

Hanna Huttunen

Heli Voutilainen

KIVUNHOITO SAATTOHOIDOSSA
Savonlinnan terveystieteiden
vuodeosastoi-
la 2 ja 3

Opinnäytetyö
Sairaanhoitotyö


Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>	Opinnäytetyön päivämäärä 25.5.2010	
Tekijä(t) Hanna Huttunen ja Heli Voutilainen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitotyö	
Nimeke Kivunhoito saattohoidossa, Savonlinnan terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastoilla 2 ja 3		
Tiivistelmä Tutkimuksemme tarkoitus on kartoittaa Savonlinnan terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastojen 2 ja 3 saattohoitopotilaan kivunlievitysmenetelmiä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksemme on pääosin kvalitatiivinen, mutta siinä on myös kvantitatiivisia piirteitä. Käytimme aineiston keruumenetelmänä kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia sekä strukturoituja kysymyksiä. Tutkimusaineisto kerättiin maaliskuussa 2010. Tutkimukseen vastasi 19 hoitajaa, joiden työkokemus oli 1 - 39 vuotta. Arvioitaessa kipua käytettiin usein sanallista kivunarviointia. Kivunarviointia tehtiin jonkin verran myös ilmeiden ja eleiden perusteella. Vain 16 prosenttia vastaajista arvioi saattohoitopotilaan kipua useita kertoja päivässä. Kipulaastari sekä suun kautta annettavat lääkkeet olivat useimmin käytössä saattohoitopotilaan kivunlievityksessä. Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä asentohoito oli yleisimmin käytetty. Myös kylmähoitoa ja hierontaa käytettiin jonkin verran. Vaikeimmiksi saattohoitopotilaan oireiksi koettiin psyykinen oireilu sekä hengenahdistus. Osastoilla oltiin pääosin tyytyväisiä saattohoitopotilaan kivunlievitysmenetelmiin, mutta ongelmiksi koettiin koulutuksen puute ja henkilökuntapula. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia saattohoitopotilaan sosiaalista, henkistä ja hengellistä kipua. Lisäksi tutkimus voitaisiin toteuttaa samasta aiheesta kuin opinnäytetyömme, mutta tutkimukseen osallistuvat hoitajat olisivat saaneet lisäkoulutusta saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Tämän jälkeen voitaisiin vertailla vanhoja ja uusia tutkimustuloksia toisiinsa.		
Asiasanat (avainsanat) Saattohoito, palliatiivinen hoito, kipu, kivunhoito		
Sivumäärä 40 s.+ liitteet 10 s.	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Erja Ruotsalainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Savonlinnan terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastot 2 ja 3	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 25.5.2010
Author(s) Hanna Huttunen and Heli Voutilainen	Degree programme and option Degree Programme of Nursing	
Name of the bachelor's thesis Pain treatment in palliative care at Savonlinna Health Care Centre wards 2 and 3		
Abstract <p>The purpose of our study is to examine how nurses relieve pain at Savonlinna Health Care Centre wards 2 and 3. Our study is primarily qualitative but includes some quantitative features. The data was collected through a questionnaire comprising both open and structured questions.</p> <p>The research material was collected in March 2010 from 19 nurses with 1 - 39 years of work experience.</p> <p>In pain evaluation the nurses used most often verbal assessment. Only 16 percent of the respondents rated pain several times a day.</p> <p>Oral analgesics and pain plasters were the most commonly used methods to relieve pain. We also asked about non-medical pain relief methods and found out that position treatment was used most commonly. Also cryotherapy and massage were sometimes used.</p> <p>Nurses experienced that shortness of breath and mental health problems were the most difficult to treat. The respondents were mostly satisfied with the quality of pain relief but they experienced that they need more training and more workers.</p> <p>A further study could examine palliative care patients' social, mental and spiritual pain or focus on the same topic but on nurses who have received further training on pain relief in palliative care. The results could then be compared to this study.</p>		
Subject headings, (keywords) Palliative care, pain, pain treatment		
Pages 40 p.+ appendix 10 p.	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Erja Ruotsalainen	Bachelor's thesis assigned by Savonlinna's health care center wards 2 and 3	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	SAATTOHOITO.....	1
2.1	Hoitotahto	4
2.2	Hoitoympäristö	4
2.3	Palliattiivinen hoito.....	5
2.4	Kuolema.....	5
3	KIPU.....	7
3.1	Fyysinen kipu.....	8
3.2	Henkinen kipu.....	9
3.3	Kivunarviointi.....	10
4	SAATTOHOITOPOTILAAN MUUT OIREET JA NIIDEN HOITO.....	12
4.1	Hengitys	12
4.2	Ruoansulatuselimistön oireet.....	13
4.3	Iho	16
4.4	Psyykkiset oireet	17
4.5	Väsymys ja unettomuus	19
5	LÄÄKKELLINEN KIVUNHOITO	19
5.1	Tulehduskipulääkkeet	20
5.2	Opioidit	21
5.3	Palliattiivinen sedaatio	22
6	LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO.....	23
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	24
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	25
9	TULOKSET	26
9.1	Vastaajien taustatiedot	26
9.2	Kivun määritelmä vastaajien mukaan.....	26
9.3	Kivun arviointi ja sen haasteet.....	27
9.4	Fyysinen kipu.....	28
9.5	Sosiaalinen kipu.....	29
9.6	Henkinen kipu.....	30

9.7	Saattohoitopotilaan muiden oireiden lievittäminen	31
9.8	Kivunhoidon merkitys	32
9.9	Tyytyväisyys osastoilla kivunlievityksen menetelmiin saattohoidossa	32
10	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	33
11	POHDINTA	34
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Savonlinnan terveystieteiden keskeisten osastojen vuodeosastoilla 2 ja 3 tapahtuvaa saattohoitopotilaiden kivunhoitoa. Toinen osastoista on erikoistunut saattohoitoon, mutta tarkoituksenamme ei ole vertailla osastojen kivunlievitysmenetelmiä keskenään vaan kartoittaa kokonais kuvaa.

Saattohoitoa olemme käsitelleet koulussa hoitotyön perusteiden yhteydessä; aihe on välillä tullut esiin muillakin opintojaksoilla. Kokemuksemme saattohoidon toteuttamisesta on toistaiseksi melko vähäistä, mutta kuitenkin olemme molemmat päässeet toteuttamaan saattohoitoa jonkin verran käytännön harjoitteluissa sekä kesätyöpaikoissa. Saattohoitopotilaan kivunhoito on hyvin laaja-alainen käsite, mikä yllätti meidät varsinkin opinnäytetyön tekemisen alkuvaiheessa. Pidämme aiheemme hyvin haastavana, sillä saattohoitopotilaan kivunhoitoa ei ole paljon tutkittu, joten aiheeseen oli vaikeaa löytää aineistoa.

Olemme opinnäytetyömme teoriaosassa jakaneet kivun fyysiseen ja henkiseen. Kun tiedustelimme osastoilta halukkuutta osallistua opinnäytetyöhömmme, olivat molemmat osastot innokkaita lähtemään mukaan projektiimme. Kävimme syksyllä 2009 osastoilla esittäytymässä, kertomassa aiheestamme ja työmme toteutuksesta, sekä sovimme aikatauluista.

Tutkimusmenetelmää valitessamme päädyimme tekemään kirjallisen kyselytutkimuksen. Mielestämme pystyimme tällä tavoin tavoittamaan useamman vastaajan. Kyselylomakkeemme sisältää sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tutkimuksemme on kvalitatiivinen, mutta siinä on myös kvantitatiivisia piirteitä. Toivomme, että osastot voivat saamiemme tutkimustulosten avulla kehittää saattohoitopotilaan kivunlievitystä monipuolisempaan suuntaan ottaen huomioon potilaan kivun kokonaisvaltaisesti.

2 SAATTOHOITO

Lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamissa ohjeissa terminaalihoidolla (nykyisin saattohoito) tarkoitetaan potilaan riittävän oireenmukaista perushoitoa ja kaikkea muuta ihmisarvoa kunnioittavaa huolenpitoa sekä hänelle läheisten henkilöiden tukemista

siinä vaiheessa, jolloin sairautta ei voida lääketieteellisin keinoin parantaa ja kun kuolema on väistämätön. (Vainio & Hietanen 2004, 19.)

Perustuslaissa määritellään saattohoidon oikeudellinen perusta. Lain mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Jokaisella on oikeus, myös henkilökohtaiseen vapauteen. (Perus- ja ihmisoikeuslaki 731/1999.) Saattohoidon eettinen perusta löytyy mm. terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista ja kuolevaa potilasta koskevista suosituksista ja julistuksista. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) mukaan jokaisella yksilöllä on oikeus ihmisarvon loukkaamattomuuteen, yhdenvertaisuuteen, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä yksityisyyden suojaan. Ihmisarvon kunnioittaminen saattohoidossa tarkoittaa hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Kuoleva potilas on samanarvoinen kuin muutkin potilaat. Kuolevan potilaan oikeuksiin kuuluu saada ihmisarvoista saattohoitoa ja apua, jotta kuolema olisi mahdollisimman arvokas ja rauhallinen. (ETENE 2004, 7.)

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota annetaan kuolemaa lähestyvälle potilaalle (Hänninen 2001, 7 - 8). Syöpä on yleisin saattohoitoon johtavista sairauksista. Syöpä aiheuttaa noin neljänneksen kaikista kuolemantapauksista. (Vainio & Hietanen 2004, 21.) Yhtäläillä saattohoitoon johtavia sairauksia ovat sydäntaudit, keuhkosairaudet, neurologiset rappeumasairaudet sekä muut parantumattomat ja kuolemaan johtavat sairaudet (Hänninen 2006, 103). Tässä vaiheessa hoidon painopiste pyritään asettamaan oireiden lievitykseen, elämänlaadun parantamiseen sekä omaisten tukemiseen. Saattohoidon määritelmänä voidaan myös pitää luopumista parantavista hoidoista. (Hänninen 2001, 7 - 8) Tässä vaiheessa pyritään lähinnä lievittämään oireita (Hänninen 2006, 116).

Saattohoito on siinä mielessä poikkeava terveydenhuollon ala, että elämän pitkittämistä ei pidetä hoidon päämääränä (Vainio & Hietanen 2004, 314). Saattohoidossa taataan hyvä perushoito kivunlievityksineen ja ihmisarvoa kunnioittava hoito ja huolenpito mahdollisimman miellyttävässä ympäristössä (Ryynänen ym. 2000, 279).

Siirryttäessä saattohoitoon päätöksenteon tulisi tapahtua yhteistyössä potilaan, omaisten, hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa (Vainio & Hietanen 2004, 19). Saattohoitoon siirtymistä tulisi harkita muun muassa, jos potilas sairastaa pahanlaatuista, levinnyttä ja etenevää sairautta, eikä sitä voida parantaa eikä elinaikaa merkittävästi voida jatkaa hoidollisin toimin. Saattohoitoon voidaan siirtyä potilaan niin tahtoessa. (Lääkäriin käsikirja, 2004)

Kuolevan potilaan hoidossa on menty eteenpäin, on opittu ymmärtämään, että kuolema ja sen hoito on arvokasta ja tärkeää työtä. Kuolevan hyvän hoidon perusteita ovat aina yhteistyö potilaan kanssa, hoitaminen ei ole pelkästään hoitotekniikan toteuttamista. (Sailo & Vartti 2000, 164.)

Lääketieteessä ei voida olla ottamatta huomioon hoidon luonnetta tai sen potilaalle aiheuttamaa räsitusä, vaikka onkin vaikeää arvioida potilaan elämänläätua. Lääkäri joutuu työssään usein eettisten kysymysten eteen; potilasta ei saa asettaa epäinhimillisen tai ihmisarvoa alentavan hoidon kohteeksi. Ei elvytetä -päätös (DNR tulee sanoista Do Not Resuscitate) on osa saattohoitopäätöstä. Lääkäri joutuu punnitsemaan vaihtoehtoja elämää pitkittävän ja saattohoidon välillä, kun potilas on toimintakyvyiltään niin heikentynyt, ettei hän ole lainkaan tai on vain heikosti tietoinen olemassaolostaan, hänen tietoisuutensa tasossa ei ole odotettavissa parantumista tai potilas kärsii voimakkaista kivusta tai muusta tuskasta. Potilaalle ja hänen omaisilleen on selitettävä ymmärrettävästi, miksi päätetään olla antamatta elämää pitkittävää hoitoa. Samalla kerrotaan, että kyseessä ei ole luovuttaminen tai potilaan hylkääminen. (Lääkäriin käsikirja 2004.) Jos hoitohenkilökunta pitää kuolemaa pelkästään sairauden hoidon epäonnistumisena, se heijastuu kuolevan hoitoon välipitämättömytenä. Jos kuoleva ihminen tuntee itsensä hylätyksi, hän alkaa pitää jäljellä olevaa aikaansa arvottomana. (Sailo & Vartti 2000, 164.)

Aiemmin on ajateltu, että saattohoito voi alkaa, kun potilaalla on elinaikaa alle kolme viikkoa. Potilaan elinaikaennuste voi kuitenkin vaihdella saattohoidossakin. Sen takia jäljellä olevan elämänpituuden perusteella saattohoidon aloitusta on vaikea ajoittaa oikein. (Hänninen 2003, 17.) Saattohoitopäätös liian myöhään tehtynä haittaa potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan (Lääkäriin Käsikirja 2004).

2.1 Hoitotahto

Potilaan ollessa kykenevä päättämään asioistaan on hänellä itsemääräämisoikeus omasta hoidostaan ja oikeus kieltäytyä myös sellaisesta hoidosta, jonka tekemättä jättäminen voi johtaa potilaan vaikeaan vammautumiseen tai kuolemaan. Jos potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan eikä hän ole aiemmin ilmaissut hoitotahtoaan, tulee saada suostumus lailliselta edustajalta, lähiomaiselta tai muulta läheiseltä, jolla on valtuutus tällaisessa tilanteessa osallistua hoidon päätöksentekoon. (ETENE 2004, 7.)

Henkilö voi ilmaista tahtonsa tulevasta hoidostaan hoitotahdolla. Hoitotahto tulee ajankohtaiseksi, kun hän ei enää kykene ilmaisemaan itse kantaansa hoidostaan. Hoitotahdossa potilas ilmaisee kantansa itseään koskevasta tärkeästä hoitoratkaisusta, esimerkiksi siitä, pitkitetäänkö hänen elämänsä parantumattomasti sairaana joillain hoitoratkaisuilla. Hoitotahto koskee kuoleman läheisyyteen liittyviä hoitotoimenpiteitä. Hoitotahto voidaan sivuuttaa ainoastaan, jos lääkäriellä on vahvat perusteet olettaa, että tahdonilmaisu ei ole pätevä tai vakaa. Henkilö, joka on kelpoinen ilmaisemaan hoitotahdon, voi myös peruuttaa sen suullisesti, kirjallisesti, hävittämällä asiakirjan kopioineen tai antamalla uudensisältöisen tahdonilmaisun hoidostaan. Terveystieteiden ammattihenkilöstön tehtävänä on varmistaa, että potilaan suullisesti ilmaisema hoitotahto tai mahdollisesti sen peruuttaminen kirjataan potilasasiakirjoihin, mikäli potilas ilmaisee hoitotahtonsa sairaalahoidon aikana. (ETENE 2004, 8 – 9.) Vaikka potilas olisi kykenemätön ilmaisemaan hoitotahtoaan suullisesti sekä kirjallisesti, hän voi silti olla kykenevä päättämään hoidostaan. Tällaisessa tilanteessa potilas voi ilmaista oman mielipiteensä hoitotahtoonsa esimerkiksi päätään nyökkäämällä. (Pahlan 2003, 267.)

2.2 Hoitoympäristö

Saattohoitopotilaan hoitoympäristö voidaan jakaa fyysiseen ja psyykkiseen ympäristöön (Grönlund ym. 2008, 53). Useimmiten saattohoitopotilaita hoidetaan perusterveyshuollossa, kuten terveyskeskuksen vuodeosastolla, potilaan kotona tai yksityisissä hoitoyksiköissä. Hoito on mahdollista toteuttaa paikassa, jossa saattohoidolle on riittävät valmiudet. Joskus saattohoitopotilasta hoidetaan erikoissairaanhoidossa, jos hänen siirtämisestään saattohoitoyksikköön on voinnin kannalta enemmän haittaa kuin hyö-

tyä. (ETENE 2004, 11.) Saattohoidossa verkostoa tulisi luoda niin, että konsultaatio-apu on saatavissa nopeasti ja vaivattomasti, ettei potilaita tarvitse siirrellä paikasta toiseen (Holli 2009, 706). Saattohoitopotilaalla tulisi olla oikeus vaikuttaa, haluaako hän tulla hoidetuksi kotonaan vai hoitolaitoksessa. Saattohoitopotilaalle tulee taata mahdollisuus saada apua ja neuvoja ympäri vuorokauden. (ETENE 2004, 11.)

Saattohoitopotilaan hoitoympäristöllä on merkitystä. Kuoleman lähestyessä potilas joutuu käsittelemään omaan elämäänsä liittyviä tunteita, ajattelemaan mennyttä elämäänsä ja suremaan kuolemaansa. Potilaan ja omaisten viihtyvyyteen voidaan vaikuttaa mm. väreillä, taideteoksilla, kasveilla sekä viihtyisillä sohvaryhmillä. Omaisille jää loppuelämäkseen muisto paikasta, jossa heidän läheisensä on kuollut. (Grönlund ym. 2008, 53–54.)

Psyykkisellä hoitoympäristöllä tarkoitetaan hoitoyksikössä vallitsevaa ilmapiiriä, sitä kuinka hoitajat kohtaavat potilaat ja omaiset, sekä sitä kuinka asiallista ja ystävällistä hoitajien oma käyttäytyminen on. Kun potilaalle ja omaisille annetaan tietoa sairaanhoitajan tai lääkärin aloitteesta, lisää se myönteistä hoitoilmapiiriä. Saattohoitopotilas sekä hänen omaisensa elävät henkisesti hyvin herkkää aikaa, jolloin he tulkitsevat hoitohenkilökunnan sanoja, tekoja ja ilmeitä normaalia herkemmin. (Grönlund ym. 2008, 53.) ”Saattohoito-sana sisältää myös eksistentiaalisen, ei-teknisen ulottuvuuden. Tämä kuvaa läsnäoloa, kuolevan saattoa matkalle, kotiin tai portille, jolta ei ole paluuta.” (Vainio ym. 2004, 19.)

2.3 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan etenevien pahanlaatuisten sairauksien oireenmukaista hoitoa. Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaishoitoa silloin, kun tauti ei ole enää parannettavissa. (Hänninen 2003, 14–15.) Palliatiivisia hoitoja ovat myös oireita lievittävät erikoishoidot, kuten palliatiivinen kirurgia ja sädehoito (Vainio & Hietanen 2004, 18).

2.4 Kuolema

Suomen laissa ei ole määritelty kuolemaa ennen vuotta 2001. Silloin voimaantulleessa laissa määriteltiin ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä. (Laki ih-

misen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 101/2001; ks. Vainio ym. 2004, 349)

Kun kuolinprosessi alkaa, viimeisten 48 tunnin aikana kuoleva voi tuntea oireidensa lievenevän. Usein potilas ei kykene enää syömään ja juomaan, jolloin paine vatsassa, suolistossa ja virtsarakossa vähenee. Tässä vaiheessa liikkuminen on jo vähäistä, ja osa kivuista, ja erityisesti liikkumiseen liittyvät kivut, vähenevät. Kun kuolinprosessi on edennyt tähän vaiheeseen, suurin osa tablettimuotoisesta lääkityksestä lopetetaan ja siirrytään lähinnä lievittämään kivun aiheuttamia oireita. (Hänninen 2006, 116.)

Kuolevan hengitys muuttuu katkonaisemmaksi ja lisääntyneen limanerityksen seurauksena hengitys voi olla äänekästä (Hänninen 2006, 116). Liman aiheuttama äänekäs hengittäminen on tyypillistä huonokuntoiselle potilaalle juuri ennen kuolemaa. Tällainen hengitys häiritsee enemmän omaisia kuin itse potilasta, sillä tämän tajunta on jo heikentynyt. Omaisille on tärkeää kertoa tästä asiasta. (Vainio ym. 2004, 103.) Raajojen ääriosien iho muuttuu viileämmäksi, ja tämä viileys vähitellen leviää kohti vartaloa. Lopulta rintakehän liike muuttuu yhä vähäisemmäksi ja hengitys pinnallisemmaksi. Tajunnan taso laskee, eikä potilas pysty enää nielemään mitään tai puhumaan. Vähitellen hengitys loppuu. (Hänninen 2006, 116.)

Fysiologisesti solut kuolevat eri aikaan, mikä johtuu niiden erilaisesta kyvystä sietää hapenpuutetta. Herkimmät ovat aivojen hermosolut, jotka sietävät normaalissa lämpötilassa 4 - 5 minuuttia, kun taas lihassolut sietävät hapenpuutetta useita tunteja. Elimistö kuolee asteittain sydämenpysähdyksessä. Aivot eivät saa happea mistä seuraa muun muassa tajuttomuus ja hengityksen pysähtyminen. 5 - 10 minuutin kuluttua aivojen kuorikerroksen solut ovat kuolleet, 10–20 minuutin kuluttua aivojen syvempien kerroksien solut ovat kuolleet, ja noin 30 minuutin kuluttua sydänlihaksen solut ovat kuolleet. Kysymys on ketjureaktiosta. Elimistö on kokonaan kuollut, kun elimistön kaikki solut ovat kuolleet. Tätä ei voida kuitenkaan asettaa kuoleman kriteeriksi. (Vainio & Hietanen 2004, 349.) Lääkäri toteaa kuoleman (Iivanainen ym. 2001a, 562).

3 KIPU

Kipu on yksi arkielämän peruskokemuksista, tuttu jokaiselle ihmiselle, mutta sitä voidaan pitää myös lääketieteellisenä ongelmana. Kärsimys ei rajoitu pelkästään ruumiilliseen kipuun: kärsimys voidaan kokea henkisenä kipuna tai se voi johtua jostakin muusta ruumiillisesta tekijästä kuin kivusta. Kärsimys voi olla uhka ihmisen persoonalle, se voi horjuttaa hänen sosiaalista ja psyykkistä eheyttään. (Vainio ym. 2002, 15.) Kipua voidaan pitää henkilökohtaisena, yksilöllisenä kokemuksena, jota on vaikea välittää toiselle (Vainio 2003, 24).

Kivun biologiset tehtävät ovat viestittäminen vammasta, sairaudesta tai kudonvauriosta (Vainio 2003, 12). Kivun laukaisijana voivat toimia monet kehoon kohdistuvat ärsykkeet. Yhteistä kivun aiheuttajille on se, että ne aiheuttavat tai uhkaavat aiheuttaa kudonvaurioita. Kipu aktivoi sympaattista eli tahdosta riippumatonta hermostoa samalla tavalla kuin pelko ja suuttumus. Kipu aiheuttaa mm. sydämen sykkeen nopeutumista ja verenpaineen nousua. Kiputuntemuksen yhteydessä verenvirtaus ihoon vähenee. (Bjälje ym. 2007, 105.)

Kipu on jaoteltavissa nosiseptiiviseen ja neuropaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu saa alkunsa kipuhermopäätteiden reagoitessa voimakkaalle kudonvauriosta aiheuttavalle ärsykkeelle. (Salanterä, 2006, 35.) Nosiseptiivinen kipu on yleensä tarkasti paikallistettavissa (Mattila 2004, 113), se on seurausta kudonvauriosta ja yleensä paranee kudonvaurion parantuessa (Salanterä, 2006, 35). Nosiseptiivinen kipu on jaoteltavissa somaattiseen (lihas, luusto, iho, sidekudos jne.) ja viskeraaliseen kipuun, joka on lähimmäisin sisäelimestä. Tyypillisesti kiputiloja elimistössä aiheuttavat kudoksessa tapahtuvat prosessit, kuten tulehdukset, iskemia eli hapen puute kudoksessa ja kasvain. (Sailo & Varti 2000, 32.)

Hermovauriokivussa eli neuropaattisessa kivussa vika on hermojärjestelmässä. Hermosolut reagoivat liian herkästi ärsykkeisiin, joiden ei pitäisi normaalisti aiheuttaa kipua. Neuropaattiselle kivulle tavallista ovat epänormaalit tuntemukset, esimerkiksi pistely, puuttuminen ja tuntuhäiriöt. Kipualueelta voi puuttua tunto täysin, mutta jo pienikin kosketus voi olla laukaisemassa pitkäkestoista ja kovaa kipua. Neuropaatti-

nen kipu voidaan jaotella perifeerisiin kiputiloihin (kuten kolmoishermostö sekä kivulias perifeerinen polyneuropatia), sentraalisiin kiputiloihin (kuten aivohalvauksen jälkeen ilmenevä toispuolinen kipu ja amputaation jälkeen alkava aavesärky) ja kombinoituneet kiputilat (esimerkiksi vyöruusun jälkeen ilmenevä neuralgia). Varsin tyyppistä neuropaattiselle kivulle on huono vaste tavallisille kipulääkkeille. Varhain jo akuutissa vaiheessa aloitettu kivunhoito vamman tai leikkauksen yhteydessä voi olla ehkäisemässä kroonisen hermovauriokivun syntyä. (Kalso & Vainio 2002, 97–98.)

Nosiseptiivisesta ja neuropaattisesta kivusta voidaan vielä erottaa hermokipu eli neurogeeninen kipu, jonka syynä on hermorungon ohimenevä mekaaninen ärsytys. Neurogeeninen kipu ei kuitenkaan johda pysyvään hermovaurioon. Kipu paranee syyn poistuessa. Neurogeenistä kipua voi aiheuttaa esimerkiksi nikaman välilevyn luiskahdus. (Kalso & Vainio 2002, 97–98.)

Idiopaattisessa kivussa ei löydetä kipua selittävää kudosta tai hermovauriota (Kalso & Vainio 2002, 99.) Idiopaattisessa kivussa todetut muutokset voivat olla niin vähäisiä, että niitä ei voida pitää kivun aiheuttajana. Idiopaattiselle kivulle voi olla olemassa myös diagnostinen syy: vaikka kivun selittävää syytä ei tutkimuksissa löydetä, voi se silti olla olemassa. Idiopaattisessa kivussa tulee ottaa huomioon myös psykologiset ja psyykkiset tekijät. (Salanterä ym. 2006, 37.)

3.1 Fyysinen kipu

Akuutin kivun tehtävänä on suojata elimistöä (Vainio ym. 2002, 86). Useimmiten akuutilla kivulla on selvä syy, ja kipua voidaan hoitaa. Akuutissa kivussa syntymekanismi tunnetaan, mikä mahdollistaa kivun hoidon tehokkaasti. (Kalso & Vainio 2002, 87.) Akuutissa kivussa hermojen ärsytys, kudosten tulehdusreaktio, lihaskrampit ja kipuviestin kulkeminen toimivat merkkinä kudosten paranemista (Vainio 2003, 17). Akuutti kipu helpottaa yleensä päivien tai viikkojen kuluessa kudonsaurion paranemisen ja hyvän kivunlievityksen ansiosta (Vainio ym. 2002, 87).

Krooninen kipu ei ole pelkästään jatkoa akuutille kivulle (Joensuu ym. 2007, 756). Kroonista kipua voidaan pitää kipuna, joka kestää pidempään kuin kudoksen odotettu paranemisaika (Kalso ym. 2009, 106). Ollessaan jatkuvaa kipuärsytys voi aiheuttaa

hermojärjestelmässä muutoksia. Hermojärjestelmässä tapahtuneet muutokset saattavat johtaa kivun voimistumiseen sekä jatkumiseen myös silloin, kun alkuperäinen kudosa-vauriota aiheuttava ärsytys on loppunut. (Joensuu ym. 2007, 756–757.) Kroonisiin kiputiloihin liittyy useimmiten kipua välittävien rakenteiden muutoksia (Salanterä ym. 2006, 34). Kroonista kipua sairastavan ongelma ei ole pelkästään kipu. Pitkään jatkunut kipu tuo mukanaan muitakin seurauksia, jotka voivat olla nähtävissä turhautuneisuutena, ärtyneisyytenä sekä vihantunteina. (Vainio 2003, 22.) Kroonisen kivunhoidon onnistumisen edellytyksenä voidaan pitää sitä, että annettu hoito on kokonaisvaltaista ja sen jatkuvuus on turvattua. Potilaan, lääkärin ja hoitajan tulee olla sitoutuneita hoito-ohjelmaan. (Sailo & Varti 2000, 188.)

3.2 Henkinen kipu

Kaikea mikä pelottaa, ahdistaa, huolestuttaa, aiheuttaa henkistä tuskaa sekä oman elämän hallinnan menettämisen pelkoa kutsutaan psyykkiseksi kivuksi. (Killanderin ym. mukaan 1999, Sailo & Varti 2000, 37) Aiemmin koetut epämiellyttävät kipukokemukset lisäävät pelon ja ahdistuksen tunnetta, mistä voi aiheutua stressiä, joka alentaa kivunsietokykyä. (Sailo & Varti 2000, 37.) Kipu voi olla kipupotilaan suurin kärsimyksen tuottaja, mutta ei suinkaan ainoa. Syyt, jotka tekevät kivun sietämättömäksi ja aiheuttavat kärsimystä, voivat olla täysin tiedostamattomia ja paljastuvat vasta vähitellen hoitosuhteen kestäessä. (Kalso ym. 2009, 12.)

Kärsimyksen määrittäminen on vaikeaa, koska sitä ei voida liittää yksinomaan ruumiiseen eikä myöskään yksinomaan sieluun tai mieleen. Kärsivä ihminen pelkää usein kärsimyksen jatkumista. (Hänninen 2001, 128–129.) Sairauteen liittyy yleensä aina kärsimystä. Kärsimys koetaan epämiellyttävänä, negatiivisena ja pahana. Kärsimystä kuvataan kirjallisuudessa sanoilla kipu, tuska, menetys, uhka, suru, taistelu, tarkoituksettomuuden tunne, toivottomuus, rangaistus ja haaste. Kärsimys voi olla uhka potilaan elämänlaadulle. Selvitettäessä syöpäpotilaan elämänlaatua tulee huomioida potilaan fyysiset tekijät, toiminnallinen kyvykyys, hoitotytyväisyys, ammatillinen ja sosiaalinen toiminta, emotionaalinen hyvinvointi, hengellisyys, seksuaalisuus, perheen hyvinvointi ja se kuinka potilas kokee tulevaisuutensa. Toisaalta kärsimyksen kokeminen kasvattaa ihmistä henkisesti. Parantumattomasti sairastavat tuoneet esille, että mm. kiitollisuus, kärsivällisyys, muiden ihmisten ymmärtäminen, suvaitsevaisuus ja

kyky iloita pienistä asioista lisääntyvät sairauden myötä. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 137–139.) Kuolemaa lähestyvän potilaan kärsimys voi liittyä muihin henkilöihin. Usein potilas kärsii eniten omaistensa puolesta, kun taas potilaan kokemat kärsimykset aiheuttavat tuskaa omaisille. Kuolevan potilaan hoidossa tulee huomioida hänen sosiaalinen ympäristönsä, koska sosiaalisen ympäristön laiminlyöminen voi aiheuttaa potilaalle tarpeetonta kärsimystä. (Hänninen 2001, 131,149.)

Suru voi aiheuttaa potilaalle kipua (Sailo & Vartti 2000, 56). Suru voi ilmetä useina eri muotoina, kuten esimerkiksi päänsärkynä, vatsakipuna, huimauksena tai vapinana sekä väsymyksenä. (Hänninen 2006, 144.)

Hengellinen tai olemassaoloon liittyvä kipu ilmenee jumalasuhteeseen liittyvänä huolena ja ahdistuksena (Sailo & Vartti 2000, 37). Sielunhoidolla voidaan auttaa hengellistä kipua kärsivää ihmistä. Sielunhoidon perusta on kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Sielunhoidolla on kristilliset perinteet, ja se on ihmisen henkistä ja hengellistä auttamista. Potilaan uskonnollinen vakaumus ei saa olla esteenä sielunhoidolle. Sielunhoidossa keskeisimmät asiat ovat hädän, kärsimyksen, ahdistuksen ja syyllisyyden käsitteleminen. Keskustelut potilaan kanssa voivat olla arkisia ja käytännönläheisiä, silloin kun sanoja ei löydy, pelkkä läsnäolokin riittää. (Sailo & Vartti 2000, 56–58.) Elämän loppuvaiheessa tunne tai ajatus jonkun korkeamman olemassaolosta saattaa rauhoittaa (Sailo & Vartti 2000, 37).

Kulttuurilla voi olla vaikutusta kipukokemuksen muodostumiseen ja sen ilmaisemiseen. Eri kulttuureilla on käytössään omat kipusanansa. Esimerkiksi työyhteisön sekä perheyhteisön ulkopuolelle jääminen voivat aiheuttaa sosiaalista kipua. (Killanderin ym. mukaan. 1999, Sailo & Vartti 2000, 58.)

3.3 Kivunarviointi

Potilas on itse oman kipunsa paras kuvaaja (Iivanainen ym. 2001b, 127). Kipua kuvaavia sanoja ovat mm. aaltoileva, kohtauksittainen, jatkuva, tykyttävä, pinnallinen, säteilevä, pistävä, puristava, vyömäinen ja polttava (Iivanainen ym. 2006, 495). Potilas kestää kipuaan ja on motivoituneempi kivunhoitoon, jos hän itse saa mahdollisuuden

valita eri kivunhoitomenetelmistä. Jos potilaalla ei ole mahdollisuutta osallistua hoitoonsa, hoitajan vastuu potilaansa edustajana korostuu. (Holmia ym. 2006, 132.)

Potilasta voidaan ohjata kuvailemaan kiputuntemuksiaan erilaisten kipusanastojen sekä kipukiilojen avulla (Iivanainen ym. 2006, 495). Erilaisilla kipuasteikolla voidaan lähinnä selvittää vain kivun voimakkuutta, mutta kipusanastojen avulla voidaan selvittää myös kivun tunneperäistä puolta. (Vainio ym. 2009, 55.) Akuutin kivun kehittymistä on mahdollista mitata ja seurata, kuten verenpaine- ja kuumeikäyrää. (Kalso ym. 2009, 54)

Kivun arvioinnissa käytetään yleisimmin visuaalista analogiasteikkoa eli VAS:ia (Visual Analogue Scale). VAS-kipuasteikko on 10 senttimetrin pituinen jana, jossa on numerot 0 - 10. Nolla vastaa tilannetta, missä potilaalla ei ole lainkaan kipua ja kymmenen tilannetta jolloin potilaalla on pahin mahdollinen kipu. Potilas asettaa kiilan numeron kohdalle, joka vastaa potilaan senhetkisiä kiputuntemuksia. Kipujanana sijasta voidaan käyttää kipukiilaa. Kipukiilassa asteikon muuttuminen punaisemmaksi kuvaa kivun kovenemistä. (Kalso & Vainio 2002, 41.)

Erityisesti lasten käyttöön on kehitetty kasvoasteikko (Pain Faces Scale), joka toimii samalla periaatteella kuin VAS-asteikko, mutta numerot on korvattu viidellä erilaisella ilmeellä, jotka kuvaavat kivun voimakkuutta (Kalso ym. 2009, 55).

Visuaalisten asteikkojen ohella on käytössä myös sanallisia asteikkoja (VRS, Verbal Rating Scale). Potilaan käyttämän sanallisen kuvailun avulla voidaan saada selville, kuinka potilas aistii kipua ja sen voimakkuutta. Heikki Ketovuoren Suomen oloihin vuonna 1980 kehittämässä sanallisessa kipumittarissa jokaiselle kipusanalle on määritetty numeerinen arvo, joka kuvaa kivun voimakkuutta. Kipusanat on luokiteltu erilaisiin luokkiin, joita ovat mm. ajallisuus (esim. aaltoileva ja jatkuva) ja sijainti (esim. pinnallinen ja syvä). Siirryttäessä luokan sisällä sanasta toiseen, merkitsee se kivun voimakkuuden muutosta. Kipusanojen numeerinen keskiarvo on niin kutsuttu kipuideksi, joka kuvastaa potilaan senhetkistä kivun voimakkuutta. (Kalso & Vainio 2002, 41.) Kipusanaston avulla on mahdollista arvioida kivun voimakkuutta sekä erottaa akuutti kipu kroonisesta kivusta (Sailo & Varti 2000, 103).

4 SAATTOHOITOPOTILAAN MUUT OIREET JA NIIDEN HOITO

Saattohoitopotilailla on usein monia oireita, joista he kärsivät samanaikaisesti. Näihin oireisiin vaikuttavat mm. taudin luonne, potilaskohtaiset tekijät, ympäristö sekä potilaalle annetut hoidot. Saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita ovat hengenahdistus sekä kipu. Kivuista vaikeimmin hoidettava on neuropaattinen kipu. Joskus potilas ja hoitohenkilökunta voivat olla eri mieltä oireiden häiritsevyydestä. Seurauksena tästä voidaan keskittyä näkyviin oireisiin, jotka eivät välttämättä kuitenkaan ole potilaan itsensä mielestä vaikeimpia oireita. (Hänninen 2003, 29.) Tavallisimpia kuolemaa hyvin lähellä olevan potilaan oireita ovat anoreksia, astenia eli voimattomuus, kuiva suu, sekavuus ja ummetus (Hänninen 2008a, 2606.) Saattohoitoa antavien laitosten hoitohenkilökunnan mukaan kuolevan potilaan vaikeimmin lievitetäviä oireita ovat seksuaaliset ongelmat, minäkuvan muutokset, murehtiminen, alakulo ja makuaistin muutokset (Hänninen 2003, 26).

Saattohoitopotilaan oireet muuntuvat ajallisesti: oireet, jotka vaivaavat diagnoosihetkellä, eivät välttämättä häiritse potilasta enää kuoleman läheystyessä. Kun potilaiden oirekuvaa selvitettiin pari kuukautta ja pari päivää ennen kuolemaa, havaittiin, että merkittävin muutos oli kivun väheneminen. (Hänninen 2003, 30.)

Aiemmin kuolevan potilaan oireisiin kiinnitettiin huomiota vasta, kun elämää ei ollut enää jäljellä paljoa. WHO:n periaatteen mukaan palliatiivinen hoito on mahdollista aloittaa heti sairauden alkuvaiheessa samaan aikaan kun kuratiivinen eli parantava hoito on meneillään. Tällä voidaan varmistaa potilaalle paras mahdollinen elämänlaatu loppuajaksi. (Vainio & Hietanen 2004, 50.) Kaikkea potilaan kokemaa kärsimystä ei voida aina poistaa, ja onkin tärkeää, että potilas ja hänen omaisensa ovat tietoisia, mihin hoidoilla voidaan vaikuttaa. Turhia tutkimuksia sekä hoitoja tulisi välttää, sillä liian aktiivinen hoito aiheuttaa potilaalle lisääntyntä ja pitkittynyttä kärsimystä. (Heikkinen ym. 2004, 20–21.)

4.1 Hengitys

Hengitys on ihmiselle tiedostamatonta ja tahdosta riippumatonta. Hengenahdistuksen aikana ihminen kokee epämiellyttävää vaikeutta hengittää ja on silloin tietoinen hengityk-

sen vaikeutumisesta. Hengenahdistus on saattohoidossa yleinen ja vaikeasti hoidettava oire, joka pelottaa sekä potilasta että omaisia. (Hänninen 2003, 132.) Tukehtumis-kuoleman pelko tekee hengenahdistuksesta pelottavan oireen, minkä takia potilaan pelon ja paniikin lieventäminen on tärkeää (Vainio & Hietanen 2004, 99).

Saattohoitopotilaiden hengitysoireina ilmenee yskää sekä lisääntyntä limaneritystä. Potilaan ollessa tajuton tai niin heikko, ettei hän jaksa enää yskiä, kertyy potilaan hengitysteihin limaa. Potilaan taudin edetessä ja kuoleman lähestyessä lisääntyy yleensä myös hengenahdistus. Hengenahdistusta voidaan pitää yhtenä merkinä elinajan lyhydestä. (Hänninen 2003, 132–133.)

Hengenahdistukseen ei ole olemassa suoraa oireenmukaista lääkitystä toisin kuin kipuun, mutta pääasiallisesti hengenahdistuksen hoitoon voidaan käyttää opioideja (Hänninen 2001, 118). Joskus voidaan saada apua sädehoidosta, jos hengitysteissä oleva kasvain aiheuttaa hengenahdistusta. Hengenahdistukseen ei välttämättä liity hapenpuutetta, eikä silloin lisähapen antamisesta ole selkeää hyötyä potilaalle. (Heikkinen ym. 2004, 60–61.) Usein hengenahdistusta hoidettaessa tulokset jäävät heikoiksi. Kun hoidoilla vaikutetaan hengityskeskukseen, voi se olla uhkana koko hengitystoiminnan säätelylle. (Hänninen 2001, 118.)

4.2 Ruoansulatuselimistön oireet

Saattohoitopotilailla voi ilmetä ruoansulatuskanavassa monenlaisia ongelmia, jotka voivat johtua sairaudesta, sen hoidosta, liitännäiskomplikaatioista tai erilaisista psykososiaalisista tekijöistä. Kakeksiaoireyhtymä, autonomisen hermoston häiriö, opioidien käyttö tai näiden yhdistelmä ovat usein taustalla ruoansulatuskanavan häiriöissä. (Hänninen 2001, 106.) Pään, ruokatorven ja kaulan alueen kasvaimet aiheuttavat yleisimmin nielemisvaikeuksia. Nielemisvaikeuksien yhteydessä on tärkeää selvittää, saako potilas tarpeeksi nesteitä ja ravintoa sekä onko tarvetta lisäravinteille tai nesteytykselle. Saattohoitopotilaat, joiden elinajaennuste on enää muutamia päiviä, eivät saa hyötyä lisäravinteista tai nesteytyksestä. (Vainio & Hietanen, 2004, 106–107.)

Syömisestä voi tulla potilaalle monin tavoin hankalaa, ja hän voi kokea sen pakoksi ylläpitää elämää. Nieleminen vaikeutuu, makuaistissa tapahtuu muutoksia ja vatsa

tulee täyteen aiempaa nopeammin. Suolistossa tapahtuvat muutokset saattavat aiheuttaa ilmavaivoja, ripulia ja ummetusta. Syömisestä voi aiheutua kipuja, närästystä ja pahoinvointia. (Hänninen 2001, 106.) Saattohoitopotilaan ravitsemuksen tavoitteena on, ettei ruokailu lisää kipuja vaan tuottaa potilaalle mielihyvää (Hägg ym. 2007, 166). Potilas sekä hänen omaisensa voivat usein liittää ruokahalun paranemisen taudin ennusteen parantumiseen. Usein potilaan ruokahaluttomuus on omaisille raskaampaa kuin itse potilaalle. (Vainio & Hietanen 2004, 109.)

Pahoinvoinnin ja oksentelun takia ruokahalu vähenee, kakeksia pahenee, väsymys lisääntyy sekä yleiskunto heikkenee (Vainio & Hietanen 2004, 111). Oksentamisen loputtua on tärkeää, että potilaalle annetaan raikastavaa suunhoitoa sekä mahdollisuus kasvojen ja käsien pesuun (Aalto 2000, 31). Vaikka pahoinvointiin liittyy usein oksentelu, rasittaa potilasta usein enemmän jatkuva pahanolon tunne enemmän kuin satunnainen oksentelu. Yleisimmin pahoinvointia saattohoitopotilaille aiheuttavat lääkkeet, kasvaimet, ummetus, suolistotukos, kohonnut aivopaine, limanerityksen lisääntyminen sekä psyykkiset syyt. (Hänninen 2003, 158–159.)

Pahoinvointia on mahdollista ehkäistä mm. välttämällä pahoinvointia aiheuttavien juomien ja ruokien nauttimista, välttämällä kiinteää ruokaa pahoinvoinnin aikana, pienten nestemäärien juominen usein, välttämällä erilaisia hajuja, välttämällä pahoinvointia aiheuttavia lääkkeitä sekä käyttämällä pahoinvointia estävää lääkitystä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 73.) Hoidon suunnittelussa on tärkeää selvittää pahoinvoinnin syy ja pyrkiä poistamaan se (Vainio & Hietanen 2004, 112).

Saattohoitopotilaan yleinen oire on **ummetus**. Vähäinen ravinnon ja nesteen nauttiminen, liikunnan puute sekä vahvat kipulääkkeet hidastavat suolen toimintaa, ja aiheuttavat ummetusta. (Hägg ym. 2007, 166.) Ummetusta voidaan ennaltaehkäistä säännöllisellä vatsantoimituksella. (Hänninen 2003, 163).

Ripuli on saattohoitopotilaalla harvinaisempi oire kuin ummetus. Ripulia voivat aiheuttaa mm. ummetuslääkkeet, antibiootit sekä infektiot. (Heikkinen ym 2004, 68.)

Saattohoitopotilaan **elimistön kuivumisesta** on sekä haittaa että hyötyä. Kuivuminen voi ilmetä suun kuivumisena sekä janontunteena. Elimistön kuivuminen ennen kuole-

maa saattaa heikentää munuaisten toimintaa, jolloin tulee ottaa huomioon potilaan käytössä oleva lääkitys. (Hägg ym. 2007, 166–167.)

Elimistön kuivumisessa on myös hyvät puolensa. Virtsan erityksen vähentyessä myös potilaalle raskaat astialle nousut, kastelu ja katetroinnin tarve vähenevät. Mahan erityksen vähetessä myös pahoinvointi ja oksentelu vähenevät. Keuhkojen vähentynyt limaneritys vaikuttaa hengenahdistuksen helpottumiseen ja vähentää limaisuutta sekä tarvetta eritteiden pois imemiseen. Kuivuminen voi myös vähentää turvotusta kasvaimessa ja sen ympärillä, mikä saattaa helpottaa potilaan kipuja. (Hägg ym. 2007, 167.) Suonensisäiselle nesteetykselle tai suonensisäiselle ravitsemukselle ei yleensä ole tarvetta saattohoitopotilaan hoidossa. (Käypä hoito -suositukset 2009.)

Kakeksia-anoreksiassa vaikeasti sairaalla ilmenee kuihtumista, pahoinvointia, fyysisen suorituskyvyn alenemista sekä ruokahaluttomuutta. Laihtuminen ja siitä johtuva lihasmassan väheneminen aiheuttaa potilaalle heikkouden ja väsymyksen tunnetta. (Hänninen 2003, 153.) Ruokahalun huononeminen liittyy usein kakeksiaan, mutta se ei kuitenkaan selitä metabolisia eli aineenvaihdunnallisia muutoksia. (Ukkola 2005, 985.) Ravintotasapainon korjaaminen tai ruokahalua lisäävä lääkehoito ei palauta vähentynyttä lihasmassaa (Ukkola 2005, 985). Kakeksialla on suuri vaikutus kuoleman jouduttamiseen yli puolella saattohoitopotilaista (Hänninen 2003, 153).

Lähes kaikilla saattohoitopotilailla ilmenee erilaisia **suun oireita**. Tavallisimpia suun oireita ovat suun kuivuminen, infektiot, limakalvorikot, kipu sekä makumuutokset. Näiden takia ruokaileminen ja puhuminen vaikeutuvat, mistä aiheutuu elämänlaadun heikkenemistä. (Vainio & Hietanen 2004, 103.)

Monet lääkkeet, erityisesti opioidit, epilepsialääkkeet, pahoinvointilääkkeet, nesteenoistolääkkeet, masennuslääkkeet, tulehduskipulääkkeet, monet verenpainelääkkeet ja psykoosilääkkeet, sylkirauhasten sädehoito, suun limakalvovauriot sekä kuivuminen vaikuttavat syljen erityksen vähenemiseen ja aiheuttavat suun kuivumista. Kuiva suu voi aiheuttaa monia ikäviä ongelmia kuten esimerkiksi arkuutta ja polttavaa tunnetta limakalvoilla, makuuain heikkenemistä, kariuksen lisääntymistä, proteesien istuvuuden huononemista sekä nielemisen vaikeutumista. (Vainio & Hietanen 2004, 104; Hänninen 2003,170)

Suun hoidon tavoitteena on kivun lievittäminen ja sitä kautta syömisen helpottuminen. Suun kostuttaminen ehkäisee infektioita ja vähentää epämukavaa tunnetta suussa. (Hänninen 2003, 169.) Vesi ja jääpalojen imeskely auttavat kuivan suun kostuttamisessa. Kuivan suun hoidossa voidaan käyttää myös keinosylkeä sekä imeskelytabletteja. (Iivanainen & Syväoja 2009, 410.)

Saattohoitopotilaan makuaistissa saattaa tapahtua muutoksia taudin edetessä. Saattohoidon aikana ruokavalio voi yksinkertaistua ja koostua melko miedon makuisista ruuista. Maustetut ruuat maistuvat usein pahoilta ja voivat aiheuttaa pahoinvointia ja närästyä. Suun ongelmat voivat aiheuttaa potilaalle jopa sosiaalista eristäytyneisyyttä, koska esimerkiksi yhteisiin ruokahetkiin osallistuminen perheen kanssa voi olla ongelmallista, jos potilas ei pysty laittamaan suuhunsa mitään. Omaiset voivat pitää potilaan syömättömyyttä loukkaavana. Joskus potilas voi kokea suurimman kipunsa olevan peräisin suun ongelmista. (Hänninen 2003, 168–169.)

4.3 Iho

Ihon tehtävänä on suojata ulkoisilta vammoilta, välittää tuntoaistimuksia (mm. kosketus, kipu, lämpö ja kylmäaistimukset) sekä pitää kudokset kasassa (Hannuksela ym. 2003, 20–21). Saattohoitopotilaalla yleisimpiä iho-ongelmia ovat kutina, etäpesäkkeisiin liittyvät haavaumat, painehaavaumat, hikoilu ja ihoinfektiot. Pahimmillaan oireet voivat johtaa potilaan invalidisoitumiseen ja aiheuttaa hoitoon ongelmia. Iho-ongelmat voivat aiheuttaa potilaalle sosiaalista eristäytymistä. Haavaumat, niiden haju ja erityis, hikoilu ja kutina muistuttavat potilasta ja hänen läheisiään sairaudesta. (Hänninen 2003, 188.)

Painehaavaumat syntyvät, kun kudoksen hapensaanti on vähäistä. Ravitsemustilan heiketessä painehaavaumien riski kasvaa. Ihoon kohdistuva paine ja kitka, liikuntakyvyttömyys ja ihon heikentynyt uudistumiskyky lisäävät myös riskiä painehaavan synnylle. (Vainio & Hietanen 2004, 130.) Haavaumien syntyyn vaikuttavat myös hiki, virtsa, uloste sekä ihon puhdistus- ja hoitoaineet. Useimmiten painehaavaumia syntyy ristiluun sekä lonkkien alueelle. Muita tyypillisiä paikkoja ovat kantapää, kyynärpäät,

korvat ja olkavarret. 15–43 prosentilla saattohoitopotilaista on painehaavaumia. (Hänninen 2003, 191.)

Painehaavojen ehkäisy on hoitoa tärkeämpää. Riskialueita on tärkeää tarkkailla päivittäin. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä tulisi huomioida, että makuualusta on painevaiikutusta minivoiva sekä asennon vaihto korkean riskin potilaalla vähintään kahden tunnin välein. Ihoa tulisi hoitaa miedoilla ihonpuhdistusaineilla sekä rasvaamalla. Riittävä kipulääkitys voi myös auttaa painehaavaumien ennaltaehkäisyssä, koska liikekipu voi vähentää potilaan liikkumista. Myös saattohoidossa tulisi pyrkiä painehaavaumien umpeutumiseen. (Vainio & Hietanen 2004, 130.)

Saattohoitopotilaalla yleisin kutinan aiheuttaja on kuiva iho. Hoitona on ihon säännöllinen rasvaus. Myös monet sairaudet, kuten munuaisten tai maksan vajaatoiminta, aiheuttavat kutinaa. Myös palliatiivisessa hoidossa käytettävät lääkkeet, kuten opioidit, voivat olla kutinan aiheuttajia. (Vainio & Hietanen 2004, 131.)

Hikoilu voi olla saattohoitopotilaalle kiusallinen vaiva. Hikoilu voi aiheuttaa myös muita iho-ongelmia, kuten kutinaa ja se voi edesauttaa painehaavaumien syntyä. (Vainio & Hietanen 2004, 131.) Runsaaseen hikoiluun voidaan käyttää erityisluvalla talidomia (Hänninen 2003, 196).

Yleisimmin turvotusta esiintyy raajoissa tai lähellä raajaa olevissa vartalon osissa. Tulehdukset ja laskimotukkeumat liittyvät usein turvotukseen. Päämääränä kudosturvotuksen hoidossa on vähentää raajan nestemäärää ja turvotuksen aiheuttamaa epämu-kavuutta; myös komplikaatioiden ehkäisy on yksi päämääristä. Yleensä turvotus ei aiheuta kipua, mutta raajassa voi tuntua pingottuneelta ja raskaalta. Turvotusta voidaan vähentää liikehoidolla ja käyttämällä erilaisia sidoksia. Potilasta voidaan ohjata itse tarkkailemaan ja ennaltaehkäisemään turvotuksia. Nesteenoistolääkkeistä ei useinkaan ole apua turvotuksen hoidossa. (Hänninen 2003, 197–200.)

4.4 Psyykkiset oireet

Saattohoitopotilaat kärsivät usein psyykkisistä ongelmista, joita ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja delirium. Psyykkisillä ja fyysisillä oireilla on lähes aina

yhteys toisiinsa. Kivun lisääntyessä masentuneisuus ja ahdistuneisuus kasvavat, ja masennus taas laskee kipukynnystä ja saa kivun tuntumaan pahemmalta. (Hänninen 2003, 206.)

Masennus on sitä yleisempää, mitä pidemmälle sairaus on edennyt. Masennus on saattohoitopotilaalla vaikea ongelma, koska se usein pahentaa muita oireita. Sulkeutuminen, vetäytyminen kontakteista ja masennuksen ilmaiseminen kysyttäessä voivat olla merkinä saattohoitopotilaan masennuksesta. On hyvä tietää, että potilaan halu kuolla ei välttämättä ole merkki masennuksesta. Se voi olla vakavasti sairaan perusteltu toive vaikeassa tilanteessa, jonka potilas toivoo päättyvän. (Hänninen 2003, 208–209.)

Tuen antaminen, ongelmanratkaisu, rentoutus ja mielialalääkitys ovat osana masentuneen saattohoitopotilaan hoitoa. Hoidon oleellisena osana voidaan pitää hoitosuhteen jatkuvuutta. Masennuslääkkeiden aloittaminen on hyödytöntä, jos odotettua elinaikaa on jäljellä enää 2 - 3 viikkoa, koska lääkkeen vaikutuksen alkaminen alkaa todennäköisesti vasta kuolemaa edeltävinä päivinä. (Hänninen 2003, 209–210.)

Ahdistuneisuus voi ilmetä potilaalla pelkona, voimavarojen ehtymisenä tai pahimmillaan täydellisenä toimintakyvyttömyytenä. Ahdistuneisuus voi aiheuttaa sydämentykytystä, hengenahdistusta, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta ja unettomuutta. Ahdistusta saattohoidossa aiheuttavat kuoleman ja oireiden pelko. Ahdistuneisuutta hoidetaan bentsodiatsepiineilla sekä neurolepteilla. (Hänninen 2003, 212–213.)

Deliriumin syynä ovat yleisimmin lääkkeet, hypoksia eli hapenpuute, metaboliset häiriöt, keskushermoston sairaudet tai infektiot. Deliriumissa havaitsemiskyky, ajattelu ja muisti ovat heikentyneitä. 70–90 prosentilla saattohoitopotilaista on jonkinasteista sekavuutta. Saattohoitopotilaalle ilmenee sekavuutta keskimäärin 2 - 3 viikkoa ennen kuolemaa. (Hänninen 2003, 216.)

Deliriumin hoidossa on tärkeää lääkityksen tarkastaminen ja sellaisten lääkkeiden käytöstä poistamiset, jotka mahdollisesti aiheuttavat sekavuutta. Haloperidolia käytetään yleisesti deliriumin hoidossa. Tuttu hoitoympäristö ja hoitohenkilökunta rauhoittavat potilasta. (Hänninen 2003, 218.)

4.5 Väsymys ja unettomuus

Yleiskunnan heikentyessä lisääntyy myös väsymys ja uneliaisuus. Syöpäpotilaista 60–90 prosenttia kokee yleistä heikkouden tunnetta ja lihasten nopeaa väsymistä. Väsymystä saattohoitopotilaille voivat aiheuttaa myös lääkitys sekä ravitsemustilan heikkenemisestä johtuva energianpuute. (Hägg ym. 2007, 166.) Saattohoitopotilaalle pitäisi antaa mahdollisuus nukkua, silloin kun hän haluaa. Unettomuuteen voivat vaikuttaa mm. pelko siitä, että kuolee nukkuessaan, ja ajatus ajan hukkaan menemisestä nukkuessa. Kipu, pahoinvointi, hengenahdistus ja yskä voivat tehdä nukkumisen mahdottomaksi. (Hänninen 2003, 214–215.)

Unettomuuden hoidossa tulee ottaa huomioon, että ongelmaan voi olla monta syytä, ja ratkaisu pitäisi tehdä ongelman syntymekanismien perusteella. Unettomuutta voidaan hoitaa lääkkeettömästi mm. säätelemällä unirytmää, hoitamalla muut oireet sekä rentoutusharjoitusten avulla. Mikäli saattohoitopotilaalla on tarvetta unilääkkeille, aloitetaan ensin nukahtamislääkkeillä. Saattohoitopotilaan unilääkkeenä voidaan käyttää lyhyt- tai keskipitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja. (Hänninen 2003, 215.)

5 LÄÄKKELLINEN KIVUNHOITO

Kivun vähentämistä pidetään saattohoidossa hoidon kulmakivenä. (Sand 2003, 167). Kivunhoidossa tulee ottaa huomioon, että sen toteuttaminen saattohoidossa olisi potilaalle helppoa ja yksinkertaista. Kivunhoidossa pitäisi pyrkiä enemmänkin ennaltaehkäisyyn kuin kipuun reagointiin. WHO:n ohjeistuksessa kivun lääkehoito aloitetaan ensin tulehduskipulääkkeistä ja siirrytään asteittain vahvoihin opioideihin. WHO julkaisi vuonna 1986 kivunhoidon yleiset periaatteet, joita ovat seuraavat: lääkehoito tulisi toteuttaa ensisijaisesti suun kautta, potilaan saaman lääkityksen tulee olla säännöllistä, alettaessa miettimään potilaan kipulääkitystä tulee varautua silloin myös läpi-lyöntikipuihin sekä lääkityksen toteuttamisen tulee olla portaittaista. (Hänninen 2003, 88–89)

Saattohoitopotilaan lievään kipuun voidaan käyttää ibuprofeenia, tai jos sen käytölle on vasta-aiheita, voidaan tarvittaessa käyttää parasetamolia (Hamunen ym. 2009, 3415). WHO:n ohjeiden mukaan kun tulehduskipulääkkeiden teho jää riittämättömäk-

si, aloitetaan rinnalla heikko tai keskivahva opioidi (Hänninen 2003, 94). Paneutumalla heti alussa yksilöllisesti potilaan tilanteeseen luodaan edellytykset luottamussuhteen syntymiselle ja hyvälle kivunhoidolle. Jatkossa tulee potilaan vointia ja kivunlievitystä arvioida säännöllisesti ja säätää kipulääkitystä tarpeen mukaan. (Hamunen ym. 2009, 3420.) Erittäin harvoin kuoleva potilas haluaa kieltäytyä kaikista kipulääkkeistä, mutta jos se on todella kuolevan potilaan tahto, on sitä päätöstä kunnioitettava. (Sailo & Varti 2000, 166.)

Potilaan ollessa kykenemätön ottamaan lääkkeitä suun kautta, tulee ihonalainen lääkkeiden annostelu ensisijaiseksi. Nielemisvaikeudet, pahoinvointi ja oksentelu voivat olla syitä ihonalaiseen infuusioon eli kipupumppuun siirtymiselle. Ihonalainen infuusio on käyttökelpoinen, koska samaa reittiä pitkin voidaan annostella myös muut käytössä olevat lääkkeet. (Hänninen 2003, 113–114.) Tutkimustiedon mukaan ihonalaisella morfiini-infusiolla voidaan saada yhtä hyvä kivunlievitys kuin spinaalisella eli selkäyttimeen menevällä infusiolla. Ihonalaisen infuusion toteutus on yksinkertaisempaa, joten sitä tulisi kokeilla ennen selkäyttimeen menevän infuusion aloittamista. (Kalso ym. 2009, 498.)

Selkäyttimeen menevällä lääkitykselle on harvoin tarvetta saattohoitopotilaan kivunlievityksessä. Spinaalinen puudute voi heikentää tai kadottaa jopa kokonaan saattohoitopotilaan ennestään huonoa liikuntakykyä. Potilaan elämänlaadun kannalta on hyödytöntä poistaa liikekipu mutta aiheuttaa samalla liikuntakyvyttömyys. (Hänninen 2003, 114–115.)

5.1 Tulehduskipulääkkeet

Tulehduskipulääkkeet vaikuttavat kudoksen kipuhermopäätteisiin. Niitä voidaan käyttää lieviin ja keskivaikeisiin kiputiloihin sekä alentamaan kuumetta. (Vainio 2003, 67.) Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita tilanteissa joihin liittyy kudonsvauriota sekä erilaisten vammojen, leikkausten, syövästä aiheutuvien kipujen, nivelreuman ja nivelrikon, migreenin ja kuukautiskipujen hoidossa. (Kalso ym. 2009, 183.) Tulehduskipulääkkeiden vaikutus alkaa yleensä noin 30–60 minuutin kuluessa ja kestää vaikutusaineesta riippuen kuudesta tunnista jopa vuorokauteen (Sailo & Varti 2000, 204). Oikein käytettyinä tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita kivun- ja tulehduksen lievittäjiä,

mutta niillä on myös vakavia haittavaikutuksia (Kalso ym. 2009, 181). Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutuksina voi ilmetä ruansulatuskanavan ärsytystä, yliherkkyysreaktioita, verenvuototaipumusta sekä munuaisten toimintahäiriöitä (Vainio 2003, 67).

5.2 Opioidit

Opioidien tehtävänä on estää kivunvälittymistä aivoissa, selkäytimessä sekä ääreishermostossa (Kalso ym. 2009, 192). Opioidien haittavaikutuksia ovat mm. väsymys, pahoinvointi ja oksentelu, mutta nämä oireet häviävät yleensä muutaman päivän jälkeen lääkkeen aloittamisesta. Ummetusta tulee lähes kaikille opioidien käyttäjille, ja sitä voidaan helpottaa ulostuslääkkeillä. Suuret opioidiannokset voivat aiheuttaa sekavuutta, hikoilua, kutinaa, lihasnykäyksiä sekä mielialan muutoksia. Pelätyin opioidien haittavaikutus on hengityslama, joks johtuu liian suuresta annostuksesta. (Vainio 2003, 70–77.) Potilaan hoidon ollessa pitkäaikaista pyritään opioidit annostelemaan suun kautta (Kalso ym. 2009, 197).

Heikkoja tai keskivahvoja opioideja ovat tramadoli, kodeiini, buprenorfiini sekä dekstropropoksifeeni. Vaikutukseltaan vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, fentanylili ja metadoni. (Vainio 2003, 69.)

Pitkäaikaisen kivun hoitoon on voitu käyttää fentanyyliä ihon läpi tapahtuvan annostelumuodon tultua mahdolliseksi. Fentanyylilaastarilla saadaan aikaan kipua lievittävä vaikutus noin 12 tunnin kuluessa ensimmäisen laastarin asettamisesta. Kipulaastarin lääkepitoisuus hoitotasolla säilyy 72 tuntia, jonka jälkeen se vaihdetaan uuteen laastariin. (Kalso ym. 2009, 203.) Se on käyttökelpoinen sellaisille potilaille, joiden kipu pysyy suhteellisen vakiona jatkuvasti. Fentanyylilaastaria ei suositella saattohoidon loppuvaiheessa, koska kivut saattavat vaihdella nopeasti ja potilaiden ihonalaiskudos on vähäistä. Hikoilu ja levoton liikehdintä voivat olla esteinä kipulaastarin käytölle. (Hänninen 2003, 96.)

Morfiini annetaan suun kautta. Potilaille, jotka eivät pysty maha-suolikanavan komplikaatioiden tai vaikeiden sivuvaikutusten takia ottamaan morfiinia suun kautta, on hoitomuodoksi vakiintunut fentanyylilaastari tai ihonalainen jatkuva infuusio. Morfiinin käyttö alkuvaiheessa saattaa aiheuttaa uneliaisuutta, huimausta sekä huumattuna

olemisen tunnetta, mutta nämä oireet häviävät yleensä muutaman päivän kuluessa. Pahoinvointia esiintyy noin kolmasosalla potilaista, ja sitä voidaan hoitaa pahoinvointilääkkeillä. Ummetus on yleinen pitkäaikaisen morfiinin käytön haittavaikutus, jota voidaan ehkäistä laksatiivin käytöllä. (Kalso ym. 2009, 492–493.)

Oksikodonia on saatavilla injektiovalmisteena, lyhyt- ja pitkävaikutteisina tabletteina tai kapseleina. Oksikodoni muistuttaa kipua lievittävältä teholtaan sekä haittavaikutuksiltaan läheisesti morfiinia, mutta se aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita potilaalle. Oksikodonia kannattaa kokeilla potilaille, jotka eivät siedä morfiinin aiheuttamia sivuvaikutuksia. (Kalso ym. 2009, 493.)

Metadonin kipua lievittävä teho on morfiinin kaltainen. Metadonin käyttö syöpäkipujen hoidossa on vaikeampaa kuin morfiinin, koska sen puoliintumisaika on huomattavasti pidempi, jopa 50 tuntia, kun kipua lievittävä vaikutus on noin viisi tuntia. Metadonia toistuvasti annosteltaessa kerääntyy lääkeainetta elimistöön, ja se voi johtaa yliannostukseen. Välttääkseen tämän on metadonin käytön aloituksessa määriteltävä tarkasti sopiva lääkeannos. (Kalso ym. 2009, 493.) Säännöllistä opioidilääkitystä ei saa koskaan lopettaa yhtäkkiä vaan se tulee lopettaa asteittain (Kalso ym. 2009, 193).

5.3 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan vaivuttamista syvään uneen siten, ettei se kuitenkaan aiheuta hänen kuolemaansa. Sietämätön kipu, terminaalinen delirium, pitkälle edennyt syöpä, kuoleman läheisyys sekä potilaan ja hänen omaistensa suostumus toimenpiteeseen voivat olla kriteereinä sedaatiolle. (Hänninen 2001, 122–124.) Sedaatiolle on saattohoidossa tarvetta melko harvoin, mutta sitä tulisi käyttää, jos potilaan olo on sietämätön ennen kuolemaa. (Hänninen 2003, 229.) Sedaatiolla ei voida korvata potilaan saattohoitoa, vaan sitä voidaan pitää lähinnä ensiapuna hätätilanteessa. Nukuttamisen tarkoituksena on kärsimyksen lievitys, ei potilaan kuoleman jouduttaminen. (Hänninen 2001, 122–124.)

6 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Lääkkeetöntä kivunhoidon aloittamiseen on usein syynä, että potilaat ovat olleet pettyneitä virallisiin hoitoihin. Kun lääkkeelliset hoitomuodot eivät enää pysty parantamaan, turvaudutaan usein vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin. Vaihtoehtolääkintää on usein kutsuttu ”viimeiseksi oljenkorreksi”. Potilailla sekä hänen omaisillaan on usein halu kokeilla vielä jotain, mikä mahdollisesti parantaisi. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 303–304.) Suurinta ristiriitaa koululääketieteen ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen välillä aiheuttaa vaihtoehtoisen hoitomuotojen teho ja niiden vähäinen tutkiminen (Sailo & Vartti 2000, 242).

Fytoterapiassa potilaan kipuja hoidetaan eri muodoissa olevilla yrteillä: koko kasvina, teenä, hauteena, kylpynä, voiteena, tuoksuna sekä homeopaattisina annoksina. Hoidot perustuvat yrttien puhdistaviin, vahvistaviin ja rauhoittaviin vaikutuksiin. (Sailo & Vartti 2000, 242.)

Vanha hoitomuoto kiinalaisessa lääketieteessä on akupunktio, jolloin potilaaseen pistetään akupunktioneuloja. Akupunktiosta on hyötyä eniten mm. kroonisissa kiputiloissa, lihas- ja tukikudossairauksissa, eri nivelten kiputiloissa sekä selkävivussa. Akupunktio on turvallinen hoitomuoto, sillä se ei aiheuta juurikaan sivuvaikutuksia ja se sopii kaikenikäisille. Länsimaalaisessa lääketieteessä akupunktiota ei kuitenkaan suositella ihmiselle jolla on pahanlaatuinen kasvain. Vanhuksilta ja vakavasti sairailta akupunktio ei ole kiellettyä, mutta akupunktiopisteitä tulee valita heille normaalia vähemmän. (Sailo & Vartti 2000, 235–240.)

Kipua voidaan lievittää lääkkeettömästi esimerkiksi asentohoidon, kylmä- ja lämpöhoitojen, hieronnan, musiikin sekä rentoutuksen avulla (Heikkinen ym. 2004, 57). Lämpö vilkastuttaa kudosten verenkiertoa, aiheuttaa hiussuonten aukeamista, lihasten rentoutumista sekä lisää kudoksen aineenvaihduntaa. Lämpöhoitoja ei ole paljon tutkittu, mutta on todettu, että lämpöhoidolla voidaan lyhytkestoisesti vähentää kipuja. Hoitoalueella olevat ihottumat, tulehdukset, kudonsauriot sekä metalliset vierasesineet ovat vasta-aiheita lämpöhoidolle. (Kalso ym. 2009, 237–238.)

Kylmähoidossa kudoksen lämpötila laskee, mikä johtaa hermo-lihasjärjestelmän kautta lihasten rentoutumiseen. Kylmähoitoa toteutetaan tavallisimmin kylmäpakkauksina, -pyyhkeinä ja -hierontana. Kylmä on halpa, tehokas sekä varsin turvallinen hoitovaihtoehto. Sitä ei saa kuitenkaan käyttää tunnottomalla ihoalueella tai huonon verenkierron alueella. Kylmähoidon käyttöaika on 10–30 minuuttia. (Kalso ym. 2009, 238–239.)

Hierontaa käytetään tavallisimmin jännittyneiden ja kireiden kudosten pehmittämiseen. Tärkeimpiä syitä siihen ovat kuitenkin toisen ihmisen antama kosketus sekä hieronnan yhteydessä tapahtuva vuorovaikutus. Hierontatekniikoita on olemassa runsaasti; on esimerkiksi erilaisia sively- ja puristamistekniikoita. Hoitokohdan kudosten muutokset, kuten märkämpäiset sekä tulehtuneet talirauhaset, vaikeat ruusut sekä vaikeat suonikohjut ovat vasta-aiheita hieronnalle. (Kalso ym. 2009, 239–240.)

Rentoutusta käytetään usein muun kivunhoidon ohella. Sillä voidaan vaikuttaa ihmisen fysiologisiin stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen. Rentoutumisella voidaan tähdätä lihasjännityksen ja negatiivisten tunteiden vähentämiseen, nukahtamisen helpottamiseen sekä kivunhallinnan tunteen parantamiseen. Rentoutuminen voidaan saavuttaa esimerkiksi erilaisilla mielikuvilla ja hengitystekniikoilla. Mielikuvien avulla potilas voi oppia suuntaamaan pois kipua. (Kalso ym. 2009, 248.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Savonlinnan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 2 ja 3 tapahtuvan saattohoidon kivunlievityksen toteuttamista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Haluamme tutkimuksemme avulla selvittää kokonaisvaltaisen kivunhoidon toteutusta. Toivomme, että osastot voivat saamiemme tutkimustulosten avulla kehittää saattohoitopotilaan kivunlievitystä monipuolisempaan suuntaan niin, että saattohoitopotilaan kipu tulee huomioitua kokonaisvaltaisesti.

Tutkimuksen ongelmat tulisi tarkkaan harkita ja muotoilla selkeästi, ennen kuin ryhdytään varsinaiseen aineistonkeruuseen. Tutkimukseen tulisi löytää juoni tai johtoajatus.

Johtoaajatuksen mukaan voidaan määrittää tutkimuksen pääongelma. (Hirsjärvi ym. 2004, 116–117.)

Tutkimusongelmamme on seuraava: Millaisia kivunlievitysmenetelmiä Savonlinnan terveyskeskuksen vuodeosastojen 2 ja 3 henkilökunta käyttää saattohoidossa?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tutkimusmenetelmää valitessamme päädyimme tekemään kirjallisen kyselytutkimuksen. Maaliskuussa 2010 veimme Savonlinnan terveyskeskuksen vuodeosastoille 2 ja 3 kyselylomakkeet. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen haimme kyselylomakkeet takaisin.

Kyselylomakkeemme sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä päädyimme käyttämään, koska halusimme saada monipuolisia vastauksia kohderyhmältämme. Tutkimusta suunniteltaessa on hyvä pohtia, milloin tutkimuksen kohdehenkilöiden on syytä saada toimia vapaasti, milloin taas on syytä käyttää strukturoidumpaa aineistonkeruutapaa. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden vastata kysymykseen vapaammin. (Hirsjärvi ym. 2004, 183–190.) Ihmiset asettavat kysymyksiä ja tulkitsevat asioita valitsemastaan näkökulmasta. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa pidetään todellisen elämän kuvaamista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 151–152.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä johtopäätösten tekeminen aiemmista tutkimuksista ja aineiston keruun suunnitelmat. Suunniteltaessa aineiston keruuta on syytä huomioida, että havaintoaineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen. (Hirsjärvi ym. 2004, 131.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Saatuamme kyselylomakkeet vastaajilta kävimme ne ensin läpi silmämääräisesti. Sen jälkeen laskimme vastausprosentit ja frekvenssit strukturoituihin kysymyksiin. Tämän jälkeen suoritimme laadullisen aineiston litteroinnin. Laadullinen aineisto on syytä kirjoittaa puhtaaksi sanasta sanaan

(Hirsjärvi ym. 2004, 211). Kirjoitettuumme vastaukset puhtaaksi luokittelimme sen jälkeen aineiston. Luokittelun rungoksi valitsimme työn teoreettisessa osuudessa esille tulleet kivun ulottuvuudet fyysisen, henkisen, hengellisen ja sosiaalisen kivun. Molemmat meistä luokitteli ensin vastaukset itsenäisesti, jonka jälkeen vertailimme yhdessä luokituksiamme. Luokittelun avulla pystyimme helpommin havainnoimaan samantapaisia ilmauksia, joita yhdistimme analyysia tehdessämme. Pyrimme huomioimaan kaikki vastaukset, mutta muutamassa kohdassa ei ollut vastattu aiheeseen, joten jätimme ne pois kootessamme analyysiamme. Muutamassa kohdassa olimme luokittelleet vastauksen sekä henkiseksi, että fyysiseksi, mutta loppujen lopuksi analyysin kannalta sillä ei ollut merkitystä, kumpaan luokkaan ne kuuluivat. Aineiston analyysitapa valittaessa on syytä valita tapa, joka parhaiten tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. (Hirsjärvi ym. 2004, 212.)

9 TULOKSET

9.1 Vastaajien taustatiedot

Veimme osastoille yhteensä 50 kyselylomaketta. Osastoilta palautui yhteensä 19 kyselylomaketta. Yksi kyselylomake oli kahden hoitajan yhdessä täyttämä. Vastausprosentti on 38. Kyselyymme vastasi 5 sairaanhoitajaa, 9 perushoitajaa, 4 lähihoitajaa, 1 apuhoitaja sekä 1 sairaanhoitajaopiskelija. Työkokemusta vastaajilla oli 1–39 vuotta. Koulutusta saattohoitoon oli saanut 14 hoitajaa, ja 6:lla ei ollut lisäkoulutusta saattohoitoon. Vastaajista 11 koki omaavansa riittävät taidot kivunhoidon toteuttamiseen saattohoidossa. 5 vastaajaa koki, etteivät heidän taitonsa riitä kivunhoidon toteutukseen sekä vastaajista 4 ei osannut sanoa. Saattohoitokoulutusta vastaajat olivat saaneet mm. koulussa, työpaikalla, luennoilla ja täydennyskoulutuksissa.

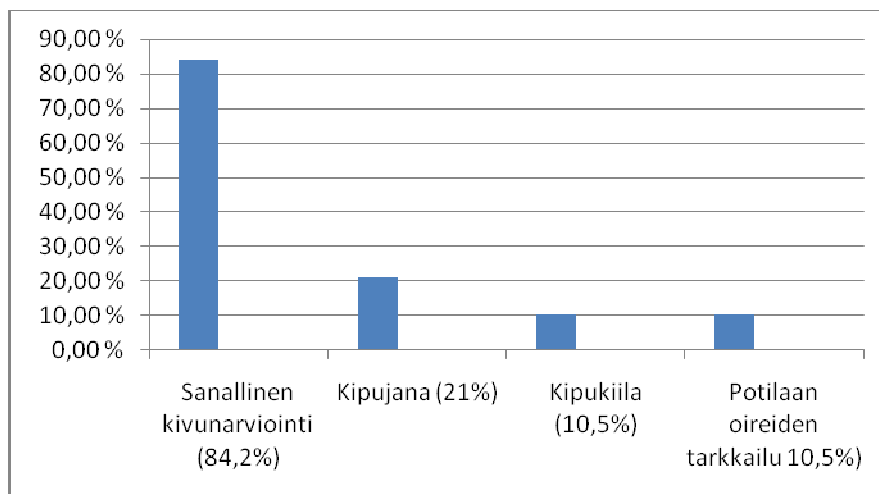
9.2 Kivun määritelmä vastaajien mukaan

Hoitajat kuvasivat kivun olevan sairaudesta tai vammasta aiheutuvaa särkyä, pahaa oloa ja tuskaa, jotka heikentävät toimintakykyä fyysisesti ja henkisesti. Kipu vaikeuttaa keskittymistä ja haittaa päivittäisiä toimintoja. Kipu on potilaan elämänlaatua heikentävä tekijä niin fyysisesti, kuin sosiaalisestikin. Kanssaihmiset ja heidän mielipiteensä saattavat pelottaa, mikä voi vaikuttaa ihmissuhteisiin. Kyselylomakkeissa mai-

nittiin muutamaan otteeseen, että jokainen kokee kivun henkilökohtaisesti, ja se on kokijalleen aina todellinen. Kivun aiheuttamaa ahdistusta voi olla hyvin vaikea määrittää. Kivun kuvailtiin olevan tunne, joka aiheuttaa pahaa oloa, ahdistusta ja masennusta. Kipu voi olla osittain henkistä hätää, turvattomuutta sekä joskus myös huomion hakemista.

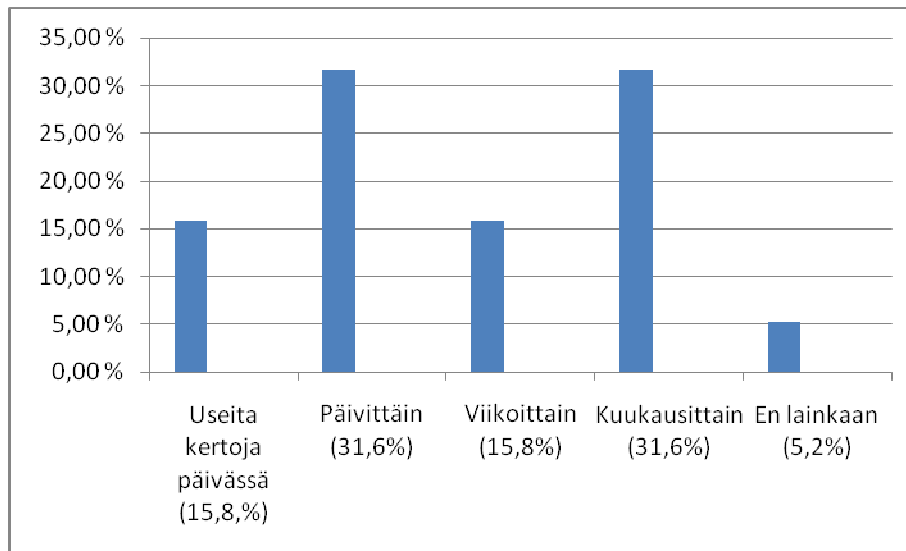
9.3 Kivun arviointi ja sen haasteet

Vastaajista 21 prosenttia käytti työssään kipujanaa kivunmittauksen apuvälineenä. Kipukiila oli käytössä 10,5 prosentilla vastaajista. Sanallinen kivunarviointi oli kivunarviointimenetelmistä käytetyin, sitä käytti 84,2 prosenttia vastaajista. Kysyttäessä muita kivunarviointimenetelmiä kävi ilmi, että 10,5 prosenttia hoitajista selvitti potilaan kipua tarkkailemalla potilaan tuntemuksia ja oireita.



KUVIO 1 Vastaajien käyttämät kivun arviointimenetelmät

Kun hoitajilta kysyttiin, kuinka usein he käyttävät edellä mainittuja kivunmittausmenetelmiä työssään, 15,8 prosenttia vastaajista kertoo käyttävänsä kivunmittausmenetelmiä useita kertoja päivässä, 31,6 prosenttia päivittäin, 15,8 prosenttia viikoittain, 31,6 prosenttia kuukausittain sekä 5,2 prosenttia ei käyttänyt lainkaan.



KUVIO 2 Kuinka usein vastaajat käyttävät kivunarviointia

Suurin osa vastaajista kokee saattohoitopotilaan kivunmittauksen haastavaksi. Potilaan kipua on vaikea määritellä, jos potilas ei pysty sitä itse sanoin kuvailemaan kipuaan ja on eleetön. Jokainen kokee kivun hyvin eri tavalla. Kaikki eivät välttämättä edes kerro, jos ovat kivuliaita. Vastauksissa ilmeni, että aina ei tiedetä, mihin potilasta koskee, eikä olla varmoja, auttaako lääke varmasti. Koska potilaat ovat usein iäkkäitä, he eivät välttämättä ymmärrä mittausmenetelmien asteikkoja. Luopuminen, ikävä ja kuolemanpelko voivat lisätä potilaan kiputuntemuksia. Vastaajista kaksi ei pidä saattohoitopotilaan kivunhoitoa haasteellisena, jos potilaan kipuihin on määrätty riittävä määrä lääkettä. Toinen vastaajista kertoo, ettei ole koskaan perehtynyt asiaan.

9.4 Fyysinen kipu

Kysyttäessä fyysisen kivun ilmenemisestä kävi ilmi, että levottomuus, kasvojen ilmeet, kipukohdan arkuus, tuskaisuus ja ääntely kertoivat, että potilas on kivulias. Fyysinen kipu voi aiheuttaa potilaalle pahoinvointia ja oksentelua. Kivun aiheuttamiksi fysiologisiksi muutoksiksi mainittiin muun muassa verenpaineen ja pulssin kohoaminen. Hiki, kalpeus, tuskaisuus ja krampit ilmensivät potilaan kipua. Myös potilaan itku ja aggressiivisuus mainittiin merkinä potilaan kokemasta kivusta. Joskus fyysistä kipua voi olla vaikea paikantaa tarkasti. Potilas ei välttämättä aina tiedosta itse kipuaan tai saattaa jopa kieltää kivun olemassa olon.

”Ehkä psyykkinen pahaolo voi aiheuttaa joskus tunteuksia, jotka sitten koetaan jopa fyysisenä kipuna.”

Kysyimme, ilmeneekö hoitajien mielestä jokin muu oire kipuna. Vastauksissa selvisi, että muun muassa psyykkinen paha olo voi aiheuttaa tunteuksia, jotka koetaan fyysisenä kipuna. Potilas voi kokea kuoleman pelottavana asiana, mikä voi aiheuttaa kipua. Yksinäisyys ja läheisten kaipuu voivat lisätä kipukokemusta. Huolet, murheet, sydänsurut, avioero ja läheisten kuolema voivat vaikuttaa mielialaan negatiivisesti.

9.5 Sosiaalinen kipu

Hoitajat kuvailivat potilaan sosiaalista kipua yksinäisyytenä, kyvyttömyytenä kommunikoida sekä ulkopuolisuuden tunteena sairauden takia. Sosiaalinen kipu on omaisista ja ystävistä luopumisesta, joka voi ilmetä muun muassa huolena omaisten pärjäämisestä. Koti-ikävä ja läheisyyden kaipuu voivat aiheuttaa sosiaalista kipua. Saattohoitopotilas saattaisi haluta läsnäolijaa vierelle mutta ei välttämättä pysty ilmaisemaan sitä. Kivun jatkuessa pitkään voi potilaalle tulla tunne, että kipu hallitsee hänen elämäänsä ja hän voi alkaa pelätä tulevaa. Potilas voi eristäytyä sairautensa vuoksi. Hän kaipaa sosiaalisia suhteita, mutta ei kehtaa tai halua olla vaivaksi. Potilaalla voi olla sosiaalisia pelkotiloja, jolloin hän ei esimerkiksi uskalla tulla muiden potilaiden seuraan. Potilas saattaa pelätä, mitä muut ajattelevat hänestä ja hänen sairaudestaan. Vastauksista ilmeni, että potilaan luona läsnä oleminen on ensisijainen keino lievittää sosiaalista kipua.

Potilaan kuunteleminen sekä hänen kanssaan keskusteleminen on tärkeää. Potilasta voidaan koskettaa esimerkiksi kädestä kiinni pitämällä, jos hän sen sallii. Hoitaja voi auttaa ottamaan yhteyttä läheisiin pyytämällä esimerkiksi heitä tulemaan katsomaan potilasta. Läheisiä voidaan tukea olemaan potilaan lähellä vuorokauden ajasta riippumatta, ja läheiset voivat halutessaan osallistua hoitotyöhön olemalla esimerkiksi mukana ruokailuissa. Vastauksissa mainittiin myös sosiaalisen kivun lievityskeinoiksi radio, televisio ja tarvittava lääkitys.

”En vie enkä pakota toisten potilaiden seuraan, jos potilas ei itse tahdo. Kunnioitan potilaan itsemääräämisoikeutta. Korostan potilaan parhaita puolia esim. luonnetta, ulkonäköä.”

”Kysymällä vaikka haluaisiko potilas soittaa/pyytää käymään läheisiään tai ystäviään, keskustella miten potilas olisi yhteydessä omiin ystäviin/perheeseen.”

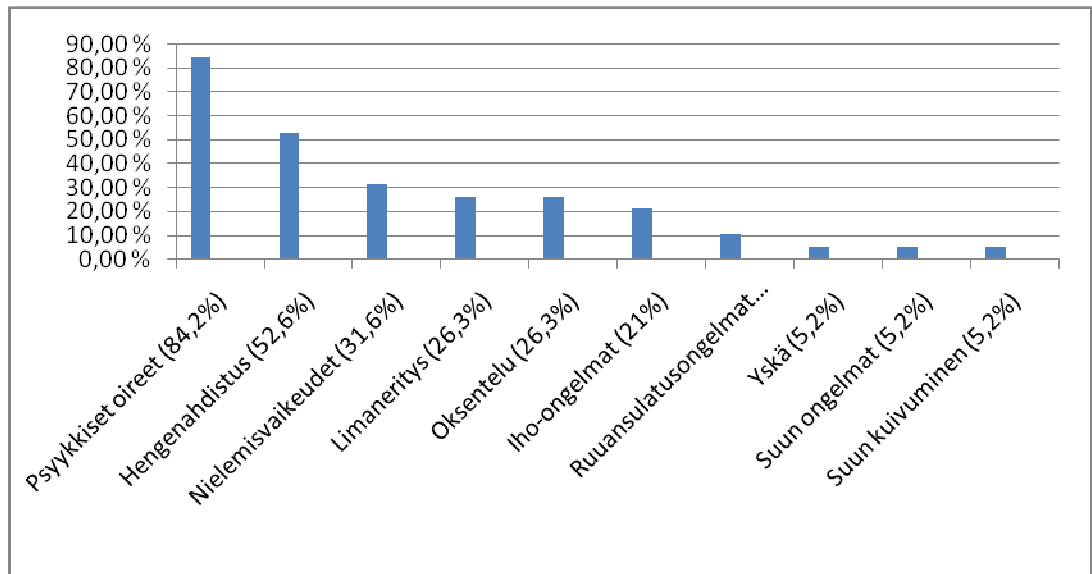
9.6 Henkinen kipu

Henkinen kipu ilmenee monella tapaa. Ahdistuneisuus, pelokkuus, levottomuus, masentuneisuus ja itkuisuus ovat muun muassa merkkejä henkisestä kivusta. Mieliala voi vaihtua nopeasti ilosta suruun, ahdistuksesta hyväntuulisuuteen, itkusta nauruun ja vihasta tyytyväisyyteen. Potilaan persoonallisuus voi muuttua osittain tai kokonaan, ja potilaasta saattaa tulla aggressiivinen. Potilas saattaa kyseenalaistaa oman uskonsa ja syyttää Jumalaa sairaudestaan ja siitä ettei parane. Potilaalle saattaa tulla itsetuhoisia ajatuksia ja tunteita. Aroista asioista voi olla helpompi keskustella hoitajan kuin omaisten kanssa. Potilas voi tarrautua hoitajiin tai omaisiin henkisesti. Henkisellä tarrautumisella tarkoitetaan tässä tapauksessa sitä, että potilas kuormittaa omaisia ja hoitohenkilökuntaa henkisesti.

Vastausten perusteella läsnäolo on tärkeää henkisen kivun hoidossa. Hoitajan tulee olla aidosti läsnä potilaan luona ja antaa hänelle aikaa. Turvallisuutta voidaan luoda esimerkiksi lupaamalla tulla heti potilaan luokse, kun hän pyytää. Huomioimalla potilaan uskonnollisuus voidaan potilaan niin halutessa kutsua pappi tai joku muu seurakunnan työntekijä keskustelemaan hänen kanssaan. Hoitaja voi helpottaa henkistä kipua rukoilemalla, laulaen hengellisiä lauluja tai lukemalla raamattua. Omaisten läsnäolo on potilaalle tärkeää. Tarvittaessa voidaan konsultoida psykologia tai psykiatria. Potilaan huomion voi yrittää viedä pois kivusta keksimällä hänelle erilaisia virikkeitä, joita voivat esimerkiksi olla TV:n katselu, lehtien lukeminen, musiikin kuuntelu tai mieliruoka/juoma. Vastauksissa ilmeni, että masennuslääkkeistä voi olla hyötyä henkisen kivun hoidossa.

9.7 Saattohoitopotilaan muiden oireiden lievittäminen

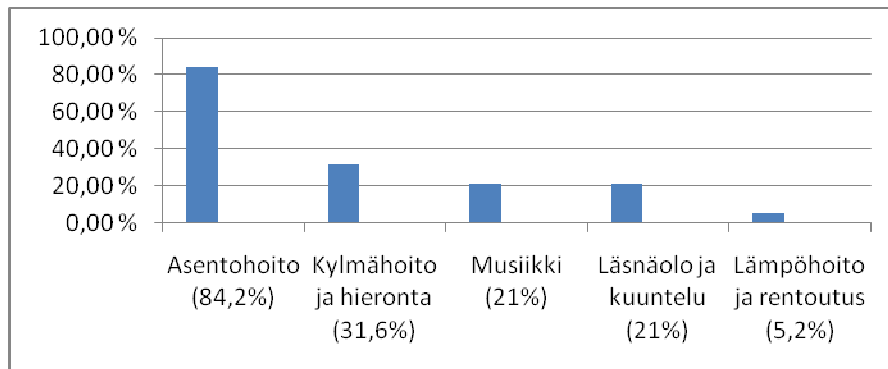
84,2 prosenttia hoitajista koki saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden lievittämisen haastavimmaksi. Seuraavaksi vaikeimpia oireita lievittää olivat hengenahdistus (52,6 %), nielemisvaikeudet (31,6 %), limaneritys (26,3 %), oksentelu (26,3 %), iho-ongelmat (21 %), ruoansulatusongelmat (10,5 %), yskä (5,2 %), suun ongelmat (5,2 %) ja suun kuivuminen (5,2 %).



KUVIO 3 Vastaajien mielestä vaikeimmat saattohoitopotilaan oireet hoitaa

Yleisimpinä kipulääkkeiden antotapoina osastoilla vastaajat pitivät kipulaastaria (89,4 %), lääkkeitä suun kautta annettuna (73,7 %), lihaksensisäisesti (57,9 %), peräsuoleen annosteltuna (57,9 %), ihonalaisesti (42,1 %) ja laskimonsisäisesti (5,2 %).

Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä asentohoito oli käytetyin 84,2 prosenttia vastaajista kertoi käyttävänsä sitä. Hoitajista 31,6 prosenttia käytti työssään kivunlievittämiseen kylmähoitoa ja hierontaa, sekä musiikkia 21 prosenttia vastaajista. Vastaajista 21 prosenttia kertoi käyttävänsä lääkkeettömänä kivunlievitysmenetelmänä läsnäoloa ja potilaan kuuntelemista. 5,2 prosenttia vastaajista käytti kivunlievittämiseen lämpöhoitoa sekä rentoutusta. Jotain edellä mainituista lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä työssään käytti useita kertoja päivässä 36,8 prosenttia hoitajista, 31,6 prosenttia käytti päivittäin, 15,8 prosenttia viikoittain ja kuukausittain 10,5 prosenttia vastaajista.



KUVIO 4 Yleisimmät lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

9.8 Kivunhoidon merkitys

Lääkkeellinen kivunhoito on ensisijainen kivunlievitysmenetelmä saattohoitopotilaan hoidossa, koska lähes kaikki vastaajat pitivät sitä tärkeimpänä. Nykyään on saatavilla helposti annettavia ja tehokkaita kipulääkkeitä. Osa hoitajista muistaa vielä ajan, kun kipulääkettä ei saanut antaa niin usein, kun olisi ollut tarvetta. Hyvä kipulääkitys yhdistettynä muihin hoitoihin, kuten asentohoito on, lievittää tehokkaasti kipua. Omaisille on usein tärkeää potilaan kivuttomuus. Ellei kipua hoideta, se syö potilaan jäljellä olevat voimavarat. Kipulääkkeiden antaminen rauhoittaa potilasta loppuajasta. Vastauksista kävi myös ilmi, että ennen kipulääkkeen antamista voidaan kokeilla muita kipua lievittäviä keinoja kuten, keskustelua, läsnäoloa ja kuuntelemista. Näillä keinoilla voidaan saada kipu unohtumaan hetkeksi. Liiallinen lääkitys voi turruttaa potilaan, siksi pitäisi kokeilla myös lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä.

”Koen joskus tunteen, että saako potilas varmasti tarpeeksi kipulääkettä.”

9.9 Tyytyväisyys osastoilla kivunlievityksen menetelmiin saattohoidossa

Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä osastoilla käytettäviin kivunhoidonmenetelmiin. Tyytyväisyyttä lisäsi osaava henkilökunta: hoitajat ovat saaneet koulutusta saattohoitoon, ja lääkäri ottaa herkästi kantaa kivunhoitoon ja määrää lääkettä. Erillinen saattohoituhuone koettiin hyväksi asiaksi, mutta toivottiin, että omaiset voisivat yöpyä siellä. Yhden vastaajan mielestä heidän osastonsa on kehittynyt ja kertoo sen olevan yksi parhaista. Kuitenkin osa vastaajista toivoi lisäkoulutusta saattohoidosta. Myös toiselle

osastolle toivottiin saattohoitohuonetta, jossa potilaat ja läheiset voisivat olla keskenään. Saattohoitohuoneen puuttuessa potilaan yksityisyys kärsii. Henkilökuntaa ei ole riittävästi vierihoitoon ja omaisten tueksi.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusaiheen valinta on sinänsä jo eettinen ratkaisu (Hirsjärvi ym. 2004, 26). Koska aiheemme saattohoito voi olla monille hyvinkin arkaluonteinen aihe, piti meidän tarkkaan miettiä aiheen käsittelyn näkökulmaa. Potilaiden haastattelu olisi vaatinut meiltä opinnäytetyön kirjoittajilta paljon enemmän resursseja, koska saattohoitopotilaat voivat olla hyvinkin huonokuntoisia. Tutkimukseen osallistuvien täytyy kyetä ymmärtämään heille annettava informaatio, henkilön täytyy myös olla pätevä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja osallistuakseen tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2004, 26–27.) Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu on selvitystä vaativa tehtävä. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin on erityisesti selvitettävä, kuinka henkilöiden suostumus tutkimukseen hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja mitkä ovat tutkimukseen osallistumisen riskit. (Hirsjärvi ym. 2004, 26.) Päädyimme tekemään kyselyt hoitajille.

Saimme tutkimusluvan Sosterin ylihoitajalta maaliskuussa 2010. Aineiston keruussa on otettava huomioon mm. anonyymiuden takaaminen, luottamuksellisuus ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 27.) Kyselylomakkeille oli varattu omat suljettavat kirjekuoret, joihin lomakkeet täyttämisen jälkeen laitettiin. Kummallakin osastolla oli ennalta sovitut paikat, johon vastauskuoret palautettiin. Kun kyselyihin oli vastattu, haimme suljetut kuoret osastoilta. Olemme huolehtineet lomakkeiden asiallisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä.

Kirjoittajan tulee pyrkiä tekstissään helppolukuisuuteen, mikä lisää tekstin luottavuutta. Luotettavuuden perusta kirjoitetussa tekstissä on jäsentelyn johdonmukaisuus; kukin tekstin osa palvelee kokonaisuutta. Otsikointi on osa luotettavaa ja jännevästi etenevää tekstiä. Tekstin jäsentämisen loogisuus näkyy myös kappalejaossa: kappaleet eivät ole irrallisia virkkeitä vaan osa kokonaisuutta. Jokaisella kappaleella on oma paikkansa tekstissä. (Hirsjärvi ym. 2004, 263.) Opinnäytetyömme olemme pyrkineet otsikoimaan niin, että lukeminen on mielekästä. Olemme vältäneet mahdollisuuksien

mukaan vierasperäisten sanojen käyttöä, jos niitä on jouduttu käyttämään, olemme suomentaneet ne. Lisäksi pyrimme lisäämään luotettavuutta raportoimalla selkeästi ja totuudenmukaisesti.

11 POHDINTA

Tutkimuksella kartoitimme Savonlinnan terveyskeskuksen vuodeosastojen 2 ja 3 saattohoidon kivunlievitysmenetelmiä. Odotimme suurempaa vastaajamäärää, koska molemmat vuodeosastot olivat myöntyvissä tutkimuksemme toteuttamiselle ja toinen osastoista on erikoistunut saattohoitoon. Vastaajamäärän pieneksi jäämiseen voi olla monia syitä. Kyselymme sattui ajanjaksolle, jolloin osastoilla oli useita loma- ja sairastapauksia. Olisimme voineet saada enemmän vastauksia, jos meillä olisi ollut mahdollisuus olla paikan päällä informoimassa kyselystämme. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista oman ajankäytön ja kolmivuorotyötä tekevän hoitohenkilöstön vuoksi. Voi myös olla, että hoitajat eivät ole kokeneet kyselyä ajankohtaiseksi juuri sillä hetkellä. Toisella osastolla ei ole usein varsinaisia saattohoitopotilaita, joten sillä saattoi olla vaikutusta halukkuuteen vastata kyselymme. Kun syksyllä selvitimme vuodeosastojen halukkuutta osallistua tutkimukseemme, selvisi, että toisella osastolla oli ollut lähiaikoina saattohoitoaiheinen kysely, mikä saattoi vähentää hoitajien vastausintoa. Tutkimuksen analysointivaiheessa huomasimme, että kyselylomakkeemme oli raskas täyttää, koska se sisälsi monta avointa kysymystä. Kyselylomakkeessa oli myös pari vaikeasti tulkittavaa kysymystä, mitä emme olleet huomioineet kyselylomaketta laatiessamme. Myöskään esitetaululomakkeissa ei käynyt ilmi parin kysymyksen vaikeasti tulkittavuus. Jälkikäteen huomasimme, että emme olleet käsitelleet hengellistä kipua lainkaan kyselylomakkeessamme. Virheen vuoksi emme voineet vertailla ollenkaan hengellistä ja henkistä kipua, vaikka hengellinen kipu tuli esille vastauksista.

Vastauksien tulkintaa vaikeuttivat osittain täyttämättä jätetyt kyselylomakkeet ja muutamassa kohdassa epäselvä käsiala. Joihinkin kysymyksiin oli vastattu aiheen vierestä, mikä saattaa johtua siitä, ettei kysymystä ole ymmärretty oikein. Vastauksien tulkinta oli haasteellista, koska kyselylomakkeessa saattoi toistua samantyylliset vastaukset useassa kysymyksessä.

Olimme yllättyneitä siitä, että 84 prosenttia käytti sanallista kivunarviointia, mutta vain 10,5 prosenttia hoitajista arvioi potilaan kipua ilmeiden ja eleiden perusteella. Voidaan olettaa, että varsinkin huonokuntoisimmat saattohoitopotilaat eivät välttämättä pysty ilmaisemaan kipuaan sanallisesti.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että hoitajista vain 15,8 prosenttia käytti useita kertoja päivässä joko kipujanaa, kipukiilaa, sanallista kivunarviointia tai jotain muuta menetelmää. Mielestämme prosenttiluku ei ole oikeassa suhteessa, kun otetaan huomioon se, mitä saattohoitopotilaan kivunhoidolta edellytetään. Saattohoitopotilaan kipua tulisi arvioida useita kertoja päivässä, jotta voidaan turvata tehokas kivunlievitys.

Kipulääkkeiden antaminen ensisijaisena kivunlievitysmenetelmänä ei tullut yllätyksenä. Toisaalta olimme yllättyneitä kipulaastarin käytön yleisyydestä (käytössä lähes 90 prosentilla saattohoitopotilaista), mutta kuitenkin ymmärrämme kipulaastarin käytön hyvät puolet, kuten helppokäyttöisyyden ja pitkän vaikutusajan. Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä käytetyin oli asentohoito. Asentohoito on helppo toteuttaa ja se on muutenkin osa potilaan hyvää perushoitoa. Osa hoitajista kertoi käyttävänsä kivunlievityksenä kylmähoitoa sekä hierontaa. Olimme yllättyneitä, että vain viidennes vastaajista käyttää läsnäoloa ja potilaan kuuntelemista lääkkeettömänä kivunlievitysmenetelmänä. Toisaalta syynä voi olla, että kaikki hoitajat eivät pidä läsnäoloa ja kuuntelemista kivunlievitysmenetelmänä.

Mielestämme hoitajat ymmärtävät, mitä sosiaalinen kipu on ja tietävät miten sitä voidaan hoitaa, mutta mietimme onko heillä aikaa sosiaalisen kivun hoitamiseen, koska osastot ovat usein täynnä ja potilaat saattavat olla paljon hoitoa vaativia. Sosiaalisen kivun hoito saattaa jäädä omaisten vastuulle. Potilas varmasti kokee omaisten tuen tärkeäksi, mutta aina omaiset eivät välttämättä pysty olemaan paikalla, jolloin hoitajan tarjoama sosiaalinen tuki tulee tärkeäksi. Hoitajien ajanpuutteen takia sosiaalista kipua saatetaan joutua hoitamaan esimerkiksi television avulla, mitä ei varmastikaan pidetä yleisesti kovin hyvänä sosiaalisen kivun lievitysmenetelmänä.

Vaikka emme kysyneet kyselylomakkeessamme hengellisestä kivusta, silti henkisen kivun vastauksissa nousi esille myös hengellinen kipu. Emme voi varmasti sanoa, sekoittivatko hoitajat nämä käsitteet keskenään vai johtuivatko hengelliseen kipuun viit-

taavat vastaukset hengellisen kivun kysymysten puutteesta. Huomasimme, että sosiaalista ja henkistä kipua hoidetaan usein samoin hoitokeinoin. Läsnaololla hoidetaan sekä sosiaalista, että henkistä kipua. Vastauksista huomasimme kuitenkin, että sosiaalista kipua hoidetaan yleensä läsnäololla, henkiseen kipuun voidaan käyttää esimerkiksi psykologia ja hengellistä kipua hoidetaan käyttämällä pappia tai vaikka lukemalla raamattua.

Yleisesti hoitajat pitivät saattohoitopotilaan kivunmittausta haastavana. Osastoilla, joilla potilaat ovat useimmiten vanhoja ja huonokuntoisia, tulisi ottaa yleiseen käyttöön helppokäyttöiset kivunmittausmenetelmät, kuten sanallinen kivunarviointi ja kivun arvioiminen ilmeiden ja eleiden perusteella. Näin voisi olla mahdollista yhtenäistää kivunmittausta ja tehdä siitä jokaisen potilaan kohdalla useita kertoja päivässä toistuva hoidon osa.

Yleisesti osastoilla oltiin tyytyväisiä saattohoidon tasoon. Toisen osaston ongelmana pidettiin erillisen saattohoituhuoneen puuttumista. Molemmilla osastoilla ongelmaksi koettiin henkilökunnan riittämättömyys vierihoitoon, vähäisten resurssien vuoksi ongelmaan tuskin on luvassa ratkaisua lähiaikoina, mutta vapaaehtoisten työntekijöiden käyttöä voisi harkita; heistä voisi olla apua esimerkiksi sosiaalisen kivun hoidossa. Lisäkoulutusta toivottiin järjestettävän enemmän liittyen kaikkiin saattohoidon osa-alueisiin. Kaikille halukkaille hoitajille pitäisi pyrkiä järjestämään mahdollisuus lisäkoulutukseen, jotta saattohoidon laatu voitaisiin pitää korkeana.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla sosiaalisen, henkisen ja hengellisen kivun tutkiminen. Olisi mielenkiintoista tutkia enemmän hoitajien käsitystä muusta kuin fyysisestä kivusta. Myös omaisten kokemuksia saattohoitopotilaan sosiaalisen kivun hoidosta, ja heidän roolistaan kivunlievityksessä olisi mielenkiintoista selvittää. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla samasta aiheesta kuin opinnäytetyömme, mutta kaikki tutkimukseen osallistuvat hoitajat olisivat saaneet lisäkoulutusta saattohoitopotilaan kivunhoidosta, jolloin voisi verrata onko tapahtunut muutosta osastojen toiminnassa ja onko käsitys potilaan kokonaiskivun hoidosta muuttunut. Kolmantena jatkotutkimusaiheena voisi olla kivunhoidon toteutus saattohoitopotilaan näkökulmasta, jolloin voitaisiin selvittää muun muassa kokeeko potilas saavansa tarpeeksi kokonaisvaltaista kivunhoitoa.

LÄHTEET

Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Bjälle, Jan G. Haug, Egil, Sand, Olav, Sjaastad, Øystein V. & Toverud, Kari C. 2007. Ihminen Fysiologia ja Anatomia. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

ETENE: Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2004. Saattohoito. Vantaa: Kirjapaino Keili.

Grönlund, Elina, Anttonen, Mirja Sisko, Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (toim.) 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Sipoo: Silverprint Oy.

Hamunen, Katri, Heiskanen, Tarja & Idman, Irja 2009. Syöpä kivun hoidon kolme tasoa. Suomen lääkärilehti 41, 3415 - 3420)

Hannuksela, Matti, Karvonen, Jaakko, Reunala, Timo & Suhonen Raimo (toim.) 2003. Ihotaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkinen, Helena, Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Myllymäki, Hannele & Valtonen Katariina 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Holli, Kaija 2009. Jokaisella on oikeus hyvään palliativiseen hoitoon. Duodecim 7, 706.

- Hägg, Tina, Rantio, Merja, Suikki, Päivi, Vuori, Anne & Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hänninen, Juha 2006. Kuoleman kaari: sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Hämeenlinna: Painopaikka Karisto Oy.
- Hänninen, Juha 2008a. Onnistunut oirehoito on saattohoidon edellytys. Sairaanhoidtaja lehti 9, 32.
- Hänninen, Juha 2008b. Saattohoitopotilaan kärsimys. Suomen lääkärilehti 33, 2606.
- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001a. Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001b. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2009. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Joensuu, Heikki, Peter J. Roberts, Lyly, Teppo & Tenhunen, Mikko 2007. Syöpätaudit. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kahri, Kristiina (toim.) 2007. Suomen laki I. Helsinki: Talentum Lakimiesliiton kustannus.

Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) 2002. Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalso, Eija, Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Käypä hoito- suositukset. 2009. Kuolevan potilaan oireiden hoito. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063#s2>. Luettu 27.11.2009. Päivitetty 28.1.2009.

Lääkärin käsikirja - Hoitopäätökset elämän loppuvaiheessa - eettisiä näkökohtia. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=saattohoito. Luettu 28.10.2009. Ei päivitystietoa.

Mattila, Matti A.K. 2004. Kivun sanasto. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Pahlman, Irma 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku 2000. Terveystieteiden etiikka- arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammerpaino Oy.

Salanterä, Noora, Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo & Närhi, Matti. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Ukkola, Olavi 2005. Kakeksia. Duodecim 9, 985.

Vainio, Anneli 2003. Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.) 2004. Palliativinen hoito. Saarijärvi: Duodecim.



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Savonlinnan terveystieteiden osasto 3ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan laitoksenkoulutusohjelman opiskelijat Hanna Huttunen
ja Heli VoutilainenOpinnäytetyön aihe: Kivun hoidon menetelmät saattohoidossa

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Ruotsalainen Erja

Työelämäohjaaja: _____

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: kevät 2010

Muut sopimusehdot:

Opinnäytetyö valmistuu toukokuuhun 2010 mennessä.Savonlinna 9.11.2009

Aika ja paikka

Heli Voutilainen Hanna Huttunen

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

Pirkko Pöyhönen

Toimeksiantajan allekirjoitus



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Savonlinnan terveyskeskus vuodeosasto 2

ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan laitoksen
sairaanhoidotyön koulutusohjelman opiskelijat Hanna Huttunen
ja Heli Voutilainen

Opinnäytetyön aihe: Kivunhoidon menetelmät saattohoidossa

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Ruotsalainen Erja

Työelämäohjaaja: _____

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: kevät 2010

Muut sopimusehdot:

Opinnäytetyö valmistuu toukokuuhun 2010
mennessä.

9.11. 2009 Savonlinna

Aika ja paikka

Heli Voutilainen / Hanna Huttunen

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

S. S. S.

Toimeksiantajan allekirjoitus

LIITE 3 (1)
Kyselylomake

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan kampukselta. Teemme opinnäytetyötämme aiheesta kivunhoito saattohoidossa. Tarkoituksemme on kartoittaa Savonlinnan terveyskeskuksen vuodeosastojen 2 ja 3 kivunlievitysmenetelmiä saattohoidossa.

Kysely toteutetaan nimettömänä, ja kun olemme tulkinneet vastaukset, tuhoamme vastauslomakkeet asianmukaisesti. Palauta vastauslomake suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajan huoneeseen. Vastausaikaa sinulla on **31.3. 2010** asti.

Kiitos vastauksestasi!

Terveisin: Hanna ja Heli

Voit tarvittaessa ottaa yhteyttä sähköpostitse osoitteisiin: hanna.huttunen@mail.mamk.fi tai heli.voutilainen@mail.mamk.fi

I Taustatiedot

1. Koulutus _____
2. Työkokemus vuosina _____
3. Oletko saanut koulutusta saattohoitoon? Kyllä ____ En ____ Jos olet, niin missä? _____
4. Koetko omaavasi riittävät taidot kivunhoidon toteuttamiseen saattohoidossa? Kyllä ____ En ____ En osaa sanoa ____ Rastita vaihtoehto.

II Kipu

5. Mitä ajattelet kivun olevan?

6. Miten fyysinen kipu mielestäsi ilmenee?

LIITE 3 (3)
Kyselylomake

7. Ilmeneekö mielestäsi jokin muu oire kipuna, mikä ja miten?

8. Mitä on mielestäsi potilaan sosiaalinen kipu?

9. Kuinka lievität potilaan sosiaalista kipua?

10. Miten potilaan henkinen kipu mielestäsi ilmenee?

11. Kuinka hoidat potilaan henkistä kipua?

III Kivunmittaus

12. Mitä kivun mittausmenetelmiä käytät työssäsi? Rastita käyttämäsi menetelmät.

- a) Kipujanaa _____
- b) Kipukiilaa (VAS) _____
- c) Sanallista kivunarviointia _____
- d) Jotain muuta, mitä? _____

13. Kuinka usein käytät edellä mainittuja kivunmittausmenetelmiä työssäsi? Rastita sinulle sopivin vaihtoehto.

- a) useita kertoja päivässä _____
- b) päivittäin _____
- c) viikoittain _____
- d) kuukausittain _____
- e) en lainkaan _____

14. Koetko saattohoitopotilaan kivunmittauksen haastavaksi? Rastita ja perustele vastauksesi.

a) Kyllä, miksi? _____

b) En, miksi? _____

IV Kivunhoitomenetelmät

15. Minkä saattohoitopotilaan oireen lievityksen koet haastavimmaksi? Rastita vastauksesi. Voit valita halutessasi useamman vaihtoehdon.

- a) hengenahdistus
- b) yskä
- c) limaneritys
- d) ruoansulatusongelmat
- e) nielemisvaikeudet
- f) oksentelu
- g) suunongelmat

LIITE 3 (6)
Kyselylomake

- h) suun kuivuminen
- i) suunhaavaumat
- j) iho-ongelmat
- k) psyykkiset oireet

16. Pidätkö lääkkeellistä kivunhoitoa ensisijaisena menetelmänä kivunlievityksessä? Perustele vastauksesi.

a) Kyllä, miksi? _____

b) En, miksi? _____

17. Mitkä ovat saattohoitopotilaan yleisimmät kipulääkkeiden antotavat osastollanne?

- a) suun kautta _____
- b) ihonalainen _____
- c) lihaksensisäinen _____
- d) laskimonsisäinen _____
- f) peräsuoleen annosteltavat _____

LIITE 3 (7)
Kyselylomake

- g) kipulaastari _____
- h) kipupumppu _____

18. Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytät työssäsi? Rastita käyttämäsi hoitomuoto. Voit valita useamman vaihtoehdoista.

- a) asentohoitoa _____
- b) kylmähoitoa _____
- c) lämpöhoitoa _____
- d) hierontaa _____
- e) musiikkia _____
- f) rentoutusta _____
- g) jotain muuta, mitä? _____

19. Kuinka usein käytät lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä työssäsi? Rastita sinulle sopivin vaihtoehto.

- a) useita kertoja päivässä _____
- b) päivittäin _____
- c) viikoittain _____
- d) kuukausittain _____
- e) en lainkaan _____

20. Oletko tyytyväinen osastollanne käytettäviin kivunhoidon menetelmiin saattohoidossa? Rastita ja perustele vastauksesi

a) Kyllä, miksi? _____

b) En, miksi? _____

KIITOS KUN VASTASIT KYSELYYMMME!