaminen on ensisijaisen tärkeää, se antaa tietoa potilaan olosuhteista kotona. Esimerkiksi potilaan lääkitys, asumisolosuhteet ja muut vanhuksen elämään vaikuttavat asiat. (Kuisma ym. 2008, 470.)

Päivystyspoliklinikalla on tärkeää tietää, että vanhus ei aina ymmärrä kyselijän käyttämiä ilmaisuja, ei varsinkaan ammattitermejä. Esimerkiksi sanat ahdistus ja huimaus eivät ole kaikille samaa asiaa merkitsevät. Vähäisen koulutuksen vuoksi vanhuksen sanavarasto voi olla suppea, jolloin hänen on vaikea ilmaista itseään. Edellä mainittu vanhus ei välttämättä tunne ihmisen anatomiaa, ja esimerkiksi kivun voimakkuus, laatu ja paikantaminen voi olla vaikeaa. (Kuisma ym. 2008, 470.)

Vanhusten vaivoihin kuuluvat kivut. Nuorempiin verrattuna vanhusten kivut ovat voimakkuudeltaan ja vaikeudeltaan vähäisempiä esimerkiksi sydäninfarkteissa tai suolistoalueen tulehduksissa. Ikääntymiseen liittyvät kivuntunnon muutokset johtuvat vanhusten erilaisesta suhtautumisesta kipuihin, johtuen muista sairauksista ja psykososiaalisista tekijöistä. (Tilvis 2004, 223, 225.)

Kipu voi huonontaa elämänlaatua, heikentää toimintakykyä, aiheuttaa masennusta, johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen, lisätä terveyspalvelujen tarvetta tai laukaista sekavuustilan. Vanhusten kipujen hoidossa asenteet ovat ratkaisevia. Hoitohenkilökunnan tulee ottaa todesta vanhusten valittamat kivut, eikä saa unohtaa heitä, joiden kyky ilmaista kipua on vajavainen. Tähän ryhmään kuuluvat vajaakypyisimmät ja vanhimmat laitosvanhukset, joista vähintään joka neljännes kärsii jokapäiväisestä kivusta. (Tilvis 2004, 223, 225.)

Tulee ottaa huomioon, että mikäli vanhuksella on kovat kivut, se saattaa olla merkki kuoleman lähestymisestä. Iäkkäimmillä kivun syynä ei ole vanhuus, vaan kyseessä on sairaus, esimerkiksi kudonvaurio tai neuropaattinen kipu eli niin sanottu hermovika. Vanhuspotilailla, joiden muisti on heikentynyt, kivut voivat laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hankalasti hoidettavan sekavuustilan. Toistuvat ja pitkäaikaiset kivut aiheuttavat jatkuvaa hoitoon hakeutumista ja täten aiheuttavat myös jatkuvaa tutkimustarvetta. (Tilvis 2004, 223, 225.)

4.2 Vanhuksen akuutin kivun tunnistamisen haasteet

Diagnostinen ongelma voi nousta esiin, jos vanhus on äkillisesti sairastunut. Kysymykseksi nousee, mitkä tutkimukset ovat aiheellisia päivystysluontoisesti ja kuinka intensiivisesti hoidot on aloitettava. Vanhusten sairauksien diagnostiikan kolme pääongelmaa ovat: oireiden muuttuminen ikääntymisen ja siihen liittyvien sairauksien myötä, ongelmana löytää esitiedoista olennainen sekä statuslöydösten runsaus ja yleisoreiden tulkinnan vaikeudet. Hoitoon hakeutumisen perimmäiset syyt voivat jäädä helposti epäselviksi esitietojen täyttämisen yhteydessä ja pitkien keskustelujenkin jälkeen. Usein vanhuksat valittavat nivelvaivoja, heikkoudentunnetta tai huimausta, mutta eivät halua kertoa monista muista oireistaan. Näitä oireita voivat olla häiritsevä virtsankarkailu tai muu vastaava intiimi oire. (Tilvis ym. 2010, 72.)

Vanhuksilla akuutit henkeä tai toimintakykyä uhkaavat sairaudet voivat ilmetä epämääräisin ja vähäisin oirein, kun taas vaarattomat tilat voivat olla näkyvästi esillä. Hoidon kiireellisyyden kannalta petollisimpia sairauksia ovat hiljaiset oireet kuten kivuttomat sydäninfarktit, sekavuutena ilmenevät virtsatieinfektiot tai kuumettomat pneumoniat. (Finne-Soveri 2009, 19-20.)

Toinen vanhuksille tyypillinen syy akuuttiin hoitoon hakeutumiselle ovat lääkkeet. Potilasta tutkittaessa hänelle sopimattoman lääkkeen vuoksi voidaan luulla sivuvaikutusta uuden sairauden oireeksi. Iäkäs saattaa olla myös alilääkitty tai lääk-

keiden haitalliset vaikutukset tai yhteisvaikutukset voi olla syynä päivystykseen hakeutumiseen. Akuutin sairauden lisäksi potilaalla voi olla myös diagnosoimattomia perussairauksia. Kolmas ongelma on erityisesti vanhuspotilaan toimintakyky ja neljäntenä on iäkkään aliravitsemus. Akuuttiosastolta siirryttäessä sairaalan osastolle, vaikuttaa sairaalassaolojakson pituuteen ja kuolevuuteen fyysinen toimintakyky. Lisäksi vanhuksen akuutin kivun tunnistamiseen vaikuttavat sairauden vaikeusaste, huono ravitsemustila, muut samanaikaiset sairaudet, akuutti sairauden diagnoosi sekä sukupuoli ja ikä. (Finne-Soveri 2009, 19-20.)

5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Renholm ja Suominen (2000) ovat tutkineet potilaiden kohtelua päivystysosastolla. Tutkimuksella haluttiin selvittää, minkälaista on ollut hoitajien toiminta, ovatko potilaat saaneet ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua ja ovatko potilaat saaneet tarpeeksi tietoa omasta hoidostaan päivystysosastolla. Tutkimus kerättiin kyselylomakkeella yhdeltä yliopistollisen keskussairaalan päivystysosastolta. Tutkimus tehtiin kvantitatiivisesta eli tilastollista menetelmää käyttäen. Tutkimukseen vastasi 150 päivystyspoliklinikalta kotiutettua potilasta. Tutkimustuloksista selvisi, että potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun. Tiedonsaannissa oli osaltaan puutteita, johon potilaat olivat tyytymättöimpiä. (Renhol & Suominen 2000, 111.)

Kirjassa Pain Management (Dalton & McNaull, Gagliese & Melzack) kuvattiin tutkimusta VAS -mittarin toimivuudesta iäkkäille. Tutkimus sisältää ristiriitaisia neuvoja koskien tämän keinon sopivuutta vanhemmille ihmisille. Joidenkin tutkimusten mukaan VAS:ia pidetään luotettavana, herkkänä ja pätevänä tapana arvioida akuutin kivun voimakkuutta, kun taas toiset tutkimukset viittaavat siihen, että vanhuksilla saattaa olla vaikeuksia ymmärtää ja täyttää asteikkoa. Ikääntyminen on liitetty virheellisten vastauksien suurempaan vaihtelevuuteen VAS:ssa. Herr & Mobily:n tutkimuksessa epäiltiin, että vanhemmat ihmiset saattavat mieltää pystysuoran viivan mielekkäämmäksi kuin vaakasuoran. (Mann & Carr 2006, 220.)

On tärkeää ymmärtää, että toisen ihmisen kipua kuvaavalla sanalla ei ole välttämättä samaa merkitystä toiselle ihmiselle. Jokaisen ihmisen kokemus kivusta on yksilöllinen, esimerkiksi kipu, epämukavuus tai särky koetaan eri tavalla. Toisia keinoja, kuten naaman ilmeitä, on kritisoitu halventaviksi vanhempia ihmisiä kohtaan. (Mann & Carr 2006, 220.)

Lehdessä Tutkiva hoitotyö (3/2004) Flinkman ja Salanterä tutkivat potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksessa kuvataan aikuispotilaiden näkemyksiä kivun hoidosta ja heidän tyytyväisyyttään kivun hoitotyöhön päivystyspoliklinikassa. Vastanneiden ikä vaihteli 17 vuodesta 92 vuoteen ja keski-

ikä oli 49 vuotta. 57 % vastanneista oli naisia. Tutkimuksessa oli mukana kolme eri päivystyspoliklinikkaa. Tutkimukseen osallistui 148 kotiutuvaa päivystyspoliklinikan potilasta, käyttäen tutkimusmenetelmänä kyselylomaketta. Tutkimusongelmat olivat seuraavat : ” 1. *Kuinka voimakasta kipua potilaat ovat kokeneet päivystyspoliklinikassa?*, 2. *Miten kivun arviointi ja hoito on potilaiden näkemyksen mukaan toteutunut päivystyspoliklinikassa?*, 3. *Miten tyytyväisiä potilaat ovat päivystyspoliklinikan kivunhoitotyöhön ja hoitotyöhön yleensä?*, 4. *Mitä toiveita potilailla on kivunhoitotyön suhteen päivystyspoliklinikassa?* ”. (Flinkman & Salanterä 2004, 16-17.)

Tuloksissa ilmenee, että päivystyspoliklinikan käynnin aikana suurimmalla osalla potilaista esiintyi kipua. Päivystyspoliklinikan käynnin aikana osalta ei tiedosteltu kertaakaan kivuista ja osalta kipua ei arvioitu yhtään kertaa kipumittarin avulla. Vielä kotiinlätövaiheessa osalla potilaista kipu oli hyvin kovaa ja joka neljännes potilas oli tyytymätön kivunlääkitykseen. Yhteistyö lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeää, jotta potilaat saavat nopean, oikea -aikaisen ja riittävän lievityksen kipuunsa. Hoitajien tulisi aktiivisesti tarjota potilaalle kivunlievitystä lääkkeettömin ja lääkkeellisin hoitokeinoin. Ei siis ole mielekäästä odottaa, että potilas pyytää apua kipuunsa. Tutkimuksessa tulee ilmi, että potilaiden mielestä tärkeintä kivun hoitamisessa päivystyspoliklinikalla on kivun poistaminen nopeasti. Päivystyspoliklinikan hoitotyö on hektistä, jolloin kiirehuippuja tulee pakostakin. Tärkeää onkin, että otetaan huomioon potilas. Esimerkiksi lääkkeettömin keinoin tarjotaan kylmäpussi tai hoitajat esittäisivät jonkinlaisen arvion odotusajasta. Kivunhoitotyön onnistumiseen ei oltu aivan tyytyväisiä, mutta päivystyspoliklinikan hoitotyön onnistumiseen oltiin melko tyytyväisiä. (Flinkman & Salanterä 2004, 18-20.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, miten hoitajat tunnistavat vanhuksen akuutin kivun päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyön tehtävänä oli haastatella vähintään neljän vuoden kokemuksen omaavia sairaanhoitajia, jotka työskentelevät päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli, että hoitotyön ammattilaiset hyötyisivät opinnäytetyöstä ja saisivat uutta tietoa vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa.

Tutkimustehtävänäimme oli kuvata miten päivystyspoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat tunnistavat akuutista kivusta kärsivän vanhuksen. Mitkä asiat edesauttavat hoitajia tunnistamaan akuutista kivusta kärsivän vanhuksen ja millä eri keinoin he voivat tunnistaa kivun?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. Tutkimusaineisto kootaan todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa. Tiedonhankinnassa voidaan käyttää myös lomakkeita ja tekstejä, mutta suositeltavaa on, että ihmistä käytetään tiedonkeruun instrumenttina. Teemahaastattelussa valitaan kohderyhmä tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 164.) Tutkijalta edellytetään herkkyyttä ja kykyä asettaa tutkimusaineistolleen miksi -kysymyksiä. Vähintään yhteen miksi -kysymykseen tulee aina vastata, eikä pelkästään mitä -kysymyksiin. Tutkimusaineistona ovat ihmisten kokemukset puheen muodossa, jolloin tutkimusaineisto kerätään haastatteluina. (Vilka 2005, 98,100.)

7.2 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kvalitatiivinen tutkimus, haastateltavina olivat kokeneet päivystyspoliklinikan sairaanhoitajat. Opinnäytetyön tekijät ovat tulevia sairaanhoitajia, joten tästä työstä ja tutkimuksesta on hyötyä tuleville ja nykyisille sairaanhoitajille. Haastattelun kohteina oli neljä vapaaehtoista päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa. Haastateltavat olivat sekä mies- että naissairaanhoitajia, koska sitä kautta saatiin esiin monia eri näkökulmia ja kantaa ottavia näkemyksiä. Tutkimuksen avulla voitiin tuoda esille hoitotyöntekijöiden ainutkertaisia kokemuksia vanhuksen akuutin kivun tunnistamisen haasteista. Jokaisella työntekijällä oli erilaisia näkökulmia työstään ja kenties hoidettavista potilaistaan.

Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Tutkija esitti haastateltavalle teema-alueittain kysymyksiä, joissa esittämisyjärjestys oli vapaa. (Vilka 2005, 183.) Tee-

mahaastattelua tehtäessä tiedettiin, että haastateltavat olivat kokeneet tietyn tilanteen ja heillä oli tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelu kohdistettiin tiettyihin teemoihin, joista keskusteltiin. Haastattelussa oli oleellista se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu eteni tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelussa tuli olla hyvä kontakti haastateltaviin, joten haastattelupaikan tuli olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen. Paras haastattelupaikka oli sellainen, missä kommunikointi oli mahdollisemman häiriötöntä. Haastattelijan ja haastateltavan tuli nähdä toistensa ilmeet ja eleet. Teemahaastattelu oli lähellä syvähaastattelua. Haastattelijalla oli myös ihminen eikä pelkkä mittaväline, joten tavoitteena voitiin pitää kommunikaation luontevuutta, ei sen kaavamaisuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48, 74, 97.)

Teemahaastattelun suunnittelu ei ole tapahtuma, vaan suunnittelun tarve tulee tutkimusprosessin edetessä ilmeiseksi. Tutkimusta edeltävä suunnittelu on ensiarvoisessa asemassa. Tutkimustoiminnan päälinjat ja keskeiset ratkaisut hahmotetaan silloin. Suunnittelutoiminta jaetaan ajallisesti kolmeen jaksoon. Ensimmäisenä on tutkimuksen yleisluontoiseen suunnitteluun, tavoitteiden ja ongelmien hahmoteluun ja ongelmien ratkaisuun tarvittavan tiedonhankinnan suunnitteluun. Toinen suunnittelutoiminta on varsinaisen haastattelutilanteen toteutus ja kulun suunnittelu. Viimeisenä on haastattelun jälkeisen toiminnan suunnittelu. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 39.)

Haastattelun avulla kerättiin sellaista aineistoa, jonka pohjalta voidaan luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Suunnitteluvaiheessa tutkijan oli päätettävä, millaisia päätelmiä hän aineistostaan aikoo tehdä. Teemahaastattelun suunnitteluvaiheen tärkeimpiä tehtäviä oli haastatteluteemojen suunnittelu. Tutkittavat ilmiöt ja peruskäsitteet hahmottuivat perehdyttäessä teoriaan ja tutkimustietoon. Haastattelurunkoa laatiessa ei laadittu yksityiskohtaisia kysymysluetteloita vaan teema- alueluettelo. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 40-41.)

Sanatarkan haastattelukertomuksen lukeminen oli tärkeää sillä se osoitti, että jokainen teemahaastattelu sisälsi suuren joukon hyvin erityyppisiä kysymyksiä.

Haastattelijan rooli edellytti erityyppisten kysymysten käyttöä. Kysymyksiä voitiin ryhmitellä monien eri kriteerien mukaan. Yleisimpiä olivat sisältöalueisiin liittyvät ryhmittelyt. Teemahaastattelun periaatteena oli, että kaikki kysymykset ovat tyyppistä riippumatta avonaisia. Erittäin tärkeää oli, että tutkija suunnitteluvaiheessa pyrki mahdollisimman yksityiskohtaisesti selvittämään omia aikomuksiaan juuri siinä suhteessa, pyrkiikö hän tosiasioiden vai arvostustyyppisten seikkojen selville saamiseen. Ihmisten oli usein vaikea pitää erillään se, minkä he tietävät ja mistä he pitävät. Tutkijan oli tietoisesti tarkkailtava tätä seikkaa suunnittelua tehtäessä. Itse haastattelutilanteessa oli myös pyrittävä pitämään erillään kyseiset kaksi asiaa. Kysymyksiä uudelleen esitettäessä tai kysymyksiä tarkennettaessa, voi ohjata vastaajaa oikeaan suuntaan. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 44-45.)

Pohjimmiltaan haastattelussa oli kyseessä eräänlaisesta eri osapuolien ”kielipelistä”. Kuulemansa perusteella osapuolet tekivät päätelmiä toistensa ajatus- ja tunnemaailmasta. Hyvin epätavallisissa tilanteissa puhe oli niin täydellisen avointa, että jokainen sana voitiin ymmärtää juuri sellaisena kuin se esitetään. Vaikeuksia saattoi aiheutua siitä, että haastattelijalla ja haastateltavalla ei ollut yhteistä sanastoa. Kumpikin osapuoli saattoi myös tahallisesti ja ilmeisesti pelata sanoilla ja ilmauksilla. Haastattelutilanteessa tuli yrittää parhaansa mukaan päästä perille toisen todellisista ajatuksista. Mahdollista oli, että tulkinnoissa saattaa tapahtua monenlaisia virheitä. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 48.)

7.3 Induktiivinen sisällönanalyysi

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyrittiin luomaan tutkimusaineisto siten, etteivät aikaisemmat tiedot, havainnot tai teoriat ohjannut analyysiä. Mikäli aikaisempi tieto oli hajanaista tai asiasta ei juuri tiedetty, oli aiheellista käyttää induktiivista lähtökohtaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Induktiivinen sisällönanalyysiprosessi kuvattiin aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämisessä koodattiin ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimustehtävään. Aineistoa ryhmitellessä tutkija yhdisti pelkistetyistä ilmaisuista

niitä asioita, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Induktiivisia kategorioita muodostettaessa tutkija päätti, mitkä asiat voitiin ja ei voitu yhdistää samaan kategoriaan. Edellä mainittuun vaiheeseen liittyi aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

Induktiivisessa sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa tutkijat päättivät, mistä tutkittavaa asiaa lähdettiin etsimään. Tämä vaihe tehdään ennen aineiston analyysiä. Tutkimusaineiston pelkistäminen oli toinen vaihe. Tutkimusaineisto pilkottiin tai tiivistettiin osiin. Epäolennainen informaatio tutkimusongelman kannalta karsittiin pois, hävittämättä kuitenkaan olennaista informaatiota. Tiivistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset ja tutkimusongelmat. Tiivistämisen jälkeen tutkimusaineisto ryhmiteltiin uudeksi kokonaisuudeksi. Tutkimusaineiston ryhmittely tehtiin sen mukaan, mitä tutkimusaineistosta tutkittiin. Tämän vaiheen jälkeen jokainen erillinen ryhmä nimettiin sen sisältöä parhaiten kuvaavalla otsikolla. Saatujen tuloksien avulla pyrittiin ymmärtämään tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Vilka 2005, 140.)

8 TULOKSET

Opinnäytetyön haastattelu toteutettiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla neljää päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa, joiden työkokemus oli vähintään neljä vuotta. Opinnäytetyön teossa ja suunnittelussa tehtiin haastateltaville yhteensä yhdeksän kysymystä, joiden avulla lähdimme tekemään tutkimusta.

Haastattelut nauhoitettiin nauhureilla ja ne purettiin tekstin muotoon. Haastattelu- materiaali pidettiin täysin samana myös tekstin muodossa, joten haastattelun luotettavuus oli varmaa.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaettiin kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuului aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 110-111). Ensimmäisenä etsittiin puhtaaksi kirjoitetusta aineistoista ne vastaukset, joita oli tarkoituksena tuloksissa ilmaista. Lauseet ryhmiteltiin etsimällä lauseista erilaisuudet ja yhtäläisyydet. Tekstistä poimittiin asiat, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimustarkoitusta. Sitten yhdistettiin ne alakategorioihin, jonka jälkeen saatiin myös yläkategorian. Haastatteluista jouduttiin rajaamaan joitakin asioita pois, sillä kysymyksissä oli myös sellaisia asioita joita ei tarvittu tutkimuksen tulosten julkaisemiseen.

Haastatteluista ilmenneet ongelmat ja avainsanat jaoimme luokkiin: fyysiset ja psyykkiset ongelmat, sekä hoidon monipuolisuus ja sen kautta ilmenneet ongelmat. Haastatteluaiheina olivat vanhukseen liittyvät hoitotoimenpiteet päivystyspoliklinikalla, ongelmat hoidettaessa muistisairaita sekä levottomia potilaita. Tärkein aihe oli kuitenkin millä eri tavalla sairaanhoitaja tunnistaa vanhuksen akuutin kivun. Opinnäytetyön liitteestä 2 löytyy tutkimusaineiston kategoriat.

8.1 Psyykinen olemus

Yksi alakategorioiden luokista oli psyykkiset ongelmat. Vanhuksen kivun psyykkistä ulottuvuutta kuvasivat: levottomuus, muistiongelmat, hiljaisuus, vähättely ja ään-

tely. Haastatteluissa ilmeni, että rauhattomuus ja sekavuus olivat erittäin yleisiä oireita hoidettaessa akuutisti kivuliasta vanhusta. Kipu saa aikaan rauhattomuuden ja sekavuuden. Mikäli kyseessä oli vanhus, joka ei tunnista kipuaan, hän saattaa käyttäytyä levottomasti ja sekavasti, jolloin hoitavan tahon tulisi osata ymmärtää tilanteen vakavuus.

Kipu saattoi ilmetä puheen sekavuutena. Kivusta kärsivän vanhuksen oireet saatiin liittää psyykkiseen puoleen, jolloin oikeaa kivun luonnetta ei tiedetty. Levottomuus ilmeni esimerkiksi siten, että potilas ei lainkaan pysy paikallaan. Mikäli kyseessä oli vakavasta akuutista kivusta kärsivä vanhus, eivät normaalit kipulääkkeet välttämättä tässä tilanteessa auta levottomuuteen. Pelkästään jännittyneisyys ja pelko saattoi olla osasyynä rauhattomuuteen. Haastatteluissa ilmeni, että vanhuksille päivystyspoliklinikka saattoi olla outo paikka.

Levottomuuteen ja rauhattomuuteen pystyi vaikuttamaan jo sillä, että rauhoitti tilanteen ja potilaan. Sillä saatiin aikaan turvallinen ilmapiiri potilaalle. Informoitiin tilanteen kulkua, kerrottiin, minkä vuoksi potilas oli päivystyspoliklinikalla ja selvitetiin, missä hän sillä hetkellä oli. Näin saatiin uuteen paikkaan tullessa pelkotilat minimiin. Jatkuva informointi, mitä tehdään, oli tärkeää. Potilaan rauhoittamisen jälkeen saatiin selville paremmin kivun sijainti ja potilaan tilanne, sekä tarvittava kivunhoito voitiin turvallisesti aloittaa.

Rauhattomuuteen pystyttiin vaikuttamaan omaisten läsnäololla, hoitaja kun ei pystynyt jatkuvasti olemaan hektisen työnsä vuoksi potilaan vierellä. Perustarpeiden huomiointi oli tärkeää, pelkästään kova vessahätä saattoi lisätä kiputuntemusta. Hoitajan läsnäolo ja kiireettömyys rauhoittivat tilannetta ja mitä enemmän hoitaja pystyi olemaan potilaan lähellä, sen paremmin kokonaistilanne avautui.

Muistamatonta potilasta tulisi tarkkailla. Muistamaton ei välttämättä osannut kertoa kivun sijaintia, vaan kipu saattoi ilmentyä hikisyytenä, kalpeutena, tuskaisuutena ja huutona. ”*Että ne menee siitä kivusta tavallaan ihan sekasin..*”. Muistamattoman vanhuksen kipu voi tulla esiin epäasiallisuutena ja rauhattomuutena. Haastattelut

ovatkin tärkeä osa potilaan vastaanottoa. Haastatteluiden avulla pyrittiin selvittämään potilaan kokonaistilanne ja kivun kokeminen. Haastatteluissa saattoi ilmetä vanhuksen muistamattomuus. Haastattelun yhteydessä tuli ottaa huomioon se, että potilas ei välttämättä huonon muistinsa vuoksi pysty kertomaan oireistaan, jolloin tärkeämmäksi nousee fyysisten oireiden tarkkailu. *”Myös psyykkisen puolen ohella että pystyykö hän sen hetkessä tilassaan selkeästi kertomaan kivun luonnetta ja mistä kipu on peräisin..”*. Muistamattomuus vaikuttaa myös potilaan hoitoon, välttämättä ei aina tiedetä mitä oli tapahtunut. Muistamattomuus saatetaan liittää myös sekavuuteen, joten tärkeää onkin huomioida myös taustalla olevat psyykkiset sairaudet ja niiden lääkitykset.

Hiljaisuus saattoi olla kivuliaisuuden merkki. Vanhukset eivät välttämättä kokeneet vakavassakaan tilanteessa kipua, tällöin hiljaisuus ja vaitonaisuus saattoivat olla vakavan tilanteen merkki. *”erityisesti hiljainen ja vaitonainen joka voi myös enteillä vakavasta tilanteesta tai kivusta..”*. Tällöin perusmittausten tulokset olivat ensiarvoisen tärkeitä. Hiljaisuus saattoi johtua myös huonosta kuulosta, jolloin tärkeää olikin puhua selkeästi. Potilaan hiljaisuus saattoi johtua myös siitä, että hän oli voipunut, ei jaksanut kertoa kovan kivun vuoksi omista tuntemuksistaan, eikä voinnistaan. Tällöin erittäin tärkeäksi osaksi nousivat lähiomaiset, jotka tukevat ja antavat turvaa läheiselleen. Potilaan vähättely oli aina huomioitava, potilas saattoi olla kipeämpi kuin mitä antoi ymmärtää.

Kipu saattoi ilmetä myös sanallisena ilmaisuna, ääntelynä, jopa huutona. *..”huutaakin ihan. Että ne menee siitä kivusta tavallaan ihan sekaisin..”*. Huuto ja ääntely saattoivat olla oire vakavasta tilanteesta. Toimenpiteisiin tartutaan päivystyspoliklinikalla sen mukaan, mikä potilaan senhetkinen tilanne oli. Mitä vakavamasta tilanteesta oli kyse, sen ripeämmin toimitaan.

8.2 Fyysinen olemus

Tuloksia tarkasteltaessa selvisi, millä eri tavoilla vanhuksen akuutin kivun voi tunnistaa fyysistä olemusta tulkitsemalla ja tarkastelemalla. Akuutista kivusta kärsivän vanhuksen voi tunnistaa esimerkiksi kiinnittämällä huomiota vanhuksen ulkoiseen olemukseen. Vanhuksen ihon väriin kiinnitettiin huomiota; onko vanhuksen iho kuiva, hikinen, lämpöinen tai muuten jotenkin poikkeava. Ulkoisesti tutkimalla vanhuksesta voitiin siis hyvin saada selville kivun tilanne. *”Kipu voi myös tuntua liikumisen vaikeutena..”*. Vanhus saattoi varoa kipeää paikkaa, mikä helpotti kivun paikallistamista. Hän ilmaisi kivuistaan myös sanallisesti, kertomalla kivuistaan tai herättämällä huomiota mahdollisella huutamisella kivun vuoksi.

Verenkierron seuranta tarkkailemalla saatiin selville poikkeavuudet vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa. Päivystyspoliklinikalla otettiin jokaisesta vanhuksesta aina tietyt rutiinimittaukset, joissa tuli selville erilaiset poikkeavuudet. Verenpainetta tarkkailtaessa tulee esille, oliko vanhuksen verenpaine matala vai korkea. Nämä osaltaan kertoivat vanhuksen terveydentilasta, oliko tilanne akuutisti vaikea. Rutiineihin kuului myös sykkeen seuranta. *”... nopea syke kertoo myös sitten mahdollisesta akuutista tilanteesta”*. Vanhuksen hengitystaajuuden kasvaminen tai nopea lasku oli hälyttävä oire. Siihen tuli puuttua heti ja tarkastaa vanhuksen kokonaisvointi. *”Tää on kauhean haasteellista miettiä, että sen vanhuksen varsinkin jos se on sekava tai dementoitunut tai alzheimer, että mikä onko se oikeesti kipee...”*.

Vanhuksen lämpö tuli mitata, sillä arvo saattoi kertoa tilanteen vakavuudesta.

Ongelmia saattoi ilmetä vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa myös vanhuksen tajunnantason tilassa. Vanhus saattoi olla kovinkin kivulias tai hän saattoi pelätä mahdollista hoitoa. Hoitotyön toteuttamista vaikeutti vanhuksen levottomuus ja aggressiivisuus. Henkilökunta yrittikin auttaa vanhuksen vointia ja lievittää mahdollisia kipuja.

8.3 Hoidon monipuolisuus

Vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa tuli ottaa huomioon potilas kokonaisuutena. Potilaan saapuessa hoitajat kiinnittivät ensimmäisenä huomiota potilaan yleisvointiin ja avun tarpeeseen. Potilaat ilmaisivat itseään monin eri tavoin, siksi myös hoidon aloittamisessa oli oltava tarkkana. Potilaan tullessa päivystyspoliklinikalle potilas ohjattiin vuodepaikalle ja haastateltiin. Haastattelun yhteydessä potilaalta otettiin rutiinimittaukset, jotka olivat verenpaine, happisaturaatio, lämpö, hengitystaajuus, sydänfilmi ja virtsanäyte. ” *Näillä päästään alkukäsitykseen potilaan tilanteesta.* ”. Mittausten jälkeen lääkärin arvion mukaan otettiin tarvittavat verikokeet ja tehtiin muut tutkimukset, muun muassa röntgentutkimukset.

Kivunhoito oli oleellinen asia hoidettaessa akuutisti kivuliasta vanhusta. Lääkehoidossa täytyi huomioida, että ambulanssissa oli jo luultavimmin lääkitty potilasta. Hoitajan tuli myös huomioida potilaan peruslääkitys ja lääkeaineallergiat. ” *Ongelma on lääkityksen suhteen myös se, että onko potilas säännöllisesti käyttänyt hänellä olleita lääkityksiä.* ”. Pelkästään asentohoito ja tilanteen rauhoittaminen saattoivat vähentää kipua. Sairaanhoitajilla oli rajoitettu oikeus potilaan lääkitsemiseen ilman lääkärin määräystä. Kipulääkettä annettiin kivun voimakkuudesta riippuen ja kivunhoito oli oleellinen osa jo potilaan vastaanoton yhteydessä.

Perussairauksien huomioiminen oli tärkeä osa akuutista kivusta kärsivän potilaan hoitoa. Perussairauksien uupuminen tiedoista saattoi aiheuttaa ongelmia vanhuksen akuutissa hoidossa.

Päivystystilanteissa läheisten läsnäolo oli tärkeää. Läheisten läsnäololla oli rauhoittava vaikutus vanhukseen. Läheisten antama informaatio vanhuksen toimintakyvystä ja lääkityksestä kotioloissa oli tärkeää tietoa hoitajille. ” *..lähtökohta että miten siellä kotona on pärjätty aikaisemmin ennen akuutin kivun alkua ja mikä se lähtötilanne on ollut sitten siellä ennen tämän akuutin kivun ja hänen vointinsa heikkenemistä.* ”. Läheiset toivat myös hoitajille omanlaisen haasteensa. Läheiset saattoivat olla vaativia oman läheisen hoidossa, läheisiltä saattoi puuttua koko-

naisvaltainen näkemys hoidosta. Tällöin he keskittyivät vain sen hetkiseen ongelmaan. ”..ne ei nää sitä vanhuksen sitä kokonaisvaltaista hoitoa vaan ne näkee sen että meidän mumma on nyt kipeä..”.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tekijät arvostavat suuresti päivystyspoliklinikalla työskenteleviä, koska heidän työnsä on haastavaa ja palkitsevaa. Akuutissa työssä ammattitaito ei laske, koska työ on monipuolista, mielenkiintoista ja opettavaista. Mikään päivä tuskin tulee olemaan samanlainen, koska potilasvaihtuvuus on suuri ja jokainen potilas erilainen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa. Tutkimuksessa ilmeni, että niin fyysiset kuin psyykkiset asiat ovat tärkeitä asioita tunnistettaessa vanhuksen akuuttia kipua. Fysiologiset mittaukset kuten esimerkiksi verenpaineen ja sykkeen mittaukset saattavat olla merkkejä jostakin akuutista vaivasta. Psyykkistä puolta tutkittaessa usein rauhattomuus tai sekavuus saattaa viitata akuuttiin kipuun. Muistamaton vanhus tuo päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille omia haasteita, joten muistamattomia potilaita tulee seurata tarkasti.

Tutkimuksessa ilmeni haastateltavien kesken samanlaisia käsityksiä vanhuksen akuutin kivun tunnistamisessa. He kiinnittivät huomiota vanhuksen ulkoiseen olemukseen ja lisäksi päivystyspoliklinikan perusmittauksista saattaa nähdä jonkinlaisen haittaavan vaivan. Tärkeää on potilaan haastattelu, jotta saadaan selville tarvittavat tiedot. Myös omaiset ovat tärkeitä vanhuksen elämässä ja tarvittaessa heiltäkin saa vanhusta koskevia tietoja.

Tutkimus herätti tekijöissä monenlaisia eri tunteita ja ajatuksia. Kesti jonkin aikaa ennen kuin löydettiin sopiva opinnäytetyön aihe. Loppujen lopuksi päivystyspoliklinikalta esitettiin opinnäytetyön aihe, joka vaikutti kiinnostavalta. Opinnäytetyön alustus ja teorian tiedon löytäminen oli suhteellisen helppoa. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisessä ilmeni jonkin verran ongelmia, jonka vuoksi työn eteneminen hidastui. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen jatkoimme sitkeästi työmme tekemistä. Haastattelu-aikataulu eteni hyvin, mutta aineiston analysointi eteni katkonaisesti. Analysoinnin katkonaisuus johtui monen tekijän summasta. Haastattelumateriaalia oli paljon, mutta emme saaneet opinnäytetyöhömme tarvittavaa tietoa tarpeeksi. Olemme kuitenkin suhteellisen tyytyväisiä työmme kokonaisuuteen

ja tulokseen. Aikataulu oli kiireinen, sillä samaan aikaan piti opiskella ahkerasti myös tulevaa ammattia.

Opinnäytetyön loppuvaiheessa päällimmäisenä tunteena oli helpotus, sillä raskas työ palkitaan vihdoin ja viimein. Päivystyspoliklinikan työstä opittiin paljon opinnäytetyön edetessä. Tutkimustyötä opittiin tekemään tämän prosessin aikana.

Lopuksi on hyvä mainita, miten mielenkiintoista ja opettavaista tutkimuksen tekeminen on ollut. Oppia on tullut paljon tutkimuksen tekemisestä, tiedon hakemisesta, sekä haastatteluiden sovittamista tieteelliseksi teokseksi. Työ on kuitenkin ajoittain koetellut myös kärsivällisyyttä, mutta olemme sisukkaasti jaksaneet tehdä työn loppuun saakka.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustuloksista voidaan nostaa esiin kivun lukemisen vaikeus. Akuutin kivun tunnistaminen vanhuksilla on vaikeaa. Mittaustuloksista voi lukea sen mitä potilas ei osaa kertoa, mutta myös potilaan oma kipukokemus, sekä fyysiset ja psyykkiset oireet kertovat tärkeitä asioita. Ei ole kuitenkaan tiettyä tarkkaa linjaa tai tutkimusta, joka kertoisi mistä akuutissa tilanteessa on kyse.

Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli tarkka linja, kuinka akuuteissa tilanteissa toimitaan päivystyspoliklinikan tiloissa. Haastatteluista ilmenee myös, että näistä rutiinimaisista mittauksista ja tietyistä kaavasta ei paljon jousteta. Se selkeyttää päivystyspoliklinikan työntekijöiden toimintaa.

Haastateltavilta ei tule esiin lainkaan ongelmia tunnistaa akuutti kipu. Mistä kipu on peräisin, on haasteellisempaa selvittää. Kivun arvioiminen on haastavaa.

Opinnäytetyö ei välttämättä ole avuksi päivystyspoliklinikan työntekijöille, joilla on työkokemusta monia vuosia. Opinnäytetyöstä uskotaan olevan kuitenkin hyötyä ja

apua tuleville uusille työntekijöille Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa noudatettiin eettisyyttä ja luotettavuutta. Tutkimuksen aihe saatiin Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalta. Opinnäytetyö perustui tutkittuun kirjallisuuteen, sekä sairaanhoitajien haastatteluihin. Teemahaastattelua varten pyydettiin tutkimuslupa yhteistyösairaalasta. Haastateltavien yksityisyys pysyi salassa, anonyyminä. Opinnäytetyön missään vaiheessa ei loukattu kenenkään ihmisoikeuksia, eikä toimittu epäeettisesti. Haastateltavat suostuivat tutkimukseen vapaaehtoisina ja heillä oli oikeus kieltäytyä tutkimuksesta myös tutkimuksen aikana. Haastateltavat asiat olivat luottamuksellisia. Tutkimuksen tarkoitus kerrottiin ja selvitettiin tarkasti haastateltaville. Jokaiselle haastateltavalle esitettiin samat kysymykset ja annettiin heidän rauhassa vastata kysymyksiin. Nauhoitetut haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi ja luettiin huolella.

Ennen haastatteluita lähetettiin Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle kyselylomakkeet, joita käytettiin haastatteluissa. Tutkimukseen osallistuvat saivat näin rauhassa perehtyä tutkimuskysymyksiin ja pohtia niitä jo etukäteen. Päivystyspoliklinikan osastonhoitaja valitsi haastateltavat, ottaen huomioon toivomukset, joita tutkimus edellytti. Päivystyspoliklinikan osastonhoitajan kanssa sovittiin haastatteluista ja aikataulusta. Osastonhoitaja kertoi sovitut haastattelu-aikataulut haastatteluihin osallistuville.

Tutkimuksen tekijöitä sitoi vaitiolovelvollisuus. Tutkimusaineistoa analysoitaessa ei luotu omia mielipiteitä haastateltavien vastauksiin, vaan raportit olivat rehellisiä ja luotettavia. Tutkimusaineisto ja haastattelumateriaali pysyivät ainoastaan tutkimuksen tekijöiden hallussa. Opinnäytetyön vaiheet ja käytetyt lähteet pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Tarvittava aineisto opinnäytetyöhön hankittiin tietokannoista, kirjastoista, osastolta sekä haastatteluiden avulla.

Kaikki opinnäytetyön haastattelut tehtiin Seinäjoen keskussairaalassa päivystyspoliklinikan tiloissa. Haastattelutilanteissa olivat paikalla molemmat opinnäytetyön tekijät, sekä yksi kerrallaan haastateltavista. Jokainen haastattelu onnistui keskeytyksettä.

Tutkimuksen luotettavuutta saattoi heikentää tutkijoiden kokemattomuus laadullisesta tutkimuksesta, sekä se, että haastattelutilanteet olivat molemmille tutkimuksen tekijöille uutta.

Ennen jokaista haastattelua varmistettiin nauhurin toimivuus. Nauhuri asetettiin etäisyydelle, että se oli sekä haastattelijan että haastateltavan äänen ulottuvissa. Haastattelut purettiin mahdollisimman pian, jotta haastattelutilanteet olisivat mahdollisimman tuoreessa muistissa.

Tutkimustyötä tehdessä oli tutkimuksen tekijän kyettävä arvioimaan, oliko tutkimus eettisesti luotettava. Tutkimuskohteen valintaan liittyi eettisiä kysymyksiä. Tutkittava asia tulisi olla tieteellisesti tutkittu, perusteltu ja mielekäs. Tutkimuksen aihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa sisältää väheksyviä oletuksia, eikä saa loukata potilas- tai ihmisryhmiä. Tutkimusaineiston keruussa oli kiinnitettävä huomiota tutkittavien kohteluun ja oikeuksiin. Rehellisyys ja kunnioitus olivat tärkeät lähtökohdat tutkittavien kohtelussa. Tutkittavilta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuvia informoitiin ennen haastattelua mahdollisimman monipuolisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284, 288, 290.)

Tutkimuksen lähtökohtana oli ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa oli vältettävä epärehellisyyttä. Kirjallisuuden suora plagiointi oli luvaton, mikäli plagiointia käytettiin, tulisi lainaus tehdä asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tutkimustuloksia ei kaunistella, eikä sepitetä. Tulosten muokkaaminen vääräksi tiedoksi olisi harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25-26.)

9.3 Jatkotutkimushaasteita ja kehittämisehdotuksia

Tutkimuksessa keskityttiin vanhuksen akuutin kivun tunnistamiseen. Jatkotutkimushaasteena voisi olla laajemman tutkimuksen tekeminen. Neljän sairaanhoitajan haastattelemisen jää tiedollisesti suppeaksi. Haastateltavia voisi olla huomattavasti enemmän ja haastattelun voisi toteuttaa kyselylomakkein

Kehittämisehdotuksena tulee esiin, muun muassa helpompien ja helposti luettavien kysymysten käyttö. Näin kysymyksiin on helpompi vastata ja vastaukset ovat tällöin selkeämpiä. Haastattelutilanteissa kysymyksiä jouduttiin selventämään ja tarkentamaan. Nämä tilanteet asettivat haastattelijoille haasteita, ettei johdateta kysymyksessä mihinkään suuntaan.

LÄHTEET

Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2004. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Aalto, K & Gothoní, R. 2009. Ihmisen lähellä. Lahti: Kirjapaja.

Carr, E & Mann, E. 2006. Pain Management. Oxford UK: Blackwell Pub.

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

Eskola, K., Jyrkämä. J., Mäki-Petäjä, A., Pihlainen, A., Raivio, M., Sulkava, R. & Halila R. Hyväksytty 25.11.2008. Vanhuus ja hoidon etiikka: vanhuus ja terveydenhuolto. [Verkkokirja]. Vantaa: Kirjapaino Keili. [Viitattu 24.5.2010]. Saatavana: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Finne-Soveri, H. 2009. Iäkäs henkilö päivystyspotilaana. Systole (6), 19-20.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2004. Potilaiden näkemyksiä kivunhoitotyöstä päivystyspoliklinikassa. Tutkiva hoitotyö (2), 16-20.

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: WS Bookwell Oy.

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

Haavisto, E. 2001. Vaikean akuutin kivun hoito. Sairaanhoitaja (2), 22, 24.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 1993. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Kalso, E. 21-22/2004. Neuropaattinen kipu. Suomen lääkärilehti (59), 2227.

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Helsinki: Duodecim Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kantonen, J. 2007. Yhteispäivystyksen kiireellisyysryhmittely. Duodecim (13), 1606.

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

Koskinen, A., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede (1). 5-6.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Nieminen, L. 2006. Lapsuudesta vanhuuteen: perus- ja ihmisoikeuksien merkitys eri ikävaiheissa. Helsinki: Edita.

Rasku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 1999. Hoitoa ympäri vuorokauden. Porvoo: WSOY.

Renholm, M. & Suominen, T. 2000. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede* (3), 111.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L. Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000. *Kivunhoito*. Tampere: Tammer- Paino Oy.

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

Sandström, M. 7/2001. Miten kipu selittyy fysiologisesti. *Fysioterapia* (48). 6.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Strong, J., Mathews, T., Sussex, R., New, F., Hoey, S. & Mitchell, G. 1-2/2009. Pain language and gender differences when describing a past pain event. *Pain*. (145), 86.

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kipu. *Duodecim* (2), 223-226.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava R. & Viitanen, M. 2010. *Geriatría*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Vainio, A. 2004. *Kivun hallinta*. Helsinki: Duodecim Oy.

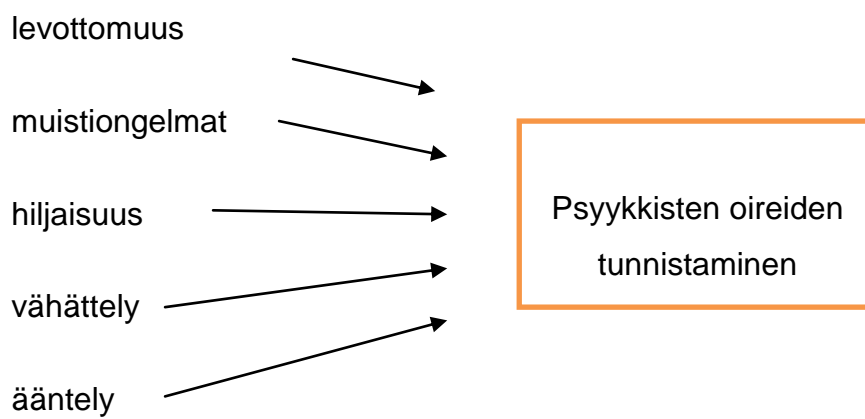
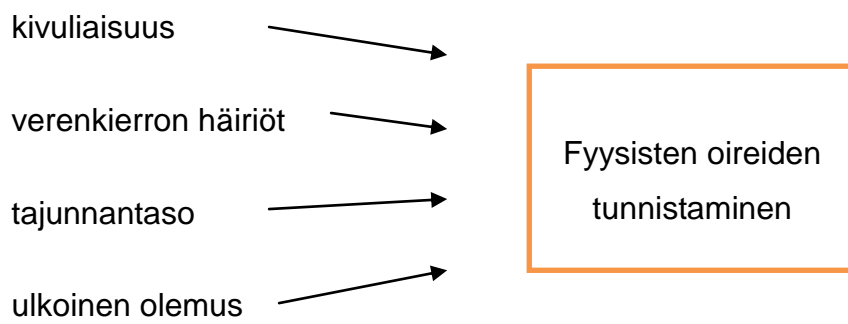
Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

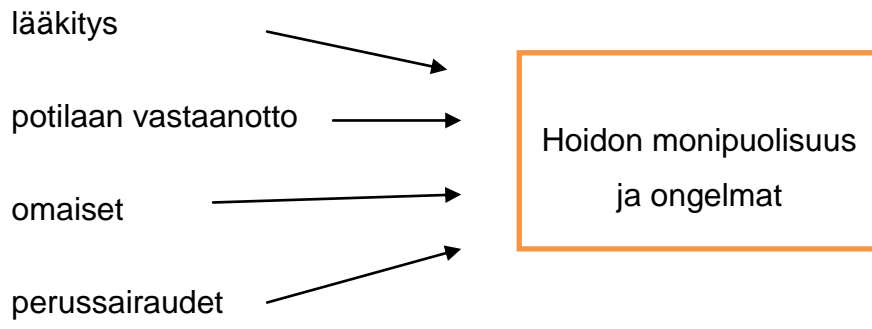
LIITE 1: Pelkistettyjä ilmauksia

- kivuliaisuus
- liikkuminen
- ääntely
- rauhattomuus
- sekavuus
- huutaminen
- kipulääkitys
- kivun kuvaileminen
- kivun sijainti
- levottomuus
- pelokkuus
- vähättely
- ilmeet
- ihon väri
- lämpötilouden turvaaminen
- potilaan käyttäytyminen
- potilaan tulovaiheen rutiinit
- potilaan asennot
- yleisvointi
- kalpeita
- hikoilu
- muistiongelmia
- hiljaisia
- aggressiivisuus
- matalat paineet
- verenpaineen nousu
- korkea syke
- saturaatioarvot
- sydänfilmin ottaminen
- virtsanäytteen ottaminen
- tajunnantaso
- asentohoito
- kommunikointi ongelmia
- fyysinen hyvinvointi
- potilaan tulovaiheen rutiinit
- potilaan vastaanotto
- potilaan rauhoittelu
- havainnointi
- olon helpottaminen

- lääkeaineallergiat
- perussairauksien huomiointi
- kokonaistilanne
- yleisvointi
- laboratoriotulokset
- röntgentutkimukset
- informaation kulku
- omaisten huomioiminen
- hengitystaajuus
- psyykinen vointi
- tilanteen vakavuus
- silmien liikkeet

LIITE 2: Alakategoriat





Liite 3: Haastattelu kysymykset

1. Miten tunnistat vanhuksen akuutin kivun?
2. miten tunnistat akuutisti kivuliaan vanhuksen joka on muistamaton/ sekava?
3. Miten lähdet hoitamaan vanhuksen akuuttia kipua?
4. Minkälaisia hoitomenetelmiä käytät hoitotilanteissa?
5. Mitkä ovat ensimmäiset perushoitotoimenpiteet kun lähdet hoitamaan akuutisti kivuliasta vanhusta?
6. Miten tunnistat vakavasta akuutista kivusta kärsivän vanhuksen?
7. Minkälaisiin kivuliaan vanhuksen fyysisiin oireisiin kiinnität ensimmäisenä huomiota?
8. Minkälaisiin psyykkisiin oireisiin kiinnität huomiota vanhuksilla akuutissa tilanteessa?
9. Mitkä asiat tuottavat ongelmia, kun lähdet hoitamaan akuutisti kivuliasta vanhusta?