



SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUN HOITO  
HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN NÄKÖKULMASTA  
- KATSAUS TUTKIMUSTIETOOON

Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
Kevät 2009

---

Linda Hublin  
Satu Hämäläinen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät			
Linda Hublin ja Satu Hämäläinen			
Työn nimi			
Saattohoitopotilaan kivun hoito hoitotyöntekijöiden näkökulmasta - katsaus tutkimustietoon			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetö		Kevät 2009	42+ 1 liite
TIIVISTELMÄ			
<p>Kuolevan hoitaminen ja siihen liittyvät kysymykset ovat hoitotyön etiikan keskeisimpiä kysymyksiä. Opinnäytetyömme tarkoitus oli kuvata saattohoitopotilaan hyvää kivun hoitoa estäviä ja edistäviä tekijöitä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta tutkimustiedon pohjalta ja tuoda esiin tutkittua tietoa mahdollisimman inhimillisestä ja kivuttomasta elämän loppuajasta.</p> <p>Sovelsimme opinnäytetyössämme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Valitsimme aineistoomme 20 tutkimusartikkelia, jotka olivat empiirisiä tutkimuksia. Analysoimme aineiston soveltaen induktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta estäviksi tekijöiksi nousivat vähäinen tietämys kivun hoidosta, omien tietojen väärinarviointi, liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä, ongelmat laadukkaaseen kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa, luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen, pelko saattohoitoa kohtaan, puutteelliset resurssit ja riittämätön moniammatillinen yhteistyö. Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta edistäviksi tekijöiksi nousivat monipuolinen ja riittävä koulutus, tietämys kivun hoidosta, suhtautuminen kivun hoitoon, hyvien kivun hoitokäytäntöjen noudattaminen, avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijöiden välillä ja pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon.</p> <p>Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa näyttäisi edistävän riittävä tietämys kivun hoidosta. Tämän aikaansaamiseksi tulisi järjestää aikaisempaa enemmän tarkoituksenmukaista koulutusta. Myös asennoituminen saattohoitopotilaan kivun hoitoon vaikuttaa merkittävästi kivun hoidon laatuun. Hoitajan ja potilaan välisen luottamuksellisen suhteen rakentaminen on oleellista hyvän kivun hoidon toteutumisen kannalta. Terveystieteiden organisaatioiden velvollisuus on tarjota hoitohenkilökunnalle riittävät resurssit laadukkaaseen saattohoidon toteuttamiseen.</p>			
Avainsanat			
saattohoito, kivunhoito, hoitotyö			

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Linda Hublin and Satu Hämäläinen			
Title			
Pain Management in Hospice Care from a Nursing Point of View - A Literature Review			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2009	42+ 1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>Caring for a dying patient is one of the key questions in nursing ethics. The objective of this study was to describe the preventing and promoting factors that influence the good pain management among hospice care patients based on researched knowledge and gather information about the good pain management at the end of life.</p> <p>As for methods, we applied a systematic literature review. We selected 20 research articles and analysed them with an inductive content analysis.</p> <p>The preventing factors that influenced the good pain management among hospice care patients from a nursing point of view were inadequate knowledge in pain management, misperceptions of one's knowledge in pain management, lack of adequate pain assesment in nursing, problems to acknowledge the importance of good pain management, a lack of confidential relationship between the patient and the nurse, fear of the hospice care, a lack of resources and inadequate cooperation between different professions. The promoting factors that influenced the good pain management among hospice care patients from a nursing point of view were versatile and adequate education, knowledge in pain management, the attitudes towards pain management, to follow the good practices in pain management, an open relationship between the patient and the nurse and the connection between a long work experience and good pain management skills.</p> <p>The results may indicate that good knowledge in pain management leads to good results. It means that nurses need more education in the pain management of hospice care patients. Another key factor is nurses' attitudes toward pain management. Likewise building a confidential relationship between a patient and a nurse improves the quality of pain management. Health care organisations have a responsibility to provide necessary resources that guarantee the quality of hospice care.</p>			
Keywords			
hospice care, pain management, nursing			

## SISÄLLYS

1.	JOHDANTO .....	1
2.	SAATTOHOITO .....	3
3.	SAATTOHOITOPOTILAAN OIREET JA ONGELMAT .....	5
3.1.	Ruoansulatuselimistön ongelmat .....	5
3.1.1.	Ravitsemukselliset ongelmat .....	6
3.1.2.	Erittämiseen liittyvät ongelmat .....	7
3.2.	Askites .....	8
3.3.	Hengenahdistus .....	8
3.4.	Iho-oireet ja turvotus .....	8
3.5.	Psyykkiset oireet .....	9
4.	KIPU JA KIVUN HOITO .....	10
5.	KIVUN HOITO SAATTOHOIDOSSA .....	11
5.1.	Kivun hoidon perusteet saattohoidossa .....	11
5.2.	Kivun lääkehoito saattohoidossa .....	12
5.3.	Ei-lääkkeellinen kivun hoito .....	14
6.	TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	14
6.1.	Tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	14
7.	TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI .....	15
7.1.	Aineiston valintakriteerit ja tiedonhaku .....	15
7.2.	Aineiston analysointi .....	17
8.	TULOKSET .....	18
8.1.	Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa estävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta .....	18
8.1.1.	Vähäinen tietämys kivun hoidosta .....	20
8.1.2.	Omien tietojen väärinarviointi .....	20
8.1.3.	Liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä .....	21
8.1.4.	Ongelmat laadukkaasti kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa .....	21
8.1.5.	Luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen .....	22
8.1.6.	Pelko saattohoitoa kohtaan .....	23
8.1.7.	Puutteelliset resurssit .....	23
8.1.8.	Riittämätön moniammatillinen yhteistyö .....	24
8.2.	Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta .....	24
8.2.1.	Monipuolinen ja riittävä koulutus .....	26
8.2.2.	Tietämys kivun hoidosta .....	26
8.2.3.	Suhtautuminen kivun hoitoon .....	27
8.2.4.	Hyvien kivun hoitokäytäntöjen noudattaminen .....	28
8.2.5.	Avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijöiden välillä .....	29
8.2.6.	Pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon .....	29
9.	POHDINTA .....	30
9.1.	Tulosten tarkastelu .....	30
9.2.	Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu .....	31
9.3.	Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu .....	32
9.4.	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....	33
9.5.	Opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset .....	34
	LÄHTEET .....	36
	LIITTEET   Aineiston analyysitaulukko	

## 1. JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa Helsingin kaupungin terveystieteiden ja Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön kehittämishanketta. Hanke alkoi syksyllä 2004 ja taustalla vaikutti organisaation muutos, jonka tuloksena muodostui Helsingin kaupungin Akuutisairaala. Organisaation seurauksena osa henkilökunnasta vaihtoi työyksikköä ja uusia työyhteisöjä syntyi. Niinpä oli tärkeää yhtenäistää hoitotyöhön liittyviä näkemyksiä ja kehittää koko Akuutisairaalan hoitotyötä. (Mattila - Rekola 2006: 2.)

Akuutisairaalan henkilökunnalta vaaditaan laaja-alaista osaamista johtuen potilasaineen monimuotoisuudesta, joten tämä tuli huomioida kehittämiskohteita valitessa. Hankkeessa mukana olevia kehittämiskohteita ovat hoidon laadun systemaattinen arviointi ja arviointivälineiden käyttöönotto, kivun hoito ja kipumittarien käyttöönotto, ravitsemushoito, painehaavojen ehkäisy sekä systemaattinen tarkkailu, hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä kotiin sekä omahoitajuus osana moniammatillista yhteistyötä. (Mattila - Rekola 2006: 1-2.)

Opinnäytetyömme aihe liittyy kehittämiskohteista kivun hoitoon. Yksi kivun hoidon tärkeä osa-alue on turvata kuolevalle potilaalle mahdollisimman kivuton loppuelämä. Kokoimme myös, ettei hoitotyöntekijöillä ole aina tarpeeksi tietoa kuolevan potilaan hoidosta ja asiaa ei ehkä aina edes koeta niin tärkeäksi kuin se todellisuudessa on. Hoitotyö on usein kiireistä, jolloin huomio ei välttämättä tarpeeksi kiinnity kuolevan potilaan hoitoon. Opinnäytetyömme aiheena on katsaus tutkimustietoon saattohoitopotilaan kivun hoidosta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Työssämme sovellamme systemoidun kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kerätään jo olemassa olevaa tutkimustietoa tiettyjen kriteerien perusteella, arvioidaan tiedon laatua ja luotettavuutta sekä yhdistellään ja esitetään sitä tiiviisti ja rationaalisesti. Sen avulla voidaan myös tehdä yleistyksiä sekä tuoda esiin tietopohjaa esimerkiksi osana suurempaa tutkimusprosessia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehdään tieteellisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti ja se perustuu tutkimussuunnitelmaan (opinnäytetyössä työsuunnitelmaan). (Kääriäinen - Lahtinen 2006.) Opinnäytetyömme eroaa systemoidusta kirjallisuuskatsauksesta esimerkiksi siinä, että kirjallisuushakuja ei ole toteutettu systemaattisesti vaan aineistoon on valittu myös käsihaulla etsityjä artikkeleita.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata saattohoitopotilaan kivun hoitoa tutkimustiedon pohjalta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja tuoda esiin tutkittua tietoa mahdollisimman inhimillisestä ja kivuttomasta elämän loppuajasta ja mitkä tekijät estävät ja

edistävät tämän toteutumista. Ihmiselle kuoleman kohtaaminen on syvästi koskettavaa, joten myös hoitotyöntekijät saattavat kokea avuttomuutta potilaan elämän lopun läheisyydessä. Vaikka työkokemus tuo mukanaan varmuutta myös kuolevan kohtaamiseen, on tärkeää, että hoitotyöntekijöillä on asianmukaista, tutkittua tietoa laadukkaan saattohoidon toteuttamisesta. Tieto ja luottamus omaan osaamiseen vähentävät myös avuttomuuden tunnetta. (Mäkinen - Katajisto - Välimäki 1999:113.)

Opinnäytetyömme tavoitteeksi asetimme sen, että tuomme tiivistetyssä muodossa tutkittua tietoa saattohoitopotilaan hyvästä kivun hoidosta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Akuuttisairaalan vuodeosastoille. Tätä kautta hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus hyödyntää näitä tietoja omassa työskentelyssään.

Hoitotyöntekijöillä saattaa myös olla pelkoja kipulääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista ja riippuvuudesta sekä siitä, että niiden käyttö saattaa johtaa väärinkäyttöön. Lisäksi potilaan käsitykset ja uskomukset vaikuttavat kivun hoidon tehokkuuteen, varsinkin jos hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä oleva vuorovaikutus on puutteellista (Heikkinen - Kannel - Latvala 2004: 56 - 59). Vaikka pyrkimyksenä on se, että saattohoitopotilas siirrettäisiin varsinaiseen saattohoitokotiin, ei tämä Suomessa ole läheskään aina mahdollista saattohoitopaikkojen rajallisen määrän vuoksi. Näin ollen yhä useammin saattohoitoa toteutetaan terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidossa. Tärkeää olisikin, että saattohoito ja sen laatu voitaisiin nähdä yhtä tärkeänä asiana kuin esimerkiksi useiden osastojen päätavoite eli kuntouttaminen. Jotta tämä voitaisiin saavuttaa, tulisi osastojen henkilökunnan saada luotettavaa ja tutkittua tietoa laadukkaan saattohoidon toteuttamisesta.

Saattohoidosta ja sen laadusta puhutaan nykyään paljon. Esillä ovat olleet esimerkiksi hoidon priorisointi, riittämättömät määrärahat sekä lääkäri- ja hoitajapula. Kuolemaan liittyvät eettiset näkökannat ovat olleet myös terveydenhuollon eettisen toimikunnan (ETENE) pääteemana vuonna 2001. (Heikkinen ym. 2004: 6.) Kuolevan hoitaminen ja siihen liittyvät kysymykset ovat terveydenhuollon etiikan keskeisimpiä kysymyksiä. On tärkeää, että kaikilla terveydenhuollossa työskentelevillä on tietoa asiasta, jolloin turvataan inhimillinen ja arvokas kuolema. (Eho - Hänninen - Kannel - Pahlman - Hallila 2003: 3.) Näin ollen saattohoidon laatuun liittyvä aihe on paitsi tärkeä, myös ajankohdainen.

## 2. SAATTOHOITO

”Saattohoidossa kuolema ei ole keskeisellä sijalla, vaikka näin yleisesti luullaan. Saattohoidon ydin on elämässä ja potilaan hyvinvoinnissa.” (Hänninen - Pajunen 2006).

Ajatus inhimillisestä saattohoidosta syntyi Iso-Britanniassa 1960-luvulla vastauksena teknistyvälle lääketieteelle, jonka tarkoituksena oli pyrkiä parantamaan potilas kaikin mahdollisin keinoin. Suomessa lääkintöhallitus antoi ohjeistuksen terminaalihoidosta vuonna 1982. Suomalaisen saattohoidon merkittäviä taustavaikuttajia ovat olleet luterilainen kirkko sekä syöpäjärjestöt. (Aalto 2000: 219–240.)

Saattohoito on sairaan ihmisen hoitoa silloin, kun toivoa parantumisesta ei enää ole ja parantavista hoidoista on luovuttu (Eho ym. 2003: 5). Laajasti määriteltynä saattohoito on oireenmukaista hoitoa potilaalle, joka sairastaa kuolemaan johtavaa vakavaa sairautta. Saattohoitajakson pituus voi vaihdella sen mukaan, miten se määritellään. Palliatiivinen hoito saattaa alkaa jo jopa vuosia ennen kuolemaa, kun on todettu potilaan sairastavan parantumaton sairaus. Suppeammin määriteltynä saattohoidosta puhutaan silloin, kun potilaan kuolema on hyvin lähellä. (Hänninen 2001: 50.)

Saattohoitoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä. ETENE on laatinut omat suosituksensa, joilla pyritään turvaamaan saattohoitopotilaan korkeatasoinen eettinen kohtelu. Suosituksessa korostetaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja sitä, että saattohoitopäätös on tehty yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Myös hoidon jatkuvuus on turvattava ja hoidosta on tehtävä selkeä suunnitelma potilasasiakirjoihin. Yksiköillä, joissa hoidetaan saattohoitopotilaita, täytyy olla valmiudet inhimillisen ja turvallisen hoidon toteuttamiseen. Käytännössä tämä tarkoittaa riittäviä henkilökuntaresursseja, asianmukaista ammattitaitoa sekä hoitovälineitä. Saattohoitopotilaalla tulee myös olla oikeus kuolla läheistensä läsnä ollessa. (Risikko 2008: 2-3.)

Saattohoidon aikana tulisi pyrkiä ylläpitämään potilaan mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Hyvä elämänlaatu merkitsee eri asioita eri ihmisille, mutta siihen vaikuttavia tekijöitä on mahdollista määritellä. Kuoleman lähestyessä näitä voivat olla fyysisten oireiden, kuten kivun, hallinta, psyykinen hyvinvointi, fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky, sosiaalinen tuki, mahdollisuus osallistua itse hoitopäätöksiin sekä hyvä, luottamuksellinen suhde hoitohenkilökuntaan. (Matzo -Witt Sherman 2001.)

Saattohoito tulisi mahdollisuuksien mukaan järjestää potilaan toivomassa paikassa hänen läheistensä seurassa. Käytännössä saattohoitopotilaita hoidetaan perustervey-

denhuollossa terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai erikoissairaanhoidossa, mikäli potilaan siirtäminen toisi hänelle turhaa kärsimystä. Myös erityisiä saattohoitokoteja on olemassa, mutta niissä on paikkoja hyvin rajoitetusti, jolloin läheskään kaikki kuolevat potilaat eivät voi saada hoitopaikkoja näistä laitoksista. Hoito voidaan toteuttaa myös potilaan kotona kotisairaanhoidon turvin. (Heikkinen ym. 2004: 102–104.) Kun hoitoa toteutetaan potilaan kotona, on hoitohenkilökunnan yleensä luonnollisempaa toimia potilaan kanssa läheisessä yhteistyössä. Avainasemassa ovat myös perhe ja omaiset, jotka tukevat potilaan selviytymistä kotona. Kotisairaalan palveluiden avulla on mahdollista hoitaa kotona myös huonokuntoisempia potilaita, koska tällöin on mahdollista toteuttaa esimerkiksi suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa. (Saarelma 2005: 205.) Saattohoito saatetaan myös toteuttaa vuorotellen kotona ja laitoksessa hoitavien läheisten jaksamisen ja mahdollisuuksien mukaan. Hoitopaikan valintaan vaikuttavat potilaan vointi, hoitoisuus ja henkilökunnan resurssit sekä palvelujen saatavuus eri paikkakunnilla. Potilaan ja hänen läheistensä kanssa tulisi keskustella eri vaihtoehdoista. Se, miten paljon läheiset potilaan hoitoon osallistuvat, riippuu pitkälti hoitopaikasta sekä läheisten voimavaroista. (Heikkinen ym. 2004: 102–104). Ihmiset suhtautuvat lähestyvään kuolemaan eri tavoin. Tapa suhtautua vaikuttaa ratkaisevasti siihen, minkälaista apua ihminen hakee ja suostuu vastaanottamaan.

Saattohoitoon kuuluvat paitsi hyvä perushoito ja empaattinen suhtautuminen sekä potilaaseen että omaisiin, myös muut oireita lievittävät hoidot kuten kirurgia, sädehoito sekä solusalpaajahoito (Hänninen 2001: 50). Hyvä perushoito voidaan jakaa eri osa-alueisiin, joita ovat fyysinen osa-alue, sosiaalinen osa-alue, emotionaalinen osa-alue ja hengellinen osa-alue. Fyysiseen osa-alueeseen kuuluu huolehtiminen puhtaudesta, painehaavojen ehkäisy asentohoidoin, ravitsemuksesta ja mahdollisesta nestehoidosta huolehtiminen, hengityksen helpottaminen ja jatkuva, tasainen kivunhoito. Sosiaaliseen osa-alueeseen kuuluu huomioida potilaan sosiaalinen tilanne hoidossa, esimerkiksi perheen tukeminen, ja lisäksi erilaisten tukipalvelujen järjestäminen ja taloudellisen tilanteen turvaaminen sekä ohjaus ja tiedon antaminen potilaalle ja omaisille. Emotionaaliseen ja hengelliseen osa-alueeseen kuuluu esimerkiksi läsnäolo ja kuunteleminen sekä mahdollisesti hengellisten palvelujen järjestäminen. (Maiche - Salomaa - Ilmonen - Ylläsjärvi - Valanne 2004: 5).

Tukiessaan potilasta ja omaisia hoitaja työskentelee omalla persoonallaan. Hoitajan kokema kuolemanpelko saattaa estää häntä tuomasta hoitoon mukaan aitoa, omaa persoonaansa, ja potilaan kuolema saattaa aiheuttaa ahdistusta ja avuttomuutta. Tällöin potilas ja omaiset saattavat kokea, etteivät he saa riittävästi tukea. Hoitajan tehtä-

vänä on myös toimia tiedonantajana. Tiedon tulee olla totuudenmukaista ja konkreettista, jotta potilas ja omainen hyötyisivät siitä. (Mäkinen ym. 1999: 110–111.)

### 3. SAATTOHOITOPOTILAAN OIREET JA ONGELMAT

Saattohoitopotilaan oireisiin vaikuttavat muutkin tekijät kuin sairaus itsessään ja sen suoraan aiheuttamat oireet ja kipu. Nämä tekijät voidaan jaotella useilla eri tavoilla, esimerkiksi psykologisiin, fysiologisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin. Ongelmia aiheuttaa usein myös luotettavan tiedon ja potilasohjauksen puute. Usein fysiologisista oireista huolehtiminen korostuu, mutta potilaille itselleen elämän arvokkuus ja muut psykologiset tekijät ovat usein fysiologisia tärkeämpiä. Usein myös ajatellaan, ettei potilaalla olisi varsinaisen saattohoidon tarvetta, jos hänellä ei ole fysiologisia ongelmia, esimerkiksi kipua. (Hänninen 2001: 75–76.) Onkin selvää, että saattohoitopotilas kokee monenlaisia oireita viimeisten elinviikkojensa aikana (Hermann - Looney 2001).

Saattohoitopotilaalla kipu on yleinen, epämukavuutta aiheuttava oire. Kipu on potilaan subjektiivinen kokemus, ja potilas itse on oman kipunsa paras asiantuntija. Saattohoitovaiheessa kipua voivat aiheuttaa esimerkiksi elinvauriot, hermovauriot sekä luustokivut. Muita kipuun vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi psykologiset ja sosiaaliset ongelmat sekä kulttuuriset ja eksistentiaaliset tekijät. Kivun hoitoon vaikuttaa sen aiheuttaja, mutta yleensä hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, joiden lisäksi tarpeen mukaan annetaan opioideja. (Hänninen 1999: 19–26.) Kipua ei suinkaan aiheuta pelkästään saattohoitopotilaan sairaus, vaan siihen vaikuttavat myös monet muut tekijät, kuten ruoansulatuskanavan oireet ja psyykkiset tekijät.

#### 3.1. Ruoansulatuselimistön ongelmat

Ruoansulatuselimistön ongelmat saattohoitopotilaalla saattavat johtua itse sairaudesta, käytetyistä hoitomuodoista, liitännäissairauksista ja -komplikaatioista tai psykososiaalisista tekijöistä. Näiden ongelmien varhaisella havaitsemisella ja hoidolla on suuri merkitys potilaan elämänlaatuun ja mahdollisesti myös elämän pituuteen. (Hänninen 2003: 152.)

### 3.1.1. Ravitsemukselliset ongelmat

Aliravitseminen on yksi saattohoitopotilaiden yleisimmistä oireista (Hermann - Looney 2001.) Ongelmat voivat johtua huonosta ruokahalusta, ravinnon imeytymisen ja hyväksikäytön häiriöistä, ravinnon sisällä pysymisen vaikeudesta tai siitä, ettei kulutettu ravinto poistu elimistöstä tarkoituksenmukaisesti (Hänninen 2003: 152–156). Kuolemaan johtavaan sairauteen liittyvä kakektisuus on monimutkainen metabolinen tapahtuma, johon on usein hankala vaikuttaa hoitotyön keinoin (Tsai - Wu - Chiu 2006).

Pahoinvointi on yleinen oire saattohoitopotilailla. Se johtuu elimistön somaattisesta tai psyykkisestä häiriöstä ja ilmenee kuvotuksen tunteena ja haluna oksentaa. (Karvonen 2007: 31.) Jatkuva pahoinvointi on myös henkisesti raskasta ja vaikuttaa oleellisesti potilaan elämänlaatuun. Pahoinvointiin vaikuttavia syitä ovat mm. lääkkeet, erityisesti opioidit, ummetus, liman erityksen lisääntyminen, biokemialliset syyt (esimerkiksi hyperkalsemia), aivopaineen mahdollinen kohoaminen sekä mahdollisen tuumorin aiheuttama ruoansulatuselimistöön kohdistuva paine. Tärkeänä syynä ovat myös psyykkiset tekijät. Hoidon päämääränä on löytää pahoinvointia aiheuttava tekijä ja mahdollisuuksien mukaan yrittää vaikuttaa suoraan tähän. Pahoinvointia voidaan hoitaa myös lääkehoidolla. (Hänninen 2003: 158–160.)

Kuoleman lähestyessä saattaa käydä niin, että ruoka ei joko etene ruokatorvea alas päin tai se palaa takaisin suuhun (tästä käytetään nimitystä refluksi). Tarjottavien ruokien tulisi tässä tapauksessa olla juoksevia ja juomat tulisi sakeuttaa. Nielemisvaikeuksien syy tulisi myös selvittää, esimerkiksi liittyykö nielemiseen kipua tai onko syynä mahdollisesti infektio. Nielemisvaikeuksista kärsivän potilaan syödessä tulee aspiraatiovaara ottaa aina huomioon. Aspiraation ehkäisemiseksi on tärkeää syödä rauhallisessa tahdissa, hyvässä asennossa ja pieniä annoksia kerrallaan. (Hänninen 2003: 161–167.) Refluksia voidaan hoitaa haponerityksen estolääkityksellä ja välttämällä sitä aiheuttavia ruoka-aineita (Pikkarainen 2007: 26).

Myös ruoan nieleminen vaikeutuu usein saattohoitopotilailla. Tähän voi liittyä oksentelua ja yskimistä, tai nieleminen voi yksinkertaisesti olla kivuliasta. (Pikkarainen 2007: 27.) Potilaan tilan heiketessä suussa tapahtuu limakalvomuutoksia, jotka johtavat ruokavalion muuttumiseen. Potilas ei ehkä pysty enää nauttimaan mausteista tai aiemmin hyvältä maistunutta ruokaa, vaan ruokavalio yksinkertaistuu ja koostuu miedoista ruoista. Limakalvoille muutoksia aiheuttavat syöpähoidot, sieni- ja virusinfektiot, lääkeaineet sekä syljen erityksen vähentyminen. Suun ongelmat aiheuttavat potilaalle kärsimystä, kipua sekä puhumis- ja syömisongelmia. Hoidossa tulee kiinnittää huomiota suun hy-

vään puhdistukseen. Hyviä keinoja kivun ja kuivuuden lievittämiseen ovat myös erilaiset kostutustuotteet, jääpalojen tai esimerkiksi ananaslohkojen imeskely. (Hänninen 2003: 168–172.)

### 3.1.2. Erittämiseen liittyvät ongelmat

Ruoansulatuskanavan vetämättömyyteen, eli ummetukseen, johtavat tekijät ovat moninaisia. Se on esimerkiksi yksi yleisimmistä kipulääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista. Muita syitä ovat muun muassa liikunnan puute, huono ravitsemustila, psyykkiset syyt, kuivuminen sekä neurologiset syyt. Ummetukseen liittyy paitsi epämukavuuden tunteita, myös pahoinvointia, närästystä, kipua, ruokahaluttomuutta ja jopa sekavuutta. Ummetuksen ennaltaehkäisy on tärkeää, koska ruoansulatuskanavan toimimattomuus aiheuttaa kärsimystä potilaalle ja sen hoitamiseen kuluu runsaasti sekä omaisten että hoitajien voimavaroja. Ummetusta voidaan hoitaa oikeanlaisen ja riittävän ravinnon avulla sekä laksatiivein. (Hänninen 2003: 163–166; Silvennoinen 2007: 46.)

Saattohoitopotilaalle saattaa kehittyä myös suolistotukos. Suolistotukos voi johtua joko siitä, että suolen ontelo tukkeutuu tai siitä, että suolta tyhjentävää liikettä (peristaltiikka) ei enää ole. Suolistotukoksen voivat aiheuttaa kasvaimet, turvotus, ulostemassa tai suolistolihasheikkous. Suolistotukoksen oireita ovat koliikkimainen keskellä vatsaa tuntuva vatsakipu, suolen toimimattomuus sekä oksentelu. Tukoksen hoito riippuu potilaan yleisilasta, mutta saattohoitopotilaan kohdalla kirurgista hoitoa käytetään hyvin harvoin. Suolistotukosta usein hoidetaan oireenmukaisella lääkehoidolla, jonka tavoitteena on kivun ja pahoinvoinnin lievittäminen. (Hänninen 2003: 177–180; Leppäniemi 2007: 87).

Ripuli on harvinaisempi saattohoitopotilaan oire verrattuna ummetukseen. Ummetuksen hoitoon käytettävät laksatiivit saattavat aiheuttaa ripulia, joten niiden tarkoituksenmukainen käyttö on tärkeää. Muita ripulia aiheuttavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi syövän eri hoitomuodot, infektiot sekä antibiootit. Hoidossa ensisijaista on selvittää ripulin syy ja mahdollisuuksien mukaan vaikuttaa suoraan siihen. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, ja silloin ripulia hoidetaan oireenmukaisesti esimerkiksi bulkkilaksatiivein. (Hänninen 2003: 166–168; Julkunen 2007: 44–45.)

### 3.2. Askites

Askitesnestettä syntyy, kun vatsaonteloon tihkuu nestettä verisuonista lymfakierron toimiessa puutteellisesti. Tällöin vatsaonteloon alkaa kertyä nestettä. Askitekseen muodostuminen liittyy esimerkiksi useisiin syöpiin. Nesteen kerääntyminen aiheuttaa potilaalle ruokahaluttomuutta, kipua, liikuntakyvyn heikkenemistä, närästystä sekä hengenahdistusta. Hoito on saattohoitopotilaalla oireenmukaista ja hoitomuotoina käytetään muun muassa diureetteja sekä nesteen dreenausta tai punktoimista. Myös suola- ja nesterajoituksista saattaa olla hyötyä. (Hänninen 2003: 180–182.)

### 3.3. Hengenahdistus

Hengenahdistus on yksi saattohoitopotilaiden yleisimmistä esiintyvistä oireista, jopa puolet potilaista kokee sitä viimeisen elinvuotensa aikana (Hermann - Looney 2001). Hengenahdistus on yksi vaikeimmin hallittavista saattohoitopotilaiden oireista. Hengenahdistus voidaan määritellä esimerkiksi epämukavaksi tietoisuudeksi hengittämisestä. Hengitys voi olla fyysisen tai psyykkisen syyn vuoksi vaikeutunutta. Myös yskä ja lisääntynyt limaneritys vaikeuttavat hengittämistä. Huono yleistila saattaa estää potilasta yskimästä keuhkoputkiin ja keuhkoihin kertynyttä limaa pois, ja tämä lisää tukehtumisen tunnetta. Ongelmia saattaa myös aiheuttaa keuhkopussiin tai vatsaonteloon kertynyt neste tai vaikea anemisoituminen, jolloin verenkierrossa ei ole riittävästi happea. Tämä on valitettavan yleinen ja hankalasti hoidettava oire saattohoitopotilailla. Hengenahdistus aiheuttaa pelkoa ja kärsimystä niin potilaalle kuin omaisillekin. Sen hoito saattohoitovaiheessa on oireenmukaista. Useissa tapauksissa saattaa olla viisainta välttää turhia tutkimuksia hengenahdistuksen syyn selvittämiseksi ja keskittyä sen sijaan potilaan oireiden lievittämiseen. Hoitona voidaan antaa happea, opetella yhdessä potilaan kanssa hengitystekniikoita sekä rentoutumista, huomioida asentohoidot, tarpeen mukaan dreenata esimerkiksi pleuraneste sekä helpottaa oloa lääkehoidolla. (Hänninen 2003: 137–143; Tsai ym. 2006).

### 3.4. Iho-oireet ja turvotus

Yleisimpiä iho-ongelmia saattohoitopotilailla ovat kutina, haavaumat ja painehaavat, hikoilu sekä iholla esiintyvät infektiot. Nämä aiheuttavat paitsi merkittäviä hoidollisia ongelmia, myös kipua ja kärsimystä potilaalle. Lisäksi haavaumat saattavat erittää ja aiheuttaa hajua sekä vaikuttaa potilaan ulkonäköön, jolloin niillä on vaikutusta myös potilaan psyykkisen hyvinvointiin. (Hänninen 2003: 187–204.) Jopa kolmanneksella

saattohoitopotilaista on painehaava viimeisen elinviikkonsa aikana (Hermann - Looney 2001). Turvotusta aiheuttavat huonontunut imunestekierto sekä albumiinin alhainen taso veressä. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös sydämen ja munuaisten vajaatoiminta. Iho-ongelmien ja painehaavaumien tärkeintä hoitoa on niiden ennaltaehkäisy. Niitä hoidetaan esimerkiksi asentohoidon, ravitsemuksen, puhdistuksen sekä erilaisten si-dosten ja hoitolevyjen avulla. (Hänninen 2003: 187–204.)

### 3.5. Psykkiset oireet

Kipuun vaikuttavat myös psyykkiset ja psykososiaaliset tekijät (Kalso - Vainio 2002: 118). Saattohoitopotilas saattaa kärsiä monenlaisista ajatustoiminnan ja tunne-elämän häiriöistä. Myös sairastumiseen ja kuolemaan liittyvät kriisireaktiot ovat tavallisia. Hoi-tohenkilökunnan tulisi kyetä tunnistamaan reaktiot, jotka liittyvät esimerkiksi potilaan kokemaan fyysiseen kipuun, ja hoitamaan nämä asianmukaisesti. Mikäli näin ei tehdä, se voi aiheuttaa potilaalle masennusta, ahdistusta tai jopa raivon tunteita. (Hänninen 2003: 206.) Yleisesti ottaen saattohoidossa tulisi huomioida enemmän psyko-sosiaalisia sekä hengellisiä tekijöitä. Tähän liittyen myös hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten välinen vuorovaikutus on tärkeää. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun potilaalla on kognitiivisia vaikeuksia. (Tsai ym. 2006.)

Yleisiä psyykkisiä oireita saattohoitopotilaalla ovat masennus, ahdistus, pelkotilat sekä unettomuus ja delirium joissain tapauksissa. Esimerkiksi masennuksen hoitokeinoja ovat terapia, keskustelut sekä rauhoittava ja/tai antidepressiivinen lääkehoito. Myös väsymys on yleinen psyykinen oire saattohoitopotilaalla. Väsymykseen vaikuttavat tekijät ovat moninaisia. Hyviä tuloksia saadaan harvoin puuttamalla vain yhteen väsy-mystä aiheuttavaan tekijään. Saattohoitopotilaan väsymystä aiheuttavat esimerkiksi uniongelmat, liikunnan puute, tavallisen arjen rytmin ja rutiinien puuttuminen, lääkitys, ravitsemuksen yksipuolistuminen ja niukkuus sekä anemia. Hoidossa kiinnitetään huomiota vuorokausirytmien säilyttämiseen, liikunnan lisäämiseen ja fysioterapiaan. Myös psyykkisten häiriöiden (erityisesti masennus) havaitseminen ja niihin puuttuminen saattaa auttaa väsymysoireiden hoidossa. Mikäli potilaalla on anemia, sitä tulee hoitaa. Väsymystä voidaan hoitaa myös oireenmukaisin lääkkein, mikäli muista hoitotoimista ei ole hyötyä. (Hänninen 2003: 64–70.) Väsymyksen hoitaminen jää usein toissijaiseksi, koska sitä pidetään asiaan kuuluvana elämän viimeisinä päivinä. Myös sen dokumen-tointi on usein vähäistä. (Hermann - Looney 2001.)

#### 4. KIPU JA KIVUN HOITO

Kipu kokemuksena on yksilöllinen, sillä se on epämiellyttävä tunne, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen. Kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset. Muut kokonaiskivun tuntemukseen liittyvät tekijät ovat kulttuurisia, fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä. (Sailo 2000: 30.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun epämiellyttäväksi, sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosisvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin kuin kudosisvauriota. (IASP Pain Terminology 2007.)

Kipu voi olla nosiseptiivista, neuropaattista tai idiopaattista. Nosiseptiivinen kipu syntyy voimakkaasta kudosisvauriosta, jolloin kipuhermopäätteiden reagointi aiheuttaa kipuaistimuksen aivoissa. Nosiseptiivinen kipu voidaan edelleen jakaa somaattiseen (lihask-, luusto-, iho- ja sidekudosisperäinen kipu) sekä viskeraaliseen (sisäelinperäinen). (Sailo 2000: 30–33.) Neuropaattisessa kivussa syntymekanismi poikkeaa nosiseptiivisestä, sillä siinä vaurio on kipua välittävässä hermossa. Tällöin kipu on usein äkillistä, pistävää, viiltävää ja polttavaa. (Haanpää - Soynila 2008.) Idiopaattisessa kiputilassa potilaalla ei voida todeta selkeää elimellistä syytä kivun syntyyn. Tällöin kipu diagnosoidaan potilaan tuntemusten ja käyttäytymisen perusteella. Idiopaattiseen kipuun saattaa myös liittyä psyykkisiä häiriöitä, kuten depressioita tai deluusiohäiriöitä, jolloin kivun syyksi diagnosoidaan psykogeeninen kipu. On olemassa myös idiopaattisesta kivusta kärsiviä potilaita, joiden ei voida katsoa kuuluvan tähän ryhmään. (Kalso - Vainio 2002: 99.)

Kipu luokitellaan myös akuuttiin ja krooniseen. Akuutilla kivulla on oma tehtävänsä, se varoittaa mahdollisen kudosisvaurion vaarasta. Kipu alkaa äkillisesti, mutta se ei jätä keskushermostoon mitään jälkiä, toisin kuin krooninen kipu. Akuutin kivun muita piirteitä on helpompihoitoisuus kuin kroonisen kivun kohdalla, ja se paranee kivun aiheuttajan poistuessa. Akuutin kivun hoidossa keskeistä on varhainen ja tehokas hoito. Näin ehkäistään kivun mahdollinen kroonistuminen. Kipu luokitellaan krooniseksi, kun se on kestänyt yli kolmen kuukauden ajan tai selkeästi pidempään kuin kudosisvaurion paraneminen. Krooninen kipu vaikuttaa oleellisesti sekä potilaan että hänen läheistensä elämäntilaan. Se saattaa aiheuttaa itse kivun lisäksi masennusta, unettomuutta, kärsimystä, sosiaalisten suhteiden heikentymistä sekä työkyvyn alenemista. (Sailo 2000: 34–35.)

Kivun hoitoon tarvitaan yleensä erilaisia lääkkeitä ja lääkeyhdistelmiä, sillä kivulla on useita mekanismeja. Kivunhoidossa voidaan käyttää esimerkiksi tulehduskipulääkkeitä

ja parasetamolia, opioideja sekä joissain tapauksissa masennuslääkkeitä, epilepsialääkkeitä, lihasrelaksanteja ja kortisonia. Tarpeen mukaan voidaan käyttää myös erilaisia puudutuksia paikalliseen kivunlievitykseen. (Malmberg 2000: 185–195.) Kipulääkkeitä tulisi käyttää aina silloin kun se on tarpeen, koska kivun hoito parantaa elämänlaatua ja näin myös ehkäistään kivun kroonistumista. Kipulääkkeillä on myös haittavaikutuksia, joten käytön tulee olla tarkoituksenmukaista. (Aaltonen 2000: 199–210.) Kun käytetään useita eri lääkeaineita tarkoituksenmukaisesti kivun hoidossa, voidaan voimakkaita opioideja usein käyttää vähemmän. Tämä parantaa potilaan toimintakykyä, koska opioidien haittavaikutukset vähenevät. (Elia - Lysakowski - Trámer 2005.)

Kivun hoito ei saisi olla asennekysymys, vaan se pitäisi nähdä osana potilaan hyvää, kokonaisvaltaista hoitoa. Hallitsematonta kipua ei juuri ole olemassa, vaan kaikkea kipua pystyy lievittämään. Terveystieteiden koko henkilöstön tulisi aktiivisesti kehittää omaa osaamistaan kivun hoidon alueella (Qvick - Sailo 2000: 62–63).

## 5. KIVUN HOITO SAATTOHOIDOSSA

### 5.1. Kivun hoidon perusteet saattohoidossa

Saattohoitopotilaan kivun hoidossa on ollut vaiheita, jolloin kipulääkkeiden annostelussa on luotettu yksinomaan kellonaikoihin ja potilaan subjektiivinen kipukokemus on jäänyt tämän varjoon. Saattohoitokotien urauurtavan työn ja lääkehoidon kehittymisen myötä tilanne on kuitenkin parantunut. On ymmärretty, että saattohoidon yksi tärkein elementti on yhteistyö potilaan kanssa. Potilaan tuli voida luottaa siihen, että hänen kipuaan hoidetaan asianmukaisesti ja mahdollisimman tehokkaasti. Näin sekä potilas että omaiset voivat käyttää voimavarojaan muuhunkin kuin kivusta huolehtimiseen. Elämä tulisi nähdä arvokkaana ja tärkeänä loppuun asti. Saattohoidossa tulisi asettaa hoidolle yksilöllisiä tavoitteita eikä keskittyä rutiininomaisiin hoitotoimenpiteisiin. (Sailo 2000: 164–166.)

Suomessa saattohoitopotilaan kipua on tutkittu melko vähän, mutta kansainvälistä tutkimustietoa on saatavilla (Kuuppelomäki 2002). Saattohoidon kulmakivi on riittävä kivun hoito. Tämä saatetaan helposti mieltää pelkäksi määrätyn lääkkeen ajallaan antamiseksi, mutta hyvään kivun hoitoon kuuluu kokonaiskivun ymmärtäminen ja sen osalueiden huomioonottaminen ja lievittäminen. (Sailo 2000: 164–165.) Koska kipukokemus on laaja-alainen, hoitamattomana pitkäaikainen kipu voi aiheuttaa esimerkiksi unettomuutta, masennusta tai ahdistusta (Vainio 2003: 58–62). Niinpä hyvään kivun hoitoon saattaa kuulua lääkkeen antamisen lisäksi potilaalle ja omaisille tiedon antami-

nen, tukeminen päätöksenteossa sekä potilaan mahdollisimman hyvän elämänlaadun turvaaminen.

Jotta kipua voidaan hoitaa mahdollisimman tehokkaasti, tulee hoitohenkilökunnan yhdessä potilaan kanssa pyrkiä arvioimaan yksilöllistä kipukokemusta (Hänninen 2003: 82). Myös kipuun reagoiminen on yksilöllistä. Usein kaikista kuolemaan johtavan sairauden oireista kipu on pelottavin ja ongelmallisin. Potilaan kipu on kokonaisvaltaista, ja siinä kietoutuvat yhteen huoli sairaudesta ja riittävän kipulääkityksen saamisesta, kuoleman pelko sekä tuska, joka liittyy elämästä luopumiseen. Tämän takia kivun määrittely on haastavaa, ja sen lievittämisen tulisi olla moniammatillista yhteistyötä. (Sailo 2000: 166.) Tärkeää on paitsi ammattilaisten näkemys, myös potilaan oma kokemus. Hoitohenkilökunnan tulisikin havainnoida potilaan käytöstä, keskustella sekä potilaan että omaisten kanssa sekä pyytää potilasta tekemään ns. itsearviointeja. Tähän on olemassa erityisiä valmiita kyselylomakkeita, joiden avulla arvioidaan kivun eri osalualueita. (Estlander 2003: 121–148.)

Kipua on pyritty havainnollistamaan monin eri tavoin, esimerkiksi erilaisin kipumittarein, joilla pyritään mittaamaan kivun intensiteettiä. Kivun intensiteetillä voidaan tarkoittaa sitä, miten paljon se potilasta häiritsee. Tärkeää on käyttää kipumittaria toistuvasti ja johdonmukaisesti, jotta voidaan seurata kivun vaihtelua ja kehittymistä. Eri potilaat arvioivat samallakin asteikolla kipua eri tavalla, joten ihannetilanteessa hoitaja tuntisi potilaan ja pystyisi arvioimaan kipukokemusta juuri hänen kannaltaan. (Hänninen 2003: 81–82.) Vaikka erilaisia kipumittareita on tarjolla, niitä käytetään harvoin ja niiden systemaattinen käyttö on vieläkin harvinaisempaa (Bost - Williams - Bottegal - Dang - Rubio 2007).

Kipukokemusta arvioitaessa on tärkeää kiinnittää huomiota kivun intensiteettiin ja luonteeseen, tarkkaan sijaintiin ja mahdolliseen säteilyyn. Huomiota kiinnitetään myös potilaan kipuhistoriaan ja aikaisempiin hoitoihin sekä kipua helpottaviin ja pahentaviin tekijöihin, kivun ajoittumiseen, siihen miten kipu vaikuttaa aktiivisuuteen ja hyvinvointiin sekä siihen, onko kyseessä läpilyöntikipu vai liikkeen aiheuttama kipu. (Hänninen 2003: 82–83.)

## 5.2. Kivun lääkehoito saattohoidossa

WHO on laatinut kivun hoidon porrastuksen, jossa kivun hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla ja asteittain siirrytään kohti vahvoja opioideja. Kivun hoidolle on määritelty myös yleiset periaatteet, joiden mukaan suun annettava lääkitys on

ensisijainen lääkemuoto, lääkityksen on oltava säännöllistä, on varauduttava myös läpilyöntikipuihin ja hoidon tulee perustua edellä mainittuun portaittaiseen hoitomalliin. Erityistä huomiota tulee myös kiinnittää siihen, että kipulääkitys on potilaan saatavilla kaikkina vuorokauden aikana eikä siihen tule taukoja. Hoidossa pyritään kivun ehkäisyyn, eikä niinkään reagoida jo ilmaantuneeseen kipuun. (Hänninen 2003: 88–89.)

Kivun portaittainen hoitomalli merkitsee sitä, että kipua hoidetaan sen voimakkuuden mukaisesti. Hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla, ja niiden kattoannosten tullessa vastaan siirrytään heikkoihin opioideihin. Kun näiden kattovastevaikutus on tullut vastaan, vaihdetaan heikko opioidi vahvempaan ja kipua hoidetaan yhdessä tulehduskipulääkkeen kanssa. Tarvittaessa hoitoon liitetään muita kipua hillitseviä hoitomuotoja, kuten solusalpaaja- ja sädehoitoa. Portaittaisessa kivun hoidossa erityisesti saattohoidossa tulee kuitenkin huomioida se, ettei voimakasta (esimerkiksi syöpäkipua) kannata lähteä lievittämään alimmalta portaalta, vaan se voidaan aloittaa suoraan joko heikolla tai vahvalla opioidilla. Näin potilaan kipua ja kärsimystä vähennetään tehokkaammin. Myös oikean annoksen ja annostelutiheyden löytäminen saattohoidossa kivun hoitoa aloittaessa saattaa olla haasteellista. Alkuvaiheessa tulee olla määrätynä riittävä lisälääkitys, mikäli peruslääkitys osoittautuu riittämättömäksi. Lisälääkityksiä voidaan asteittain karsia pois, kun peruslääkitys osoittautuu toimivaksi. (Hänninen 2003: 88–91.) Lääkkeitä voidaan annostella suun kautta liuksena tai tabletteina, ihon-, lihaksen- tai suonensisäisesti sekä spinaalisesti, ihon alle tai verisuoneen ns. kipupumpulla (Vainio 2003: 78.)

Palliativinen sedaatio voi tulla kyseeseen silloin, kun kipu tai henkinen tuska on sietämätöntä tai potilas ei reagoi tavanomaisiin kivun hoitomuotoihin. Henkistä tuskaa voivat aiheuttaa yleinen heikkous, väsyminen sairastamiseen ja kuoleman lähestymiseen, koettu elämän merkityksettömyys ja oman persoonan hajoaminen. Palliativinen sedaatio on saatettu nähdä myös eutanasian yhtenä muotona, mutta hoitohenkilökunnan tulee nähdä se tapana lievittää sietämätöntä kärsimystä. Sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tietoisuuden alentamista lääketieteellisin keinoin, tarkoituksena saada potilaan oireet hallintaan - ei tuottaa potilaan kuolemaa. Sedaatiolla voidaan saavuttaa eritasoisia tajunnan asteita, joita ovat lääkehoito ilman tarkoituksellista sedaatiota, lievä tai kevyt sedaatio, intermittoiva syvä sedaatio sekä syvä, jatkuva sedaatio. (Hänninen 2006: 92–101.)

Kipulääkkeillä on myös sivuvaikutuksia. Tulehduskipulääkkeet saattavat aiheuttaa haa-vaumia vatsan ja suoliston limakalvolla, opioidit ummetusta, pahoinvointia, väsymystä sekä sekavuutta. Opioidit aiheuttavat myös riippuvuutta ja toleranssia. Tämä kuitenkin

kaan harvoin muodostaa ongelmaa saattohoitopotilaan kohdalla. (Hänninen 2003: 89–100.)

### 5.3. Ei-lääkkeellinen kivun hoito

Saattohoidossa kivun hoito on subjektiivista, eli jos potilas kokee hyötывänsä hoidosta, kaikki käy. Hoitomenetelmillä ei siis tässä vaiheessa aina tarvitse olla objektiivista, tutkittua pohjaa, vaan hoitovalinnat voivat hyvin nojata potilaan omiin mieltymyksiin ja tuloksia mitataan potilaan subjektiivisen kokemuksen perusteella. (Hänninen 2001: 89–92.) Kipukokemukseen vaikuttavat itse fyysisen kivun lisäksi esimerkiksi potilaan mieliala, pelko, ahdistus, masennus, kyllästyminen, väsymys sekä unettomuus. Näihin voidaan vaikuttaa myös lääkkeellisin keinoin, mutta muita keinoja olon helpottamiseen voivat olla keskustelut, hyvä hoitosuhde, asentohoidot, kylmä- ja lämpöhoidot, hieronta, musiikki ja rentoutus. (Heikkinen ym. 2004: 53–61.) Lisäksi voidaan käyttää TNS-hoitoa (transkutaaninen hermostimulaatio) (Vainio 2003: 79–81.) Lääkkeellisiä ja ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja tulisikin yhdistää potilaalle yksilöllisesti toimivaksi kokonaisuudeksi.

## 6. TUTKIMUSKYSYMYKSET

### 6.1. Tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata asiaa tutkimustiedon pohjalta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja tuoda esiin tutkittua tietoa mahdollisimman inhimillisestä ja kivuttomasta elämän loppuajasta ja mitkä tekijät estävät ja edistävät tämän toteutumista. Näin ollen päädyimme seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä tekijät estävät hyvää kivun hoitoa saattohoidossa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta?
2. Mitkä tekijät edistävät hyvää kivun hoitoa saattohoidossa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta?

## 7. TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

### 7.1. Aineiston valintakriteerit ja tiedonhaku

Opinnäytetyön varsinaisen kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostui tieteellisistä artikkeleista. Olemme valinneet ne seuraavien kriteerien perusteella:

1. Tutkimuksen tuli olla enintään kymmenen vuotta vanha (vuodelta 1998 tai uudempi)
2. Kyseessä oli oltava tieteellinen tutkimusartikkeli, jota varten on kerätty empiirinen aineisto
3. Tutkimuksen tuli olla ensisijaisesti hoitotieteellinen tai mikäli se oli monitieteellinen, tuli siinä olla hoitotyön näkökulma
4. Artikkelin tuli olla suomen-, ruotsin tai englanninkielinen
5. Artikkelin tuli käsitellä saattohoitopotilaan kivun hoitoa hoitotyöntekijöiden tai sekä hoitotyöntekijöiden että potilaiden näkökulmasta (näistä huomioon otetaan vain hoitotyöntekijöiden näkökulma)
6. Artikkelin tuli vastata tutkimuskysymyksiin

Tutkimusartikkelit keräsimme käyttäen sosiaali- ja terveysalan tietokantoja. Kuvaamme haut tarkemmin taulukossa 1. Mukaan otimme myös artikkeleita, joita löysimme käsihaulla esimerkiksi muiden artikkeleiden lähdeluetteloista.

TAULUKKO 1 Käytetyt tietokannat ja hakusanat sekä niiden perusteella saadut tulokset

Käytetty tietokanta	Käytetyt hakusanat	Viitteet	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut	Vastaa tutkimuskysymyksiin
Cinahl	terminal pain nursing	681	26	8	3	0
Ovid Full text	terminal pain nursing	479	66	17	9	4
Ovid Full text	hospice nursing pain	8	6	2	1	1
Pubmed	terminal AND pain AND nursing	610	56	25	5	2
Käsihaku		66	66	44	21	13
Yhteensä		1844	220	96	39	20

Valitsemamme hakusanat tuottivat runsaasti viitteitä, mutta suurin osa löydetyistä artikkeleista ei täyttänyt edellä esitettyjä valintakriteereitä. Monet löydetyistä artikkeleista

käsittelivät aihetta joko vain omaisten näkökulmasta, puhtaasti lääketieteellisesti tai kyseessä ei ollut tutkimus, johon oli kerätty empiirinen aineisto. Myöskään monissa saattohoitoa koskevissa tutkimuksissa ei korostettu kivun hoidon osuutta, vaan ne käsittelivät saattohoitoa yleisellä tasolla. Useat artikkelit käsittelivät toisaalta kivun hoitoa, mutta niissä ei korostettu nimenomaan saattohoidon näkökulmaa. Olemme kuvailleet valitun aineiston jakautumisen julkaisun ja ilmestymisvuoden mukaan taulukossa 2.

TAULUKKO 2 Aineiston jaottelu julkaisun ja ilmestymisvuoden mukaan

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Yht
American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias											1	1
Australian Critical Care								1				1
Cancer Nursing										1		1
Geriatric Nursing					1							1
Hoitotiede					1							1
International of Nursing Terminologies and Classifications								1				1
Journal of Advanced Nursing									1			1
Journal of Hospice and Palliative Nursing							1					1
Journal of Nursing Scholarship Third Quarter						1						1
Journal of Pain and Symptom Management						1						1
Journal of Palliative Medicine					2		1					3
Journal of Professional Nursing				1								1
Nursing Ethics	1											1
Oncology Nursing Forum			1									1
The Gerontologist						1		1				2
The Journal of American Geriatrics Society									1			1
The Journal of Continuing Education in Nursing						1						1
Yhteensä	1		1	1	4	4	2	3	2	1	1	20

Kuten taulukossa 2 on esitetty, olemme valinneet artikkeleita monipuolisesti eri tieteellisistä julkaisuista. Artikkeleista lähes kaikki olivat englanninkielisiä, vain kaksi oli suomalaisesta Hoitotiede -lehdestä. Suurin osa tutkimuksista oli suoritettu Yhdysvalloissa, mutta mukaan mahtui myös yksi Italiassa, yksi Australiassa, yksi Iso-Britanniassa, kaksi Suomessa, yksi Kanadassa ja yksi Japanissa suoritettu tutkimus. Valitsimme ainoastaan tutkimuksia, joissa oli tutkittu aikuispotilaita. Tutkimuksista kymmenessä aineisto oli analysoitu kvantitatiivisesti ja seitsemässä kvalitatiivisesti. Lisäksi mukana oli kolme tutkimusta, joiden teossa oli hyödynnetty molempia menetelmiä.

## 7.2. Aineiston analysointi

Kirjallisuuskatsauksessa aineisto voidaan analysoida joko laadullisesti tai määrällisesti. Tarkoituksenmukaisempaa oli analysoida opinnäytetyömme aineisto laadullista menetelmää käyttäen. Tällöin alkuperäistutkimuksista tulee kuvata tulokset sekä näiden yhtäläisyydet ja erot. (Kääriäinen - Lahtinen 2006.) Laadullisessa analyysitavassa pyritään ymmärtämään asiaa tai ilmiötä. (Hirsjärvi - Remes - Sajavaara 2007).

Sisällön analyysiä voidaan hyödyntää analysoidessa dokumentteja, tässä tapauksessa tutkimusartikkeleita, systemaattisesti ja objektiivisesti tarkastellen. Sen avulla järjestetään, kuvaillaan ja määrällistetään tutkittavaa aineistoa. Induktiivisessa lähestymistavassa aineistosta poimitaan ilmaisuja, jotka ryhmitellään. Näin muodostetaan yleiskuvaus tutkimuskohteesta, tässä tapauksessa hyvästä saattohoitopotilaan hoitotyöstä ja erityisesti kivunhoidosta. (Kyngäs - Vanhanen 1999.)

Hyödynsimme aineiston läpikäynnissä sovellettua sisällön analyysiä. Analyysin teimme induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Lähdimme ryhmittelemään aineistoa tutkimusten tulosten perusteella ja tätä kautta muodostamaan ala- ja yläkategorioita, joista opinnäytetyömme varsinainen tulos muodostui. (Tuomi - Sarajärvi 2002.)

Aloitimme analyysin lukemalla aineistoksi valitut tutkimusartikkelit läpi ja kirjoitimme ne taulukkomuotoon (Liite 1). Keräsimme teksteistä mainintoja, jotka vastasivat jompaankumpaan tutkimuskysymyksistämme. Näistä kerätyistä lauseista tai asiakokonaisuuksista muodostimme yhteensopivia sisältöluokkia. Mainitsimme myös sen, kuinka monessa aineistomme artikkelissa kyseinen asia nousi esille. Sisältöluokista muodostimme alakategorioita, joita yhdistimme edelleen yläkategorioiksi, jotka edustivat tutkimuskysymyksiämme. Olemme havainnollistaneet prosessia taulukossa 3.

## TAULUKKO 3 Esimerkki aineiston ryhmittelystä

KIVUN HOITOA KUVAAVAT MAININNAN RYHMITELTYINÄ	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virheelliset tiedot kivun hoitoon liittyen</li> <li>• Täydennyskoulutuksen riittämättömyys</li> </ul>	Vähäinen tietämys kivun hoidosta	Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa estävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laadukkaan kivun hoidon yhteys koulutuksen määrään</li> <li>• Kivun hoidon eri osa-alueiden huomioon ottaminen koulutuksessa</li> <li>• Koulutuksen toteutus interventiona</li> </ul>	Monipuolinen ja riittävä koulutus	Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

## 8. TULOKSET

## 8.1. Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa estävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Käydessämme läpi tutkimusaineistoa, esiin nousi kahdeksan eri osa-aluetta, jotka vaikuttivat estävästi hyvän kivun hoidon toteutumiseen saattohoidossa. Nämä osa-alueet olivat vähäinen tietämys kivun hoidosta, omien tietojen väärinarviointi, liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä, ongelmat laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa, luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen, pelko saattohoitoa kohtaan, puutteelliset resurssit ja riittämätön moniammatillinen yhteistyö. Taulukossa 4 havainnollistetaan, mistä alaluokista kukin osa-alue muodostuu.

TAULUKKO 4 Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa estävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

KIVUN HOITOA KUVAAVAT MAININNAT RYHMITELTYINÄ	MAININNAT (kuinka monessa artikkelissa maininta)	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Virheelliset tiedot kivun hoitoon liittyen</li> <li>Täydennyskoulutuksen riittämättömyys</li> </ul>	9 4	Vähäinen tietämys kivun hoidosta	Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa estävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaikeus tunnistaa oma lisäkoulutustarve</li> </ul>	3	Omien tietojen väärinarviointi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan subjektiivisen kipukokemuksen ohittaminen</li> <li>Systemaattisen kivun arvioinnin puutteellisuus</li> </ul>	5 3	Liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Puutteet saattohoidon suunnitelmallisuudessa</li> <li>Välinpitämätön asenne kivun hoitoa kohtaan</li> <li>Kipulääkkeiden liian vähäinen käyttö</li> </ul>	5 3 2	Ongelmat laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Potilaan alentunut kyky ilmaista tarpeitaan</li> <li>Hoitajan ongelmat suhteen muodostamisessa potilaaseen</li> </ul>	4 2	Luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelko kuolemaa ja kuolevaa potilasta kohtaan</li> <li>Pelko voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöä kohtaan</li> </ul>	2 1	Pelko saattohoitoa kohtaan	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitotyöntekijöiden riittämätön mitoitus</li> <li>Lääkärin vaikea tavoitettavuus</li> </ul>	3 2	Puutteelliset resurssit	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ongelmat hoitotyöntekijöiden ja lääkärin välisessä suhteessa</li> </ul>	4	Riittämätön moniammatillinen yhteistyö	

### 8.1.1. Vähäinen tietämys kivun hoidosta

Oleellisesti vaikuttava tekijä, joka aiheuttaa puutteita hyvässä kivun hoidossa, on hoitotyöntekijöiden vähäinen tietämys kivun hoidosta. Aineistosta nousevia osa-alueita liittyen tähän olivat virheelliset tiedot kivun hoitoon liittyen ja täydennyskoulutuksen riittämättömyys.

Hoitotyöntekijöiden vähäinen tietämys tuli esille yhdeksässä aineistomme artikkeleista. Muun muassa Kayser-Jones - Kris - Miaskowski - Lyons - Paul (2006) ovat tutkimusaineistonsa perusteella todenneet, että hoitotyöntekijöiden sekä lääkäreiden tietämys kivun hoidosta on yksinkertaisesti riittämätöntä. Tämä johti siihen, että kipulääkkeiden annostukset olivat liian pieniä ja saattohoitopotilaiden kipu alihoidettua. Hoitajat arvioivat myös itse omat tietonsa kivun hoidosta saattohoidosta liian heikoiksi (Meraviglia - McGuire - Chesley 2003; Munn - Hanson - Zimmerman - Sloane - Mitchell 2006.) Hoitotyöntekijöillä on myös virheellisiä käsityksiä opioideista ja niiden vaikutuksista. Johtuen tästä opioideja saatetaan annostella liian vähän, koska niiden käytön uskotaan johtavan kliinisesti merkittävään hengitysvajaukseen. (Bernardi - Catania - Tridello 2007). Riittämätön tietämys johti myös potilaan kipukokemuksen aliarviointiin ja tätä kautta huonoon kivun hoitoon (Kayser-Jones ym. 2006).

Täydennyskoulutuksen riittämättömyys mainittiin neljässä artikkelissa. Hoitajat kokivat itse tarvitsevansa lisää koulutusta oireidenhallinnasta ja erityisesti he korostivat kivun hoidon osuutta siinä (Meraviglia ym. 2006; Murray - Fiset - O'Connor 2004.) Vaikka suurin osa hoitotyöntekijöistä oli saanut saattohoitoon liittyvää koulutusta, se koettiin riittämättömäksi ja kivun hoidon osuutta koulutuksessa oli korostettu liian vähän (Bernardi ym. 2007; Kayser-Jones ym. 2006).

### 8.1.2. Omien tietojen väärinarviointi

Toinen merkittävä kivun hoitoa saattohoidossa heikentävä tekijä oli omien tietojen väärinarviointi. Tähän liittyi vaikeus tunnistaa oma lisäkoulutuksen tarve.

Kolmessa artikkelissa nousi esille hoitotyöntekijöiden omien kivun hoitoon liittyvien tietojen väärinarviointi. Hoitotyöntekijät eivät välttämättä tiedostaneet tarvetta kivun hoidon koulutukseen, vaikka sen tarve oli olemassa tutkimustulosten perusteella (Kuuppelomäki 2002). Lisäksi todettiin, että omien tietojen väärinarviointi johtaa siihen, ettei

virheellisiä tietoja korjata oikeiksi (Bernardi ym. 2007). Usein on myös niin, että hoitajat arvioivat oman toimintansa kivun hoitoon liittyen paremmaksi kuin kollegojen (Murray ym. 2004).

### 8.1.3. Liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä

Kolmas merkittävä hyvää kivun hoitoa estävä tekijä oli liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä. Tähän liittyviä aineistosta nousseita osa-alueita olivat potilaan subjektiivisen kipukokemuksen ohittaminen ja systemaattisen kivun arvioinnin puutteellisuus.

Viidessä artikkelissa nousi esille potilaan subjektiivisen kipukokemuksen ohittaminen. Tämä ilmeni muun muassa niin, potilaan tila, ikä ja diagnoosi vaikuttivat kivun voimakkuuden arviointiin. Syöpää sairastava potilas miellettiin herkemmin kipupotilaaksi ja näin ollen syöpädiagnoosin saaneet saattohoitopotilaat saivat enemmän kipulääkkeitä kuin muut saattohoitopotilaat. (Kayser-Jones ym. 2006; Kuuppelomäki 2002; Wu - Miller - Lapane - Gozalo 2003.) Toinen huomion arvoinen asia oli se, että Kayser-Jones - Kris - Miaskowski - Lyons - Paul (2006) totesivat tutkimustulostensa perusteella ikäänntyneiden saattohoitopotilaiden saavan pienempiä annoksia kipulääkkeitä. Joissain tapauksissa saattaa myös olla niin, että hoitohenkilökunta ei miellä potilaan olevan kipunsa paras asiantuntija, vaan oman ammattitaitonsa merkitystä liikaa kivun arvioinnissa (Bernardi ym. 2007; Zerwekh - Riddell - Rickhard 2002).

Kolmessa artikkelissa nousi esille systemaattisen kivun arvioinnin puutteellisuus. Kivun systemaattinen arviointi jäi usein puutteelliseksi. Myöskään siihen suunniteltuja välineitä, kuten kipumittareita ei käytetty tarkoituksenmukaisesti. (Kuuppelomäki 2002.) Puutteellisuus saattoi johtua myös siitä, etteivät hoitotyöntekijät osanneet arvioida kipua (Kayser-Jones ym. 2006).

### 8.1.4. Ongelmat laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa

Neljäs hyvää kivun hoitoa estävä tekijä olivat ongelmat laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa. Aineistosta nousseita osa-alueita liittyen tähän olivat puutteet saattohoidon suunnitelmallisuudessa, välinpitämätön asenne kivun hoitoa kohtaan ja kipulääkkeiden liian vähäinen käyttö.

Puutteet saattohoidon suunnitelmallisuudessa tulivat esille viidessä artikkelissa. Saattohoidon suunnittelu ylipäänsä oli puutteellista, siirtyminen saattohoitoon ja tavoitteiden

asettaminen epäselvää (Parker-Oliver 2002; Zerwekh ym. 2002). Yhteinen kivun hoitokäytäntö saattoi olla olemassa, mutta sen noudattaminen käytännössä jäi heikoksi. Kipua myös dokumentoitiin liian vähän (Kuuppelomäki 2002; Murray ym. 2004). Hoitajilla ei myöskään ollut tapana määrittää kipua hoitotyön diagnoosiksi, vaikka he kärsivät jatkuvista kivuista (Ogasawara - Hasegawa - Kume - Takahashi - Katayama - Furuhashi - Andoh - Yamamoto -Okazaki - Tanabe 2005).

Välinpitämätön asenne kivun hoitoa kohtaan nousi esille kolmessa artikkelissa. Yksi suurimmista asenteellisista ongelmista oli se, etteivät hoitotyöntekijät käyttäneet hyväkseen kaikkia tarjolla olevia keinoja saattohoitopotilaan kivun lievittämiseen. Esille nousi erityisesti se, että erityisesti saattohoitoon koulutetut saattohoitajat, jotka kävivät vanhainkodeissa tukemassa saattohoidon toteuttamista, olivat sitä mieltä, ettei vanhainkodeissa tiedostettu kivun ongelmallisuutta. He arvioivat myös, ettei vanhainkodin henkilökunta pitänyt kivun hoitoa riittävän tärkeänä ja he eivät aina suostuneet noudattamaan saattohoitopotilaalle määrättyä lääkitystä. (Hanson - Henderson - Menon 2002; Munn ym. 2006; Parker-Oliver 2002.)

Kipulääkkeiden liian vähäinen käyttö tuli esille kahdessa artikkelissa. Kipulääkkeiden antovälit venyivät usein liian pitkiksi. Ongelmallista oli myös se, että kipulääkkeitä annosteltiin vain päiväaikaan, eikä tasaisesti kellon ympäri. Tarvittaviksi määrättyjen lääkkeiden annostelussa oli myös ongelmia. Usein ei tunnustettu läpilyöntikipua, eikä sitä näin ollen lääkitty lyhytvaikutteisella valmisteella. Tarvittaviksi määrättyjä kipulääkkeitä annosteltiin liian harvoin, saattohoitopotilas saattoi saada jopa vain 15 % hänelle määrätystä tarvittavista kipulääkkeistä. (Kayser-Jones ym. 2006; Parker-Oliver 2002.)

#### 8.1.5. Luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen

Viides hyvää kivun hoitoa estävä tekijä oli luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen. Aineistosta nousseita osa-alueita tähän liittyen olivat potilaan alentunut kyky ilmaista tarpeitaan ja hoitajan ongelmat suhteen muodostamisessa potilaaseen.

Potilaan alentunut kyky ilmaista tarpeitaan nousi esille neljässä artikkelissa. Kivun arviointi jäi heikommaksi, mikäli potilaan kognitiiviset kyvyt olivat heikentyneet esimerkiksi dementoivan sairauden seurauksena. Erityisen ongelmallista oli, jos potilas oli menettänyt puhekykynsä osittain tai täysin. Tämä johti usein siihen, että kipulääkkeitä annettiin rutiininomaisesti, eikä potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan, koska potilaan kivun asteen arviointi oli hyvin haasteellista. (Murray ym. 2004; Powers - Watson 2008; Wu ym. 2003; Hanson 2002.)

Hoitajan ongelmat suhteen muodostamisessa potilaaseen nousivat esille kahdessa artikkelissa. Hoitajat eivät myöskään aina osanneet sanoa, kertoiko potilas heille avoimesti kivustaan. Ongelmia saattoi myös aiheuttaa läheisen suhteen luominen kuolevaan potilaaseen. (Zerwekh ym. 2002). Kuuppelomäen (2002) tutkimusaineiston mukaan hoitajat olivat sitä mieltä, että esimerkiksi liian myöhäinen siirtyminen vahvojen kipulääkkeiden käyttöön johtui potilaiden vastustuksesta.

#### 8.1.6. Pelko saattohoitoa kohtaan

Kuudes hyvää kivun hoitoa estävä tekijä oli pelko saattohoitoa kohtaan. Tähän liittyviä osa-alueita olivat pelko kuolemaa ja kuolevaa potilasta kohtaan ja pelko voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöä kohtaan.

Pelko kuolemaa ja kuolevaa potilasta kohtaan nousi esille kahdessa artikkelissa. Saattohoitopäätöksen tekeminen ja potilaan tunnustaminen kuolevaksi aiheutti ongelmia hoitotyöntekijöille. Hoitotyöntekijöillä oli vaikeuksia ymmärtää potilaan lähestyvän kuolemaa ja luoda häneen luottamuksellista suhdetta kuoleman lähestyessä. Potilaalta ei kysytty paljon kysymyksiä hänen oireidensa selvittämiseksi. Tämä johti puutteisiin kivun hoidossa. (Parker-Oliver 2002; Zerwekh ym. 2002.)

Pelko voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöä kohtaan nousi esille yhdessä artikkelissa. Hoitotyöntekijät kokivat erilaisia pelkoja saattohoitopotilaan kivunhoitoa kohtaan. Pelko aiheuttivat mm. pelko potilaan tappamisesta kipulääkkein ja syytökset potilaan ylilääkitsemisestä omaisten taholta. Tämä aiheutti välttelevää käyttäytymistä ja esti hoitajaa ottamasta aktiivista roolia potilaan kivunhoidossa. Erityisesti lyhyt työkokemus lisäsi tätä epävarmuutta. (Zerwkh ym. 2002.)

#### 8.1.7. Puutteelliset resurssit

Seitsemäs hyvää kivun hoitoa estävä tekijä olivat puutteelliset resurssit. Tähän liittyviä osa-alueita olivat hoitotyöntekijöiden riittämätön mitoitus ja lääkärin vaikea tavoitettavuus.

Hoitotyöntekijöiden riittämätön mitoitus nousi esille kolmessa artikkelissa. Hoitotyöntekijöiden määrä oli yksinkertaisesti mitoitettu liian vähäiseksi, mikä johti siihen, ettei hoitajilla ollut aikaa tarkkailla ja arvioida potilaan kipua intensiivisesti. Tämä johti puutteel-

liseen kivun hoitoon. Varsinkin vanhainkotiympäristössä yhdellä sairaanhoitajalla saattoi olla jopa neljäkymmentä potilasta vastuullaan, joten on ymmärrettävää, ettei kivun hoidon laatu ollut riittävä. (Kayser-Jones - Schell - Lyons - Kris - Chan - Beard 2003; Kayser-Jones ym. 2006; Zerwkh ym. 2002.)

Lääkärin vaikea tavoitettavuus nousi esille kahdessa artikkelissa. Lääkärin vaikea tavoitettavuus vaikutti heikentävästi laadukkaaseen kivun hoidon toteutukseen. Ongelmia aiheutui varsinkin silloin, kun olisi tarvittu pikaisia lääkemuutoksia. Ongelma oli yleinen erityisesti vanhainkodeissa, joissa paikalla ei ole vakituista lääkäreitä. (Hanson - Reynolds - Henderson - Pickard 2005; Kayser-Jones 2006.) Hoito-organisaatioissa, joissa resursseja ei ollut riittävästi, oli saattohoidon laatu puutteellinen. (Kayser-Jones ym. 2006; Murray ym. 2004).

#### 8.1.8. Riittämätön moniammatillinen yhteistyö

Kahdeksas hyvää kivun hoitoa estävä tekijä oli riittämätön moniammatillinen yhteistyö. Tähän liittyivät ongelmat hoitotyöntekijöiden ja lääkärin välisessä suhteessa.

Ongelmat hoitotyöntekijöiden ja lääkärin välisessä suhteessa nousivat esille neljässä artikkelissa. Hoitotyöntekijät saattoivat kokea esimerkiksi, että lääkäri siirtyi voimakkaiden opioidien käyttöön liian myöhäisessä vaiheessa ja liian pienin annoksin, lisäksi lääkkeet määrättiin usein tarvittaviksi eikä säännöllisesti otettaviksi. Näitä ongelmia pääsi syntymään mm. siksi, että kommunikaatio oli riittämätöntä. (Kuuppelomäki 2002; Kuuppelomäki - Lauri 1998; Kayser-Jones ym. 2006; Parker-Oliver 2002.)

#### 8.2. Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistävistä tekijöistä nousi kuusi osa-alueita. Nämä osa-alueet olivat monipuolinen ja riittävä koulutus, tietämys kivun hoidosta, suhtautuminen kivun hoitoon, hyvien kivun hoitokäytäntöjen noudattaminen, avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijöiden välillä ja pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon. Taulukossa 5 havainnollistetaan, mistä ala-luokista kukin osa-alue muodostuu.

Taulukko 5 Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

KIVUN HOITOA KUVAAVAT MAININNAT RYHMITELTYINÄ	MAININNAT (kuinka monessa artikkelissa maininta)	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laadukkaan kivun hoidon yhteys koulutuksen määrään</li> <li>• Kivun hoidon eri osa-alueiden huomioon ottaminen koulutuksessa</li> <li>• Koulutuksen toteutus interventiona</li> </ul>	2  2  1	Monipuolinen ja riittävä koulutus	Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitotyöntekijöiden hyvä perustietämys kivun hoidosta</li> <li>• Tiedon jakaminen työyhteisössä</li> </ul>	3  1	Tietämys kivun hoidosta	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostaminen</li> <li>• Potilaan ongelmien ja oireiden tiedostaminen</li> <li>• Saattohoitopäätöksen vaikutus kivun hoitoon</li> </ul>	7  6  4	Suhtautuminen kivun hoitoon	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniammatillinen yhteistyö ja erityisosaamisen hyödyntäminen</li> <li>• Yksilöllinen kivun arviointi</li> <li>• Ei-lääkkeellisten menetelmien hyödyntäminen</li> <li>• Kivun hoito opioideilla</li> </ul>	4  2 2  1	Hyvien kivun hoitokäytäntöjen noudattaminen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastavuoroisen suhteen rakentaminen potilaan ja hoitajan välille</li> <li>• Avoin tiedonkulku potilaan ja hoitajan välillä</li> </ul>	2  2	Avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijöiden välillä	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pitkän työkokemuksen yhteys suurempaan tietomäärään</li> <li>• Pitkän työkokemuksen yhteys aktiiviseen roolin ottamiseen potilaan kivun hoidossa</li> </ul>	2  1	Pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon	

### 8.2.1. Monipuolinen ja riittävä koulutus

Ensimmäinen hyvää kivun hoitoa edistävä tekijä oli monipuolinen ja riittävä koulutus. Aineistosta nousseita osa-alueita tähän liittyen olivat laadukkaan kivun hoidon yhteys koulutuksen määrään, kivun hoidon eri osa-alueiden huomioon ottaminen koulutuksessa ja koulutuksen toteutus interventiona.

Laadukkaan kivun hoidon yhteys koulutuksen määrään nousi esille kahdessa artikkelissa. Kivun hoidon koulutuksen määrän todettiin olevan suoraan verrannollinen tietämykseen kivun hoidosta. Hoitotyöntekijöiden peruskoulutus antoi valmiudet hyvään tietämykseen, mutta työpaikkakoulutuksella on myös merkittävä vaikutus osaamiseen. (Bernardi ym. 2007; Parker-Oliver 2002.)

Kivun hoidon eri osa-alueiden huomioon ottaminen koulutuksessa nousi esille kahdessa artikkelissa. Aineistosta nousivat esille koulutuksen tärkeinä sisältöalueina kivun havaitseminen, sen arviointi ja kivun hoito sekä sen hallinta. Yksi oleellinen osa olisi myös kivun psykososiaalisen puolen huomioon ottaminen. (Bernardi ym. 2007; Johnston 2006.)

Koulutuksen toteutus interventiona nousi esille yhdessä artikkelissa. Hanson, Reynolds, Henderson ja Pickard (2005) kuvasivat artikkelissaan saattohoidon laadun parantamiseen tähtäävää interventiota. Tämän intervention seurauksena saattohoitopäätösten määrä lisääntyi huomattavasti. Lisäksi kivun arviointi ja kirjaaminen, ei-lääkkeellisten kivunhallintamenetelmien käyttö, kroonisen kivun ja kuolemaan johtavien sairauksien tunnistaminen parantuivat. Myös ymmärrys säännöllisen kipulääkityksen oleellisuudesta parani jonkin verran.

### 8.2.2. Tietämys kivun hoidosta

Toiseksi hyvää kivun hoitoa edistäväksi tekijäksi nousi tietämys kivun hoidosta. Tähän liittyviä osa-alueita olivat hoitotyöntekijöiden hyvä perustietämys kivun hoidosta ja tiedon jakaminen työyhteisössä.

Hoitotyöntekijöiden hyvä perustietämys kivun hoidosta nousi esille kolmessa artikkelissa. Perustietämys nousi esille lähinnä tutkimuksissa, joissa mitattiin hoitotyöntekijöiden kipuun ja sen hoitoon liittyvää tietämystä. Oleellista oli, että hoitajat tiesivät eri lääkeai-

neita ja -muotoja tulee yhdistellä, opioidiriippuvuus ei ole oleellinen ongelma saattohoitopotilaan kivunhoidossa ja että riittävät suuri annostus ja säännöllinen annosteleminen ovat oleellisia tekijöitä laadukkaassa kivun hoidossa. (Bernardi ym. 2007; Hollen - Hollen - Stolte 2000; Kuuppelomäki 2002; Murray ym. 2004.)

Tiedon jakaminen työyhteisössä nousi esille yhdessä artikkelissa. Tietoa saatiin ensisijaisesti koulutuksesta sekä yleisistä toimintaohjeista. Hoitajat kokivat kuitenkin saavansa tietoa myös muista lähteistä kuin koulutuksesta, kuten kollegoilta, lääkäreiltä, tutkimuksista ja kirjoista. Eritasoinen tieto-taito liittyen kivun hoitoon eri hoitajien välillä koettiin toisaalta hyvää kivun hoitoa estäväksi tekijäksi, mutta toisaalta myös edistäväksi, koska tämä lisää tiedon jakamista työyhteisön sisällä. (Murray ym. 2004.)

### 8.2.3. Suhtautuminen kivun hoitoon

Kolmas hyvää kivun hoitoa edistävä tekijä oli suhtautuminen kivun hoitoon. Aineistosta nousseita tähän liittyviä osa-alueita olivat laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostaminen, potilaan ongelmien ja oireiden tiedostaminen ja saattohoitopäätöksen vaikutus kivun hoitoon.

Laadukkaan kivun hoidon tärkeyden tiedostaminen nousi esille seitsemässä artikkelissa. Kivun hoidon laatua edistää oleellisesti se, että hoitotyöntekijät kokevat sen olevan oleellinen osa saattohoitoa sekä pitävät sen hallitsemista yhtenä ammattitaitonsa kulmakivistä. (Bernardi ym. 2007; Johnston 2006; Murray ym. 2004.) Tärkeää on, että hoitotyöntekijöillä on pyrkimys potilaan kivuttomuuteen riittävillä kipulääkeannoksilla silloinkin, kun he tiesivät sen mahdollisesti lyhentävän potilaan elinaikaa (Bradley - Cherlin - McCorkle - Fried - Kasl - Cicchetti - Johnston-Hurzeler - Horwitz 2001; Johnston 2006).

Potilaan ongelmien ja oireiden tiedostaminen nousi esille kuudessa artikkelissa. Oleellista on, että hoitotyöntekijät tiedostavat huonon oireidenhallinnan johtavan huonoon kuolemaan ja että kipu aiheuttaa saattohoitopotilaalle suurta ahdistusta (Borbasi - Wotton - Redden - Chapman 2005; Kuuppelomäki - Lauri 1998). Tärkeää on myös tiedostaa, että kuolevalla potilaalla on hoitoa vaativia kipuja erittäin usein (Kuuppelomäki 2002). Potilaan oireiden tiedostaminen johtaa siihen, että kipua arvioidaan, lievitetään ja dokumentoidaan riittävästi (Murray ym. 2004).

Saattohoitopäätöksen vaikutus kivun hoitoon nousi esille neljässä artikkelissa. Se, että potilaalle oli asetettu saattohoitopäätös, näytti aineiston perusteella merkittävästi edis-

tävän laadukkaan kivunhoidon toteuttamista. Hoitajat kokivat, että saattohoitopäätöksen saaneilla potilailla oli enemmän kipuja ja he saivatkin suurempia määriä kipulääkkeitä, heillä oli kaksi kertaa suurempi todennäköisyys saada opioideja, heidän kipunsa oli paremmin dokumentoitua ja he saivat myös henkistä tukea useammin kuin sellaiset potilaat, joiden kohdalla virallista saattohoitopäätöstä ei ollut tehty. Heidän hoidossaan käytettiin myös useammin ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä. (Kayser-Jones ym. 2006; Munn - Hanson - Zimmerman - Sloane - Mitchell 2006; Parker-Oliver 2002; Wu ym. 2003.)

#### 8.2.4. Hyvien kivun hoitokäytäntöjen noudattaminen

Neljäs hyvää kivun hoitoa edistävä tekijä oli hyvien kivun hoitokäytäntöjen noudattaminen. Tähän liittyviä osa-alueita olivat moniammatillinen yhteistyö ja erityisosaamisen hyödyntäminen, yksilöllinen kivun arviointi, ei-lääkkeellisten menetelmien hyödyntäminen ja kivun hoito opioideilla.

Moniammatillinen yhteistyö ja erityisosaamisen hyödyntäminen nousivat esille neljässä artikkelissa. Esille nousi erityisesti erikoisosaamista omaavien saattohoitajien osallistuminen saattohoitopotilaiden hoitoon myös varsinaisten saattohoitokotien ulkopuolella. Saattohoitaja vieraili laitoksissa säännöllisin väliajoin, tarkasti saattohoitopotilaan potilaspaperit, arvioi oireita ja toimi potilaan asianajajana. Oleellinen osa oli myös laitoksen hoitotyöntekijöiden ohjaaminen saattohoidon toteutuksessa. Käytössä olevat yhteiset hoitomallit koskien saattohoidon toteutusta edistävät myös hyvää kivun hoitoa. Tärkeää on myös se, että hoitotyöntekijöillä olisi mahdollisuus konsultoida asiantuntijaa koskien kivun hoitoa saattohoidossa. (Kayser-Jones ym. 2006; Murray ym. 2004; Parker-Oliver 2002; Kuuppelomäki 2002.)

Kivun yksilöllinen arviointi nousi esille kahdessa artikkelissa. Hoitotyöntekijät kokivat, että on tärkeää, että kipua seurataan ja arvioidaan jatkuvasti. Tärkeää on huomioida kivun hoidossa potilaan yksilölliset tarpeet. Ne voidaan huomioida vain, jos hoitotyöntekijät keskustelevat potilaan kanssa ja kuuntelevat häntä aktiivisesti. (Kuuppelomäki 2002; Bradley ym. 2001.)

Ei-lääkkeellisten menetelmien hyödyntäminen nousi esille kahdessa artikkelissa. Näitä menetelmiä käyttivät eniten saattohoitoon erikoistuneet hoitajat. Ei-lääkkeellisten menetelmien hyödyntäminen edistää hyvää kivun hoitoa. (Kuuppelomäki 2002; Hollen ym. 2000.)

Kivun hoito opioideilla nousi esille yhdessä artikkelissa. Wu ym. (2003) tulivat siihen tulokseen tutkimusaineistonsa perusteella, että opioidien käyttö kivun hoidossa edistää kivun hyvää dokumentointia. Tämän voidaan olettaa edistävän laadukasta kivunhoitoa.

#### 8.2.5. Avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijöiden välillä

Viides hyvää kivun hoitoa edistävä tekijä oli avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijöiden välillä. Tähän liittyviä osa-alueita olivat vastavuoroisen suhteen rakentaminen potilaan ja hoitajan välille ja avoin tiedonkulku potilaan ja hoitajan välillä.

Vastavuoroisen suhteen rakentaminen potilaan ja hoitajan välille nousi esille kahdessa artikkelissa. Potilas-hoitaja -suhteen rakentaminen on ensisijaisen tärkeää saattohoidossa. Kivun hoitoon ja kirjaamiseen vaikuttaa oleellisesti se, voiko potilas kertoa hoitajalle avoimesti tuntemuksistaan. (Wu ym. 2003; Zerwekh ym. 2002.)

Avoin tiedonkulku potilaan ja hoitajan välillä nousi esille kahdessa artikkelissa. Meraviglia, McGuire ja Chesley (2003) totesivat tutkimuksessaan hoitajien kokevan, että hyvää kivunhoitoa edistäväksi tekijäksi sen, että potilaalla ja omaisilla on tietoa kivusta ja sen hoidosta. Potilaat myös usein pelkäävät morfiinin käyttöön siirtymistä. Tähän voisi auttaa luottamuksellinen keskustelu hoitotyöntekijöiden ja potilaan välillä (Kuuppelomäki 2002).

#### 8.2.6. Pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon

Kuudes hyvää kivun hoitoa edistävä tekijä oli pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon. Tähän liittyviä osa-alueita olivat pitkän työkokemuksen yhteys suurempaan tietomäärään ja pitkän työkokemuksen yhteys aktiivisen roolin ottamiseen potilaan kivun hoidossa.

Pitkän työkokemuksen yhteys suurempaan tietomäärään nousi esille kahdessa artikkelissa. Pidempi työkokemus oli yhteydessä parempaan tietämykseen kivun hoidosta. Erityisesti erikoistuminen saattohoidon toteuttamiseen ja pitkä työkokemus saattohoitopotilaiden parista vahvistivat tietämystä. (Bernardi ym. 2007; Hollen ym. 2000.)

Pitkän työkokemuksen yhteys aktiivisen roolin ottamiseen potilaan kivun hoidossa nousi esille yhdessä artikkelissa. Usein pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat uskal-

sivat myös ottaa aktiivisemmän roolin kivun hoidossa ja toimia potilaan asianajajina (Zerwekh ym. 2002).

## 9. POHDINTA

### 9.1. Tulosten tarkastelu

Riittävä tietämys kivun hoidosta edistää kivun hoidon laadukkuutta. Jotta kivun hoito olisi laadukasta, tulee hoitotyöntekijöiden noudattaa kivun hoidon keskeisiä periaatteita, joita ovat mm. kipulääkkeiden antaminen ympäri vuorokauden, kivun systemaattinen arviointi, hoidon yksilöllinen suunnittelu yhdessä potilaan kanssa ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä (Kuuppelomäki 2002). Näiden kaikkien toteuttaminen vaatii hoitotyöntekijöiltä vankkaa ammatillista perustietämystä, riittävää lisäkoulutusta sekä kykyä arvioida omaa osaamistaan. Tehokas kivunlievitys myös edellyttää eri kipulääkkeiden yhdistelemistä ja niiden haittavaikutusten tuntemista ja kykyä arvioida käytön tarkoituksenmukaisuutta tilanteissa, joissa haittavaikutuksia ilmenee (Sailo - Vartti 2000: 185–195). Mikäli hoitotyöntekijöillä ei ole riittävästi näyttöön perustuvaa, ajan tasalla olevaa tietoa tehokkaasta kivunlievityksestä, jää sen toteuttaminen puutteelliseksi. Koko henkilöstön tehtävä ja velvollisuus on kehittää omaa ammatillista osaamistaan kivun hoidon alueella. (Bernardi ym. 2007; Sailo - Vartti 2000: 62–63.) Ongelmallista on erityisesti se, jos hoitotyöntekijät eivät itse tiedosta oman osaamisensa tasoa. Tämä johtaa siihen, ettei virheellisiä tietoja korjata oikeiksi. (Bernardi ym. 2007; Kuuppelomäki 2002.)

Hoitotyöntekijöiden asenne kivun hoitoa ja ylipäänsä saattohoitoa kohtaan vaikuttavat merkittävästi hoidon laatuun. Jo hoitotyöntekijöiden ja potilaiden käsitys hyvästä kuolemasta saattaa erota merkittävästi, jolloin hoitohenkilökunnan tulisi kunnioittaa potilaan näkemystä (Johnston - Smith 2006). Myöskään kivun hoito sinänsä ei saa olla asennekysymys, vaan jokaisen hoitotyöntekijän tulee pitää velvollisuutenaan kivun hallintaa ja ymmärtää sen olevan yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä tehtävistä. (Sailo - Vartti 2000: 62–63; Bernardi ym. 2007.) Kivun hoito on yksi saattohoidon kulmakivistä (Sailo - Vartti 2000: 164–165). Kun potilaan on määritelty olevan saattohoidossa, kiinnitetään kivun hoitoonkin usein enemmän huomiota. Kivun hoitoa ei tule toteuttaa rutiininomaisesti, vaan sen tulee perustua potilaan subjektiivisiin kokemuksiin ja yksilölliseen hoitosuunnitelmaan (Sailo - Vartti 2000: 164–166). Tämä ei toteudu, mikäli hoitotyöntekijöiden asenne kivun hoitoa kohtaan on välinpitämätöntä. Pelko saattohoitoa, kuolemaa ja potilaan kärsimystä kohtaan heikentää kivun hoidon laatua. Hoitotyöntekijän kokiessa pelkoa ei hoitosuhteeseen muodostu aitoa välittämistä, koska hän usein välttelee potilaan aitoa kohtaamista. (Mäkinen ym. 1999: 110–111.) Hoitotyöntekijät

kokevat pelkoa myös lääkkeiden, erityisesti opioidien, annostelua kohtaan (Zerwekh ym. 2002).

Hoitotyöntekijät korostavat usein saattohoidossa kivun ja muiden fyysisten oireiden hallinnan merkitystä, kun taas potilaalle ja omaisille kipua aiheuttavat myös monet tarkemmin määrittelemättömät asiat, kuten kuolemanpelko ja elämästä luopumisen tuska (Johnston - Smith 2006; Matzo - Witt Sherman 2001). Tällöin vuorovaikutus ja avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijän välillä edistää hyvää kivun hoitoa, koska potilas voi tuoda omia tarpeitaan esiin. Huomioon otetaan myös hoidon sosiaalinen osa-alue, kuten potilaan ja omaisten tukeminen ja tukipalvelujen järjestäminen (Maiche ym. 2004: 5). Potilas on aina oman tilanteensa ja oman kipunsa paras asiantuntija ja tämä tulisi huomioida erityisesti silloin, kun potilaalla on kognitiivisia ongelmia. Hoitotyöntekijöiden tehtävä on havainnoida potilaan viestejä ja käyttäytymistä herkästi ja hyödyntää myös omaisten tekemiä havaintoja (Hänninen 1999: 19–26; Estlander 2003: 121–148). Potilaan tulee voida luottaa kaikissa tilanteissa siihen, että hänen viestejään kuunnellaan ja hän saa lievitystä kipuunsa asianmukaisesti ja mahdollisimman tehokkaasti (Sailo - Vartti 2000: 164–166).

Saattohoito on ollut vuonna 2001 ETENE:n pääteemana ja esillä ovat olleet mm. hoidon priorisointi, riittämättömät määrärahat sekä lääkäri- ja hoitajapula (Heikkinen ym. 2004: 6). Nämä ovat todellisia, jokapäiväisiä ongelmia Suomessa ja vaikuttavat oleellisesti kivun hoidon laatuun saattohoidossa. Kaikilla yksiköillä, joissa hoidetaan kuolevia potilaita, tulisi olla riittävät resurssit inhimillisen ja turvallisen hoidon toteuttamiseen. Vain näin voidaan turvata potilaan itsemääräämisoikeus ja hoidon jatkuvuus. (Risikko 2008: 2-3.) Ihanteellista olisi, jos saattohoitoa voitaisiin toteuttaa varsinaisissa saattohoitokodeissa, mutta näitä paikkoja on Suomessa hyvin rajoitetusti. Näin ollen tulisi hoitotyöntekijöiden saattohoidon toteuttamisen osaamista parantaa kaikissa yksiköissä, joissa saattohoitoa toteutetaan. (Heikkinen ym. 2004: 102–104; Saarelma 2005: 205.)

## 9.2. Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan, jotta voidaan selvittää kuinka totuudenmukaisesti tietoa opinnäytetyön avulla on tuotettu (Kylmä - Juvakka 2007: 127). Tämä on välttämätöntä, koska opinnäytetyöprojekteissa tuotettua tietoa on tarkoitus hyödyntää työelämässä. Koska opinnäytetyömme on toteutettu laadullista tutkimusmenetelmää hyväksikäyttäen, arvioimme luotettavuutta seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä - Juvakka 2007: 128).

Opinnäytetyömme uskottavuutta tukee se, että olemme toteuttaneet sen työparina. Tällöin mukana on kahden ihmisen näkökulma ja analyysimme vastaa molempien osapuolten näkemystä asiasta. Opinnäytetyöprosessimme on kestänyt noin vuoden, joten olemme olleet tutkimamme ilmiön kanssa pitkään tekemisissä. Tämä edistää ilmiön syvällistä ymmärtämistä ja tätä kautta myös opinnäytetyön uskottavuutta. Mukana prosessissa on myös ollut opinnäytetyönohjaaja, joka on arvioinut prosessin eri vaiheiden etenemistä. Lisäksi toinen opinnäytetyöpari on tutkinut samaa aihetta samaan aikaan, vaikkakin eri näkökulmasta, ja tätä kautta olemme saaneet vahvistusta omalle tuotoksellemme.

Vahvistettavuus liittyy siihen, että opinnäytetyöprosessi on esitetty niin tarkkaan, että se voidaan toistaa ja päätyä samanlaisiin tuloksiin. Koska opinnäytetyömme on laadullinen, tulee kuitenkin ottaa huomioon, ettei toistettaessa välttämättä päädytä samoihin johtopäätöksiin. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on kuitenkin hyväksyttävää, eikä välttämättä vähennä tutkimuksen luotettavuutta.

Reflektiivisyys tarkoittaa sitä, että opinnäytetyötä tehdessä opiskelija on tietoinen omista lähtökohdistaan ja siitä, miten hän mahdollisesti itse vaikuttaa tutkittavaan aineistoon. Opinnäytetyössämme reflektiivisyyttä edistää työskentelymme työparina. Tällöin olemme voineet välttää sitä, ettei opinnäytetyöprosessin aikana ole syntynyt omia päätelmiä, vaan tulokset nousevat puhtaasti aineistosta.

Siirrettävyys tarkoittaa opinnäytetyön tulosten siirrettävyyttä muihin tilanteisiin. Oleellista on se, että opinnäytetyössä olemme antaneet riittävästi tietoa käyttämästämme aineistosta, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. Olemme pyrkineet tähän esimerkiksi tekemällä aineistosta kattavan taulukoinnin, jossa on kuvattu mm. tutkimusartikkeleiden otos sekä käytetty tutkimusmenetelmä.

### 9.3. Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu

Opinnäytetyön eri vaiheissa eettinen pohdiskelu ja valintojen tekeminen on keskeistä ja epäonnistuminen näissä voi viedä pohjan tutkimustuloksilta. Eettistä pohdintaa aiheuttavat asiat voivat liittyä esimerkiksi aiheen valintaan, opinnäytetyöprosessin toteuttamiseen sekä tulosten luotettavuuteen. (Kylmä - Juvakka 2007: 137.)

Aiheen valinta voi muodostaa eettisen ongelman. Opinnäytetyömme tapauksessa projektiin liittyvät aiheet oli jo määritelty ja niiden eettisyys arvioitu etukäteen. Aiheemme liittyi saattohoitoon ja kuoleva potilas on haavoittuva tutkimuksen kohde, joten heidän tutkimiseensa liittyy paljon eettistä pohdintaa aiheuttavia piirteitä. Koska tutkimusaineistomme muodostui jo julkaistuista tutkimusartikkeleista, koimme, että eettiset ongelmat oli jo ratkaistu tutkimusten tekovaiheessa. Tutkimusartikkeleiden teksti on julkista materiaalia, joten sen käyttäminen opinnäytetyön aineistona on hyväksyttävää. Aiheen tarkensimme ja nimesimme itse ja määrittelimme tutkimuskysymykset, jotka tarkemmin rajasivat opinnäytetyön aiheen. Aiheen merkitystä terveydenhuollon ja yhteiskunnan kannalta on perusteltu johdannossa. Kyseessä on yksi hoitotyön keskeisimmistä eettisistä kysymyksistä: minkälaista hoitoa haluamme tarjota kuoleville ihmisille. Aihe on koettu tärkeäksi myös Helsingin kaupungin Akuutisairaalan henkilökunnan keskuudessa, koska he olivat kokeneet tarpeelliseksi saada lisää tietoa saattohoitopotilaan kivun hoidosta.

Tutkimusmenetelmän valintaa on arvioitava eettisyyden varmistamiseksi. Käyttämämme induktiivinen sisällönanalyysi on hyväksi todettu kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa. Tosin ei ollut tarkoituksenmukaista käyttää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, joten sovelsimme sitä opinnäytetyöhön sopivalla tavalla.

Onnistunut tutkimuksen toteuttaminen ja aineiston analysointi edellyttää myös eettistä tarkastelua. Opinnäytetyössämme näitä on tarkasteltu seminaareissa ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa, lisäksi olemme itse arvioineet omaa työskentelyämme kriittisesti ja käyttäneet lähdemateriaalia prosessin toteuttamisessa. Tutkimustulokset on raportoitu sellaisenaan aineiston analyysin perusteella.

#### 9.4. Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyössämme hyvää kivun hoitoa saattohoidossa estäviksi tekijöiksi hoitotyöntekijöiden näkökulmasta nousivat vähäinen tietämys kivun hoidosta, omien tietojen väärinarviointi, liian vähäinen kivun arviointi hoitotyössä, ongelmat laadukkaaseen kivun hoidon tärkeyden tiedostamisessa, luottamuksellisen potilas-hoitaja -suhteen puuttuminen, pelko saattohoitoa kohtaan, puutteelliset resurssit ja riittämätön moniammatillinen yhteistyö. Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa edistäviksi tekijöiksi hoitotyöntekijöiden näkökulmasta nousivat koulutus, tietämys kivun hoidosta, suhtautuminen kivun hoitoon, hyvien kivunhoitokäytäntöjen noudattaminen, avoin suhde potilaan ja hoitotyöntekijän välillä ja pitkän työkokemuksen yhteys laadukkaaseen kivun hoitoon.

Hyvää kivun hoitoa saattohoidossa näyttäisi edistävän riittävä tietämys kivun hoidosta. Tämän aikaansaamiseksi tulisi järjestää aikaisempaa enemmän tarkoituksenmukaista koulutusta. Myös asennoituminen saattohoitopotilaan kivun hoitoon vaikuttaa merkittävästi kivun hoidon laatuun. Hoitajan ja potilaan välisen luottamuksellisen suhteen rakentaminen on oleellista hyvän kivun hoidon toteutumisen kannalta. Terveystieteiden-organisaatioiden velvollisuus on tarjota hoitohenkilökunnalle riittävät resurssit laadukkaasti saattohoidon toteuttamiseen.

Kivun hoito tulisi toteuttaa moniammatillisena yhteistyönä, jossa jokaisen ammattiryhmän edustaja tuo esille kivun hoitoa edistäviä tekijöitä oman erityisosaamisensa valossa. Hoitoa tulisi toteuttaa yhteisesti sovittujen käytäntöjen ja toimintamallien mukaisesti. Kivun arvioinnissa oleellista on potilaan oma arvio kivun voimakkuudesta ja laadusta. Tietoa voidaan saada paitsi keskusteluin potilaan ja omaisten kanssa, myös esimerkiksi kipumittareiden avulla. (Kuuppelomäki 2002; Hänninen 2003: 81–82.) Ei-lääkkeelliset menetelmät ovat usein hyödyllisiä varsinkin kun niitä yhdistetään lääkehoitoon. Käytetyin ei-lääkkeellinen hoitomuoto on asentohoito. (Heikkinen ym. 2004: 53–61.) WHO:n laatimien suositusten mukaan voimakasta kipua tulisi hoitaa yhdistelemällä eri kipulääkkeitä säännöllisesti annosteltuna. Käytännössä tämä tarkoittaa usein parasetamolin tai tulehduskipulääkkeen yhdistämistä heikkoon tai vahvaan opioidiin. (Hänninen 2003: 88–89.)

#### 9.5. Opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kuvata kivun hoitoa saattohoidossa tutkimustiedon pohjalta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja tuoda esiin tutkittua tietoa mahdollisimman inhimillisestä ja kivuttomasta elämän loppuajasta. Valitsimme tutkimuskysymyksiksi mitkä tekijät estävät ja mitkä edistävät hyvää kivun hoitoa saattohoidossa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Mielestämme näiden tutkimuskysymysten avulla saatu tieto oli muokattavissa muotoon, jossa sitä voidaan hyödyntää helposti käytännön hoitotyössä. Kun peilasimme saamiamme tuloksia teoretietoon, totesimme, että ne vastasivat suurelta osin jo olemassa olevaa tietoa, joskin tiivistetyssä muodossa. Näin ollen pääsimme myös opinnäytetyömme tavoitteeseen, joka oli tuoda tiivistetyssä muodossa tutkittua tietoa saattohoitopotilaan hyvästä kivun hoidosta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Akuutisairaalan vuodeosastoille.

Saavutimme omat opinnäytetyöhön liittyvät oppimistavoitteemme, jotka olimme määrittelleet jo prosessin alussa. Tavoitteenamme oli oppia etsimään ja muokkaamaan tutkit-

tua tietoa tiiviiseen ja helposti hyödynnettävään muotoon sekä saada tietoa meitä kiinnostavasta aiheesta ja tutkimustavasta. Tästä tulee olemaan hyötyä tulevassa ammatissamme. Kaiken kaikkiaan olemme tyytyväisiä opinnäytetyöprosessin etenemiseen ja omaan työskentelyymme. Toteutimme prosessin eri vaiheet yhdessä, koska mielestämme yhdessä työskentely edistää työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Koimme myös että tällaiseen työskentelytapaan oli riittävästi aikaa ja saimme siitä huomattavasti enemmän irti kuin yksilöllisemmästä tavasta työskennellä. Opinnäytetyöprosessin varrella ilmaantui ajoittain hankaluuksia, mutta selvitimme ne keskustelemalla, opinnäytetyöohjaajan ja kirjallisuuden avulla. Opimme näkemään, miten tutkimustietoa voi hyödyntää käytännön työelämässä ja tuottaman itse työelämässä hyödynnettävää materiaalia.

Prosessin aikana mieleemme nousi useita jatkotutkimusehdotuksia. Koimme, että tarvetta olisi erityisesti konkreettisiin käytännön ohjeisiin tähtääviin tutkimuksiin. Useissa tutkimuksissa on todettu, että koulutusta tarvitaan lisää ja koulutusta tulisi kehittää, jotta se vastaa työelämän tarpeisiin, mutta tietoa siitä, mitä tällainen koulutus käytännössä sisältää, oli melko vähän. Myös hoitajan ja potilaan välistä hyvää vuorovaikutussuhdetta korostetaan runsaasti hyvää kivun hoitoa edistävänä tekijänä, mutta suhteen luomiseen vaadittavia taitoja ei ole eritelty käytännön tasolla juurikaan. Mielestämme lisäksi yhteisten kivun hoitokäytäntöjen kehittämisen tutkimiseen voisi panostaa jatkossa, jotta hoitohenkilökunnalla olisi konkreettisia ohjeita, joita noudattaa.

## LÄHTEET

- Aalto, Kirsti (toim.) 2000: Saattohoito. Lähimmäisenä kuolevalle. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Aaltonen, Merja 2000: Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Tammi. 199–210.
- Bernardi, Matteo - Catania, Gianluca - Tridello, Gloria 2007: Knowledge and Attitudes About Cancer Pain Management. *Cancer Nursing*, 30 (2): 20-26.
- Borbasi, Sally - Wotton, Karen - Redden, Maurine - Chapman, Ysanne 2005: Letting Go: A Qualitative Study of Acute Care and Community Nurses' Perceptions of a 'Good' Versus a 'Bad' Death. *Australian Critical Care* August, 18 (3): 104-113.
- Bost, James E. - Williams, Brian A. - Bottegai, Matthew T. - Dang, Qianyu - Rubio, Doris M. 2007: The 8-Item Short-Form Health Survey and the Physical Comfort Composite Score of the Quality of Recovery 40-Item Scale Provide the Most Responsive Assessments of Pain, Physical Function, and Mental Function During the First 4 Days After Ambulatory Knee Surgery with Regional Anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 105(6): 1693–700.
- Bradley H. Elizabeth – Cherlin, Emily – McCorkle, Ruth – Fried R. Terri – Kasl V. Stanislav – Cicchetti V. Domenic – Johnson-Hurzeler, Rosemary – Horwitz M. Sarah 2001: Nurses' Use of Palliative Care Practices in the Acute Care Setting. *Journal of Professional Nursing*, 17 (1): 14-22.
- Cramer D., Laura - McCorkle, Ruth - Cherlin, Emily - Johnson-Hurzeler, Rosemary - Bradley H., Elizabeth 2003: Nurses' Attitudes and Practice Related to Hospice Care. *Journal of Nursing Scholarship* Third Quarter: 249-255.
- Eho, Sirkku – Hänninen, Juha – Kannel, Virpi – Pahlman, Irma – Hallila, Ritva 2003: Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Verkkodokumentti. <<http://www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>>. Luettu 1.9.2008.

- Elia, Nadia - Lysakowski, Christopher - Trámer, Martin R. 2005: Does Multimodal Analgesia with Acetaminophen, Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs, or Selective Cyclooxygenase-2 Inhibitors and Patient-controlled Analgesia Morphine Offer Advantages over Morphine Alone? *Anesthesiology*, 103: 1296- 1304.
- Estlander, Ann-Mari 2003: *Kivun psykologia*. Juva: WSOY.
- Haanpää, Maija - Soinila, Seppo 2008: Neuropaattisen kivun diagnostiikka tarkentuu. *Suomen Lääkärilehti*, 36 (63): 2900–2903.
- Hanson C., Laura - Henderson, Martha - Menon, Manoj 2002: As Individual as Death Itself: A Focus Group Study of Terminal Care in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (1): 117-125.
- Hanson, Laura C. - Reynolds, Kimberly S. - Henderson, Martha - Pickard, Glenn 2005: A Quality Improvement Intervention to Increase Palliative Care in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (3): 576-584.
- Heikkinen, Helena – Kannel, Virpi – Latvala, Eila 2004: *Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. Porvoo: WSOY.
- Hermann, Carla - Looney, Stephen 2001: The Effectiveness of Symptom Management in Hospice Patients During the Last Seven Days of Life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 3 (3): 88–96.
- Hirsjärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2007: *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otava Oy.
- Hollen, Connie J. - Hollen, Charles W. - Stolte, Karen 2000: Hospice and Hospital Oncology Unit Nurses: A Comparative Survey of Knowledge and Attitudes About Cancer Pain. *Oncology Nursing Forum*, 27 (10): 1593-1599.
- Hänninen, Juha – Pajunen, Tapio 2006: *Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta ja elämästä*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

- Hänninen, Juha 2006: Palliatiivisen sedaation periaatteet. Teoksessa Hänninen, Juha (toim.): Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätöksen kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 92–101.
- Hänninen, Juha 1999: Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy.
- Hänninen, Juha 2001: Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, Juha 2003: Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- IASP Pain Terminology. 2007. Verkkodokumentti. <

Homes: The Physical Environment, Inadequate Staffing and Lack of Supervision. *The Gerontologist*, 43 (Special Issue II): 76-84.

Kayser-Jones, Jeanie S. - Kris, Alison E. - Miaskowski, Christine A. - Lyons, William L. - Paul, Steven M. 2006: Hospice Care in Nursing Homes: Does It Contribute to Higher Quality Pain Management? *The Gerontologist*, 46 (3): 325-333.

Kuuppelomäki, Merja - Lauri, Sirkka 1998: Ethical Dilemmas in the Care of Patients with Incurable Cancer. *Nursing Ethics*, 5 (4): 283-293.

Kuuppelomäki, Merja 2002: Kuolevan potilaan kivun hoito terveystieteissä sairaanhoitajien arvioimana. *Hoitotiede* 14 (5): 243–253.

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällän analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3-11.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1): 37–44.

Leppäniemi, Ari 2007: Suolitukos. Teoksessa Höckerstedt, Krister - Färkkilä, Martti - Kivilaakso, Eero - Pikkarainen Pekka (toim.): *Gastroenterologia ja hepatologia*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Oy. 85–90.

Maiche, Abdel – Salomaa, Eeva – Ilvonen, Mirja – Ylläsjärvi, Arja – Valanne, Raili 2004: Saattohoito-ohje 2004. Verkkodokumentti. <<http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=624&GUID=%7B882C3E59-298A-40D0-8764-1B9C6A34D53F%7D>>. Rovaniemi: Lapin Sairaanhoidopiiri.

Malmberg, Lena 2000: Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): *Kivunhoito*. Tampere: Tammi. 185–198.

Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2006: Kuntoutumista ja selviytymistä edistävä hoitotyö Helsingin terveystieteiden keskuksen Akuutisairaалassa. Projektisuunnitelma. Helsinki.

- Matzo, Marianne L. - Witt Sherman, Deborah 2001: Palliative Care Nursing: Ensuring Competent Care at the End of Life. *Geriatric Nursing* 22 (6): 288-293.
- Meraviglia G., Martha - McGuire, Catherine - Chesley A., Dorothy 2003: Nurses' Need for Education on Cancer and End-of-Life Care. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 34 (3): 122-127.
- Munn C., Jean - Hanson C., Laura - Zimmerman, Sheryl - Sloane D., Philip - Mitchell, Madeline 2006: Is Hospice Associated with Improved End-of-Life Care in Nursing Homes and Assisted Living Facilities? *Journal of American Geriatric Society* 54: 490-495.
- Murray, Mary Ann - Fiset, Valerie - O'Connor, Barbara 2004: Learning Needs of Nurses at a Residential Hospice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 6:108-116.
- Mäkinen, Birgitta - Katajisto, Jouko - Välimäki, Maritta 1999: Hoitajien käsityksiä kuolemasta ja kuolevan potilaan omaisten tukemisesta. *Hoitotiede* 11 (3): 109-118.
- Ogasawara, Chie - Hasegawa, Tomoko - Kume, Yasuko - Takahashi, Ilkuyo - Katayama, Yukari - Furuhashi, Yoko - Andoh, Masayo - Yamamoto, Yoku - Okazaki, Sumiko - Tanabe, Michiko 2005: Nursing Diagnoses and Interventions of Japanese Patients with End-Stage Breast Cancer Admitted for Different Care Purposes. *International of Nursing Terminologies and Classifications* 16 (3-4): 54-64.
- Parker-Oliver, Debra 2002: Hospice Experience and Perceptions in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine* 5 (5): 713-720.
- Pikkarainen, Pekka 2007: Närästys, nielemisvaikeus ja rintakipu. Teoksessa Höckerstedt, Krister - Färkkilä, Martti - Kivilaakso, Eero - Pikkarainen Pekka (toim.): *Gastroenterologia ja hepatologia. Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus Oy. 24-30.
- Powers, Bethel Ann - Watson, Nancy M. 2008: Meaning and Practise of Palliative Care for Nursing Home Residents with Dementia at End of Life. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23 (4): 319-325.

- Qvick, Lena - Sailo, Kaija 2000: Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Tammi. 60–65.
- Raudonis, Barbara M. – Kyba, Ferne C.N. – Kinsey, Terri A. 2002: Long-term Care Nurses' Knowledge of End-of-Life Care. *Geriatric Nursing* 23 (6): 296-300.
- Risikko, Paula 2008: Saattohoito sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta. Luentomateriaali 23.9.2008 Biomedicum.
- Saarelma, Kaija 2005: Palliativinen hoito kotisairaalassa. *Duodecim* 2005; 121: 203–9.
- Sailo, Eriikka 2000: Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Tammi. 30–38.
- Sailo, Kaija 2000: Kuolevan potilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka - Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Tammi. 164–166.
- Silvennoinen, Jouni 2007: Ummetus. Teoksessa Höckerstedt, Krister - Färkkilä, Martti - Kivilaakso, Eero - Pikkarainen Pekka (toim.): Gastroenterologia ja hepatologia. *Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus Oy. 46–50.
- Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Vainio, Anneli 2003: Kipu. *Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Tsai, Jaw-Shiun - Wu, Chih-Hsun - Chiu, Thai-Yuan 2006: Symptom Patterns of Advanced Cancer Patients in a Palliative Care Unit. *Palliative Medicine* 20: 617-622.
- Wu, Ning - Miller, Susan C. - Lapane, Kate - Gozalo, Pedro 2003: The Problem of Assessment Bias When Measuring the Hospice Effect on Nursing Home Residents' Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 26 (5): 998-1008.

Zerwekh, Joyce - Riddell, Susan - Rickhard, Joyce 2002: Fearing to Comfort: A Grounded Theory of Constraints to Opioid Use in Hospice Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 4 (2): 83-90.

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Bernardi ym. 2007: Knowledge and Attitudes About Cancer Pain Management. Italia.	Kerätä tietoa italialaisten saattohoitajien tietämyksestä ja asenteista syöpäkipunhoitoa kohtaan ja selvittää mitkä tekijät ovat vaikuttamassa niihin.	66 saattohoitokodin sairaanhoitajaa eri puolilta Italiaa	Maanlaajuinen deskriptiivinen tutkimus. Tieto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella ja analysoidtiin SAS-ohjelmalla.	Keskimäärin hoitajat vastasivat oikein 62,7 % kivunhoitoa koskevista kysymyksistä. Yli 30 % vastaajista aliarvioi potilaan tuntemaa kipua ja he eivät hoitaneet sitä oikein; he myös arvioivat oman tietämyksensä väärin. Enemmän koulutusta kivunhoidosta saaneet vastasivat selvästi enemmän oikein kuin koulutusta vähemmän saaneet.	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitajat aliarvioivat potilaan kipukokemusta</li> <li>-Vain kolmannes hoitajista olisi antanut oikean määrän morfiinia</li> <li>-Oman tietonsa kivunhoidosta huonommiksi arvioineet hoitajat myös aliarvioivat potilaan kipukokemusta</li> <li>-Lähes puolet hoitajista luuli, että morfiinilla on kattoannos</li> <li>-Pieni osa luuli plasebon olevan hyvä tapa testata potilaan kipukokemuksen todellisuus</li> <li>-Yli puolet hoitajista uskoi potilaiden kärsivän kliinisesti merkittävästä hengitysvajauksesta opioidien käytön yhteydessä</li> <li>-Lähes 40 % hoitajista ei uskonut potilaan olevan oman kipunsa paras asiantuntija</li> <li>-Yli kolmannes hoitajista</li> </ul>

					<p>aliarvioi potilaan kipua eikä hoitanut sitä oikein</p> <p>-Omien tietojen väärinarviointi johtaa siihen, ettei väärää tietoa korjaa</p> <p>-Hoitajilla oli liian vähän tietoa lääkkeistä, erityisesti morfiinista</p> <p>-Hoitajien vähäinen tietämys kivusta johtaa kivun aliarvioimiseen ja saattohoitopotilaiden huonoon elämänlaatuun</p> <p>-Kivunhoidon koulutusta on korostettu liian vähän</p> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <p>-Pidemmän työkokemuksen omaavilla hoitajilla oli enemmän tietoa kivunhoidosta</p> <p>-Korkeamman koulutustaustan omaavat hoitajat tiesivät enemmän kivunhoidosta</p> <p>-Kivunhoidon koulutuksen määrä oli verrannollinen tietämykseen kivunhoidosta</p> <p>-Lähes kaikki hoitajat pitivät kivunhoitoa oleellisena osana</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>saattohoitoa</p> <p>-Suurin osa hoitajista tiesi, että WHO:n määritelmän mukaan tulisi eri kipulääkkeitä yhdistellä</p> <p>-Suurin osa hoitajista tiesi, että potilas pyysi aikaisempaa suurempia annoksia kipulääkettä sen takia, että kipu voimistui</p> <p>-Suurin osa hoitajista tiesi, ettei riippuvuus ole todennäköistä opioidikivunhoidon yhteydessä</p> <p>-Kivunhoidon koulutuksessa tärkeitä osa-alueita ovat kivun havaitseminen, arviointi sekä kivun hoito ja hallinta</p> <p>-Kipukoulutusta pitäisi järjestää paitsi peruskoulutuksessa, myös työpaikkakoulutuksena</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Borbasi ym. 2005: Letting Go: A Qualitative Study of Acute Care and Community Nurses' Perceptions of a 'Good' Versus a 'Bad' Death. Australia.</p>	<p>Tutkia hoitajien käsitystä sydänpotilaiden saattohoidosta. Hoitajat määrittivät 'hyvän' ja 'huonon' kuoleman.</p>	<p>17 sairaanhoitajaa, jotka valittiin mukaan kyselylomakkeen perusteella</p>	<p>Avoimet syvähaastattelut, aineisto analysoitiin laadullisesti.</p>	<p>Hyvään kuolemaan kuuluu se, että kuoleman lähestyminen hyväksytään. Silloin saattohoito voidaan aloittaa aikaisemmin ja toteuttaa näin paremmin. Hyvä kuolema vaatii aikaa ja resursseja ja se toteutetaan niin, että kokemus potilaalle yksilöllinen.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u>          -Hoitajat kokivat, että saattohoitopotilaiden oireidenhallinnassa eniten huolta aiheuttivat hengenahdistus ja kipu          -Hoitajien mielestä huono oireidenhallinta aiheutti huonon kuoleman          -Tärkeinä asioina hyvän kuoleman toteutumisen kannalta pidettiin yksityisyyttä, hyvää kivunhoitoa sekä riittäviä henkilöstöresursseja          -Hoitajat kokivat, että oireita voitiin hallita, mikäli resurssit olivat riittävät</p>
---	--	---	---	---	--

<p>Bradley ym. 2001: Nurses's Use of Palliative Practices in the Acute Care Setting. USA</p>	<p>Tutkia akuutin vuodeosaston sairaanhoitajien käyttämiä raportoituja palliativisen hoidon auttamiskeinoja saattohoitopotilailla.</p>	<p>180 sairaanhoitajaa, 6 Connecticutin lähistön sairaalaa. Hoitajan tuli olla vakituisessa työsuhteessa ja ainakin 6 kuukautta työkokemusta kyseisellä osastolla</p>	<p>Kyselylomake, joka sisälsi kysymyksiä palliativisen hoidon käytänteistä, hoitajan ja potilaan välisestä kommunikaatiosta koskien saattohoitoa ja potilaan ennustetta sekä hoitajan tietotasoa ja koulutusta koskien saattohoitoa</p>	<p>88,5 % sairaanhoitajista raportoivat käyttäneensä palliativisen hoidon auttamiskeinoja hoitaessaan saattohoitopotilaita. Hoitajien korkeampi tietotaso saattohoidosta, alle 10 vuoden kokemus sairaanhoidosta ja osallistuminen saattohoitokoulutukseen viiden vuoden sisällä oli yhteydessä korkeampi tasoiseen saattohoitoon. Merkittävä osa (51,8 %) hoitajista raportoivat, ettei koskaan keskustele saattohoitopotilaiden kanssa. Peruskoulutuksella ei ollut merkitystä. Palliativisen hoidon auttamiskeinoja käytettiin yleisimmin akuuteilla vuodeosastoilla</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u>          -Aktiivinen ja passiivinen kuuntelu ja kipulääkkeiden anto potilaalle olivat yleisimmät raportoidut palliativisen hoidon auttamiskeinot          -81,8 % hoitajista pyrki sellaisiin annoksiin kipulääkkeistä, jotta potilas olisi täysin kivuton          -63,6 % hoitajista antaisi kipulääkettä kärsimyksen lievittämiseen tietäen sen kuitenkin lyhentävän potilaan elinaikaa</p>
--	--	---	---	---	---

<p>Hanson ym. 2002: As Individual as Death Itself: A Focus Group Study of Terminal Care in Nursing Homes. USA.</p>	<p>Tarkoitus tuoda esille yli 65-vuotiaiden vanhainkodissa asuvien ihmisten elämän loppuvaiheen tarpeita</p>	<p>77 vanhainkodin hoitotyöntekijää ja lääkäriä</p>	<p>11 videokuvattua pienryhmätilannetta, jotka rakentuivat kolmen ennalta määritellyn kysymyksen ympärille</p>	<p>Hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa estäviä tekijöitä olivat haastateltujen mielestä mm. koulutuksen puute, liika keskittyminen kuntoutukseen sekä resurssien vähäisyys. Edistäviksi tekijöiksi koettiin kokemuksen tuoma varmuus ja hyvä suhde potilaaseen. Kolme tärkeää teemaa nousi kuvaamaan hyvää kuolemaa vanhainkodissa: henkilökohtainen hoitomalli, joka räätälöity yhteistyössä omaisten kanssa, moniammatillinen yhteistyö, hoitosuunnitelma sisältäen ennusteen, henkisen valmistautumisen ja hoitomenetelmien tarkoituksenmukaisen käytön</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Niillä potilailla, joilla oli kognitiivisissa taidoissa häiriöitä, arvioitiin kipua ja oireita hoitajien mielestä huonommin</li> <li>-Hoitajat eivät aina olleet yksimielisiä kivun merkeistä puhumattomilla potilailla</li> <li>-Monissa tutkimusryhmissä hoitajat eivät olleet yksimielisiä siitä, oliko kipu yleinen ongelma vanhainkodissa</li> <li>-Dementiaa sairastavien potilaiden kivunarviointi aiheutti johdonmukaisesti väittelyä tutkimusryhmissä</li> </ul>
--	--	---	--	---	--

<p>Hanson ym. 2005: A Quality Improvement Intervention to Increase Palliative Care in Nursing Homes. USA.</p>	<p>Testata, parantaako laadun parantamiseen tähtäävä interventio vanhainkodeissa saattohoitoa, kivun hallintaa ja hoidon suunnittelua.</p>	<p>Yhdeksän vanhainkotiä, joista kaksi oli vertailukohteita. 1169 potilaan potilaspaperit käytiin läpi ennen ja jälkeen laadun parantamiseen tähtäävää interventiota.</p>	<p>Potilaspaperit analysoitiin käyttämällä siihen suunniteltua työkalua.</p>	<p>Vanhainkodeissa, joissa interventio oli toteutettu, saattohoitopäätösten määrä kasvoi huomattavasti. Hoitotyöntekijöiden suorittama kivun arviointi lisääntyi merkittävästi samoin kuin ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käyttö. Kipulääkkeiden käyttö ei kuitenkaan lisääntynyt.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u>          -Lääkäreiden tavoitettavuus  <u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u>          -Laadun parantamiseen tähtäävän intervention jälkeen saattohoitopäätösten määrä kasvoi huomattavasti          -Kivun arviointi ja kirjaaminen potilaspapereihin lisääntyi merkittävästi          -Ei-lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien käyttö lisääntyi huomattavasti          -Kroonisen kivun tunnistaminen vain hieman          -Ymmärrys säännöllisen kipulääkityksen säännöllisyydestä lisääntyi jonkin verran          -Kuolemaan johtavan sairauden merkkien ja oireiden tunnistaminen parantui</p>
---	--	---	--	---	---

<p>Hollen ym. 2000: Hospice and Hospital Oncology Unit Nurses: A Comparative Survey of Knowledge and Attitudes About Cancer Pain. USA.</p>	<p>Tunnistaa hoitajien syöpäkivunhallintaan liittyvän tietämyksen vahvuudet ja heikkoudet sekä siihen liittyvät väärinkäsitykset. Tarkoitus on myös selvittää, miten syöpäosaston hoitajien ja saattohoitajien tietämys kivusta eroaa.</p>	<p>30 saattohoitajaa ja 34 syöpäosaston sairaanhoitajaa, joilla oli vähintään puolen vuoden työkokemus kyseisessä yksikössä</p>	<p>Deskriptiivinen, vertaileva tutkimus, jonka aineisto kerättiin kyselylomakkeella.</p>	<p>Saattohoitajilla oli parempi tietotaso koskien kivunhoitoa kuin syöpäosaston sairaanhoitajilla. Heillä oli enemmän tietämystä myös koskien opioidien käyttöä, hoidon suunnitelmallisuutta sekä yksilöllisyyttä. Saattohoitajilla oli myös ollut enemmän kivunhoitoon liittyvää koulutusta.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Suurin osa hoitajista ei tiennyt, että narkoottisen kipulääkkeen käyttöön liittyvä psykologinen riippuvuus on erittäin harvinaista</li> <li>-Suuri osa hoitajista ei tiennyt, että mikäli potilaan ahdistusta tai masennusta lievitetään, se ei automaattisesti tarkoita sitä, että myös kipu lieventyisi</li> </ul> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Saattohoitoon erikoistuneilla hoitajilla oli selvästi paremmat tiedot kivunhoidosta</li> <li>-Saattohoitoon erikoistuneet hoitajat tiesivät enemmän opioidien käytöstä sekä suunnittelusta</li> <li>-Saattohoitoon erikoistuneet hoitajat olivat valmiimpia käyttämään monenlaisia kivunhoitomenetelmiä</li> <li>-Lähes kaikki hoitajat tiesivät, että morfiinin annostusta tulee lisätä (eikä vaihtaa toiseen lääkkeeseen) silloin kun potilaalle on kehittynyt</li> </ul>
--	--	---	--	---	--

LIITE 1

					<p>toleranssia</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Suurin osa saattohoitajista tiesi, että säännöllisesti annettava kipulääkitys ehkäisi toleranssin syntymistä ja pienensi riskiä riippuvuuden syntymiseen</li><li>-Lähes kaikki hoitajat tiesivät, että säännöllinen kipulääkitys auttoi pitämään kivun hallinnassa</li><li>-Kaikki hoitajat olivat tietoisia siitä, että potilaalla saattaa olla kipua vaikka hän ei sitä ilmaisissikaan</li></ul>
--	--	--	--	--	--

<p>Johnston 2006: Nurses' and Patients' Perceptions of Expert Palliative Nursing Care. Iso-Britannia.</p>	<p>Tutkia hoitajien ja potilaiden käsityksiä saattohoidosta sekä saattohoitaja -käsitteestä</p>	<p>22 sairaanhoitajaa kahdesta akuuttisairaala. Lisäksi 22 saattohoitopotilasta. Opinnäytetyömme analyysissä huomioitu vain sairaanhoitajilta saatu aineisto.</p>	<p>Syvähaastattelut, jotka analysoitu sisällön analyysin avulla.</p>	<p>Tulosten perusteella luotiin kahdeksan teemaa ja 29 kategoriaa. Hoitajien haastattelun perusteella luodut keskeiset teemat olivat suhteen luominen potilaaseen, potilaan hyvinvoinnista huolehtiminen, yhteistyö sekä ammattitaito.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u> -Hoitajat kokivat kivun- ja oireidenhoidon olevan keskeistä saattohoidossa -Hoitajat pyrkivät hyvään oireiden- ja kivunhallintaan -Hyvää kivunhoitoa edistäisi se, jos kivunhoidon koulutuksessa otettaisiin huomioon saattohoidon psykososiaalinen puoli</p>
---	---	---	--	--	--

<p>Kayser-Jones ym. 2003: Factors That Influence End-of-Life Care in Nursing Homes: The Physical Environment, Inadequate Staffing and Lack of Supervision. USA.</p>	<p>Tutkia fyysisen ympäristön sekä organisatoristen tekijöiden vaikutusta saattohoitopotilaiden hoidon laatuun vanhainkodeissa.</p>	<p>66 hoitohenkilökunnan jäsentä, 36 lääkäriä, 35 potilasta sekä 52 omaista. Otimme huomioon vain hoitohenkilökunnalta saadun aineiston.</p>	<p>Syvähaastattelut sekä tapahtumien tarkkailu ja analysointi sisällön analyysin avulla.</p>	<p>Fyysinen ympäristö ei edistänyt hyvää hoitoa, potilailla ei ollut juurikaan yksityisyyttä. Henkilökuntaa oli liian vähän ja potilaiden tilaa ei kyetty valvomaan. Perushoitoja, mukaan lukien asentohoitoja, ei voitu toteuttaa kunnolla. Vanhainkotien todettiin olevan epäsoivia paikkoja saattohoitopotilaille.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u> -Riittämätön henkilökunnan mitoitus aiheuttaa fyysistä, psyykkistä ja emotionaalista kipua</p>
---	---	--	--	---	---

<p>Kayser-Jones ym. 2006: Hospice Care in Nursing Homes: Does It Contribute to Higher Quality Pain Management? USA.</p>	<p>Tutkia saattohoitopotilaiden kivunhoitoa kahdessa vanhainkodissa.</p>	<p>Kahden vanhainkodin hoitohenkilökunta sekä lääkärit, lisäksi 107 kuolevaa potilasta sekä heidän omaisensa, potilaspaperit sekä hoitajien muistiinpanot. Opinnäytetyömme analyysissa emme ole ottaneet huomioon potilaiden ja omaisten osuutta.</p>	<p>Havainnointi, niiden analysointi laadullisesti, lisäksi potilaspapereiden analysointi määrällisesti. Tämän lisäksi tutkimuksen yhteydessä oli tehty syvähaastatteluja, mutta niistä saatua aineistoa ei ole käytetty näissä tuloksissa.</p>	<p>72 % potilaista koki kipua. Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä olivat mm. lääkärin vaikea tavoitettavuus, henkilökunnan riittämätön tietämys kipulääkityksestä sekä liian vähäiset henkilökuntaresurssit. Hyvää saattohoitoa edistivät erityisten saattohoitajien käynnit vanhainkodeissa.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Saattohoitopilaat, joilla oli syöpädiagnoosi, saivat suurempia määriä kipulääkkeitä</li> <li>-Läkkäämmät potilaat saivat pienempiä annoksia kuin nuoremmat</li> <li>-Potilaat saivat vain 15 % tarvittaviksi määrätystä kipulääkkeistä</li> <li>-Suurin osa potilaista koki kipua huolimatta heille määrätystä ja annetuista kipulääkkeistä</li> <li>-Lääkäri oli vaikea saada kiinni</li> <li>-Lääkärillä oli huono tietämys kivunhoidosta</li> <li>-Hoitohenkilökuntaa oli liian vähän</li> <li>-Kipulääkkeitä määrättiin liian usein tarvittavina eikä kellon ympäri</li> <li>-Kipulääkkeiden antovälit olivat liian pitkiä</li> <li>-Kipulääkkeen annostus oli usein liian pieni</li> <li>-Kivunhoito kipulääkkein oli</li> </ul>
---	--	---	--	--	--

LIITE 1

					<p>alihoidettua</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitohenkilökunnan tietämys kivunhoidosta oli puutteellista</li> <li>-Hoitajien ja lääkärien välisessä kommunikaatiossa oli ongelmia</li> <li>-Vaikka 80 % hoitajista oli saanut koulutusta saattohoidosta, mutta koulutus oli riittämätöntä</li> <li>-Monet hoitajat eivät osanneet arvioida potilaan kipua</li> <li>-Hoitajilla ei ollut aikaa arvioida potilaiden kipua</li> <li>-Osa hoitajista ei ymmärtänyt lyhyt- ja pitkävaikuteisten kipulääkkeiden eroa</li> <li>-Aina ei annettu lyhytvaikuteista kipulääkettä läpilyöntikipuun</li> <li>-Tarvittaviksi määrättyjä kipulääkkeitä annosteltiin liian harvoin</li> <li>-Monet hoitajat tekivät tuplavuoroja</li> <li>-Potilaita oli liikaa per sairaanhoitaja, jopa neljäkymmentä</li> <li>-Lääkäreitä oli vaikea saada kiinni, jos olisi tarvittu pikaisia</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

					<p>kipulääkemuutoksia</p> <p>-Lääkäreillä eikä hoitajilla ollut riittävää osaamista kivunhoidossa</p> <p>-Saattohoito ei ollut laadukasta, mikäli se toteutettiin paikassa, jossa ei ollut riittäviä resursseja</p> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <p>-Saattohoitopäätöksen saaneet potilaat saivat enemmän kipulääkkeitä, kuin ne, joiden kohdalla saattohoitopäätöstä ei ollut tehty</p> <p>-Erityinen saattohoitaja tapasi saattohoitopotilaita viikoittain tai useammin ja tarkasti paperit, arvioi oireet ja toimi potilaan asianajajana, tarvittaessa neuvotteli lääkärin kanssa kipulääkityksestä ja ohjasi henkilökuntaa</p>
--	--	--	--	--	--

## LIITE 1

<p>Kuuppelomäki 2002: Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. Suomi.</p>	<p>Tarkastella kivun yleisyyttä ja kivun hoidon toteutusta saattohoitopotilaiden hoidossa hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.</p>	<p>328 sairaanhoitajaa, 32 terveyskeskusta</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake, joka analysoitiin SPSS-ohjelman avulla.</p>	<p>Sairaanhoitajat kokivat saattohoitopotilailla olevan usein kipua. Kivun arviointiasteikkoja ei juuri käytetty, mutta suurin osa koki kivun hoidon omalla osastollaan hyväksi. Yli kolmannes arvioi, ettei osastolla ollut yhteistä kivun hoitokäytäntöä. Hoitotyön kehittäminen osastolla oli yhteydessä hyvän kivunhoidon toteuttamiseen.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että kipupotilas on aina syöpää sairastava</li> <li>-Kipumittareita käytettiin kivun arvioinnissa erittäin harvoin</li> <li>-Heikoimmin toteutui yhteisesti sovittu kivun hoitokäytäntö</li> <li>-Heikosti toteutui systemaattinen kivun arviointi</li> <li>-Puolet hoitajista arvioi, että lääkäri määräsi morfiinia liian myöhäisessä vaiheessa</li> <li>-Kolmannes hoitajista oli sitä mieltä, että lääkäri määräsi morfiinia liian pieninä annoksina</li> <li>-Suurin osa hoitajista koki, että liian myöhäinen siirtyminen morfiini käyttöön johtui potilaan vastustuksesta</li> <li>-Suurin osa hoitajista koki, että tarve kivunhoidon koulutukseen oli vähäinen</li> <li>-Asentohoito oli lähes ainoa ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä käytetty muoto</li> </ul>
--	---	--	---	---	---

LIITE 1

					<p>-Puolet hoitajista ei osannut sanoa, kertooko potilas avoimesti kivustaan hoitohenkilökunnalle</p> <p>-Koulutuksen tarvetta kivunhoitoon on, mutta sairaanhoitajat eivät sitä tiedostaneet</p> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <p>-Suurin osa hoitajista koki, että kuolevalla potilaalla on hoitoa vaativia kipuja erittäin usein</p> <p>-Suurin osa oli sitä mieltä, että kuolevalla potilaalla oli melko harvoin kipuja, joita ei pystytty lievittämään</p> <p>-Suurin osa hoitajista arvioi kivun hoidon omalla osastollaan erittäin tai melko hyväksi</p> <p>-Hoitajat arvioivat oman toimintansa liittyen kivunhoitoon erittäin hyväksi tai melko hyväksi</p> <p>-Suurin osa hoitajista antaisi kuolevalle potilaalle ylimääräisen annoksen kipulääkettä ilman lääkärin</p>
--	--	--	--	--	---

LIITE 1

					<p>määräystä</p> <p>-Yleisin kivun arviointimenetelmä oli keskustelu potilaan kanssa</p> <p>-Valtaosa hoitajista koki, että kivunhoito on moniammatillista yhteistyötä</p> <p>-Valtaosa hoitajista koki, että kivunhoidossa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet</p> <p>-Valtaosa koki, että kipulääkettä annettiin kuolevalle potilaalle kellon ympäri</p> <p>-Kuolevan potilaan hoitotyön kehittäminen osastolla oli yhteydessä kivun hoidon arviointiin</p> <p>-Eri lääkemuotoja käytettiin suhteellisen paljon</p> <p>-Suurin osa hoitajista koki, että kipua seurataan ja arvioidaan jatkuvasti</p> <p>-Ei-farmakologisten menetelmien käyttö edistää hyvää kivunhoitoa</p> <p>-Morfiinin pelkoon voisi auttaa sairaanhoitajan keskustelu potilaan ja omaisen kanssa kivusta ja sen hoidosta</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Kuuppelomäki ym. 1998: Ethical dilemmas in the care of patients with incurable cancer. Suomi.</p>	<p>Tunnistaa ja kuvailla eettisiä ongelmia koskien parantumatonta syöpää sairastavien potilaiden hoidossa.</p>	<p>13 sairaanhoitajaa ja 13 lääkäriä kahdesta ja keskussairaalaista ja neljästä terveyskeskuksesta. Lisäksi haastateltiin 32 potilasta, mutta analyysissamme emme ottaneet heidän vastauksiaan huomioon.</p>	<p>Puolistrukturoidut haastattelut, jotka nauhoitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällön analyysiä.</p>	<p>Eettisiä ongelmia esiintyi määrittellessä potilaan diagnoosia, totuuden kertomisessa potilaalle, tiedon antamisessa, kivun hoidossa ja päättäessä aktiivisista hoitotoimenpiteistä. Ongelmat koskivat pääasiassa suonensisäisiä infuusioita, verensiirtoja sekä antibiootteja. Ongelmia oli myös hoitohenkilökunnan ja omaisten sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u> -Hoitajien mielestä lääkärit olivat haluttomia määräämään morfiinia -Hoitajien mielestä lääkärin määräämät morfiiniannokset eivät olleet riittäviä -Hoitajien mielestä kipulääke oli määrätty usein tarvittavaksi eikä säännöllisesti annosteltuna <u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u> -Hoitajat kokivat, että kipu aiheuttaa potilaalle suurta ahdistusta</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Meraviglia ym. 2003: Nurses' Needs for Education on Cancer and End-of-Life Care. USA.</p>	<p>Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään hoitajien tietotasoa ja työskentelyä syöpä- ja saattohoitopotilaiden kanssa, sekä heidän tarvettaan koulutukseen koskien syöpä- ja saattohoitopotilaan hoitoa.</p>	<p>325 satunnaisesti valittua Teksasin osavaltiossa työskentelevää sairaanhoitajaa</p>	<p>Sähköpostitse lähetetty kyselylomake, joka oli tehty aikaisemman tutkimuksen perusteella. Analyysimenetelmästä ei ollut tarkkaa mainintaa.</p>	<p>Hoitajat kokivat tarvitsevansa jatkuvaa koulutusta saattohoitoon liittyen. Hoitajien käsitykset saattohoitopotilaan tarpeista liittyivät potilaiden fyysisiin tarpeisiin.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u>  -66,1 % hoitajista arvioi omat tietonsa saattohoidosta heikoiksi  -Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta kivun- ja oireidenhallinnasta  <u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä</u>  -Hoitajat kokivat, että hyvää kivunhoitoa edistää se, että potilaalla ja omaisilla on tietoa kivusta ja sen hoidosta</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Munn ym. 2006: Is Hospice Associated with Improved End-of-Life Care in Nursing Homes and Assisted Living Facilities? USA.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää onko saattohoidon laatu parempaa saattohoitokodeissa kuin vanhainkodeissa tai palvelutaloissa</p>	<p>97 omaista, 104 hoitohenkilökunnan jäsentä sekä 124 saattohoitopotilasta</p>	<p>Strukturoitu puhelinhaastattelu</p>	<p>Saattohoitokodeissa hoitotyön eri osa-alueet oli huomioitu paremmin. Myös kivunhoito koettiin laadukkaammaksi.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoito estäviä tekijöitä:</u>          -Hoitajat eivät yhdistäneet saattohoitoa parempaan kivunhoitoon  <u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u>          -Saattohoitopäätöksen saaneista potilaista suurempi osa koki kipua ja sai kipulääkitystä kuin muista potilaista          -Saattohoitopäätöksen saaneet potilaat saivat muita useammin ei-lääkkeellistä kivunhoitoa (kuten kylmähoitoa tai hierontaa)          -Hoitajat kokivat, että saattohoitopotilailla näytti olevan useammin epämukavuutta kuin muilla potilailla</p>
--	---	---	--	---	--

<p>Murray ym. 2004: Learning Needs of Nurses at a Residential Hospice. Kanada.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli auttaa saattohoitajia nimeään aihealueita, joihin tarvitsivat vielä lisää koulutusta</p>	<p>22 sairaanhoitajaa</p>	<p>Haastattelut, pienryhmäkeskustelut, kyselylomake sekä havainnointi</p>	<p>Hoitajat kokivat, että heidän oli vaikea arvioida potilaan kipukokemusta. Hoitajat tarvitsevat lisää kokemusta ja koulutusta saattohoitopotilaan kipuun liittyen.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoito estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta kivun arvioinnista ja hallinnasta</li> <li>-Eettisesti ongelmalliseksi kivunhoitoon liittyneen koettiin se, jos potilaan kognitiiviset kyvyt olivat heikentyneet</li> <li>-Koulutuksessa oppimista estäväksi tekijöiksi koettiin tilan ja ajan puute, puutteellinen tieto käytettävissä olevista resursseista sekä vaikeus löytää kaikille sopiva ajankohta</li> <li>-Hoitajien eri tasoinen tietotaito liittyen kivunhoitoon koettiin sekä edistäväksi että estäväksi tekijäksi</li> <li>-Hoitajat kokivat, että heillä oli liian vähän tietoa lääkkeellisistä ja tutkittuun tietoon perustuvista interventioista</li> <li>-Hoitajat arvioivat oman toimintansa kivunhoitoon liittyen muiden toimintaa paremmaksi</li> <li>-Hoitajat kokivat, että</li> </ul>
--	---	---------------------------	---	--	--

					<p>saattohoitopotilaan kivunhoidosta tarvittiin eniten koulutusta</p> <p>-Kivun dokumentointi koettiin heikoimmin toteutuvaksi osa-alueeksi kivunhoidossa</p> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <p>-Hoitajat kokivat kivun arvioinnin ja hallinnan olevan yksi tärkeimmistä oireiden hallintaan liittyvistä ammattitaidon osa-alueista</p> <p>-Kivunhoidon koulutuksen vaikuttavuuteen koettiin vaikuttavan halu jakaa tietoa muiden kanssa ja mielenkiinto saattohoitoa koskevaa tietoa kohtaan</p> <p>-Hoitajien eritasoinen tietotaito liittyen kivunhoitoon koettiin sekä edistäväksi että estäväksi tekijäksi</p> <p>-Tehokkaimmaksi koulutustavaksi ehdotettiin kuukausittaista, työaikaan kuuluvaa koulutusta</p> <p>-Kivunhoitoa edistäviksi tekijöiksi nousivat jonkin verran esiin myös</p>
--	--	--	--	--	--

LIITE 1

					<p>mahdollisuus konsultoida  asiantuntijahoitajaa sekä  luoda valmiit hoitomallit  koskien yleisimpiä ongelmia  -Suurin osa hoitajista koki  arvioivansa kipua riittävästi  useimmissa tapauksissa  -Suurin osa hoitajista uskoi  lievittävänsä potilaan kipua  riittävästi  -Suurin osa hoitajista oli sitä  mieltä, että kipua  dokumentoitii riittävästi  -Hoitajien mielestä kivusta ja  sen hoidosta sai eniten tietoa  lääkäreiltä ja kollegoilta  -Kivunhoidosta sai tietoa  myös tutkimuksista, kirjoista ja  toimintaohjeista  -Kipuun liittyvän tiedon määrä  lisääntyi koulutuksella,  toimintaohjeiden avulla sekä  kollegoiden kanssa  keskustellessa esimerkiksi  hoitokokouksissa  -Koulutus, yhtenäiset  kirjaamiskäytännöt sekä  yhteistyö johdon kanssa  tukivat oppimista</p>
--	--	--	--	--	--

<p>Ogasawara ym. 2005: Nursing Diagnoses and Interventions of Japanese Patients with End-Stage Breast Cancer Admitted for Different Care Purposes. Japan.</p>	<p>Selvittää hoitotyön diagnoosien käyttöä loppuvaiheen rintasyöpää sairastavien hoidossa</p>	<p>150 potilaan potilaspaperit ja – dokumentit kolmesta eri japanilaisesta sairaalasta. Potilaat olivat saattohoidossa ja sairastivat rintasyöpää</p>	<p>Deskriptiivisessä tutkimuksessa potilaspaperit- ja dokumentit läpikäytiin ja analysoitiin kvantitatiivisella menetelmällä</p>	<p>Dokumenteista löytyi kaikkiaan 539 hoitotyön diagnoosia. Yleisimmät niistä olivat krooninen kipu, alttius infektioille sekä liikkumisen vaikeus. Hoitotyön diagnooseihin vaikutti selvästi se, mistä syystä potilas oli otettu osastolle.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u>  -79 % potilaista kärsi kivusta mutta vain 32 % potilaista oli hoitotyön diagnoosina krooninen kipu  -Hoitajilla ei ollut tapana diagnosoida kipua loppuvaiheen syöpäpotilailla  <u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u>  -Yleisin hoitotyön diagnoosi oli krooninen kipu</p>
---	---	---	--	--	--

<p>Parker-Oliver 2002: Hospice Experience and Perceptions in Nursing Homes. USA.</p>	<p>Kuvailla saattohoitajien kokemuksia ja käsityksiä saattohoitopotilaan hoidosta pitkäaikaishoitolaitoksissa.</p>	<p>69 saattohoitajaa ja 24 hoitotyönjohtajaa .</p>	<p>Kyselylomake, jossa sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Ne analysoitiin määrällisellä menetelmällä.</p>	<p>Hoitajat raportoivat huonoja kokemuksia koskien kivunhoitoja ja hoidon suunnittelua vanhainkodeissa. He olivat kokeneet myös turhautumista hoitaessaan saattohoitopotilaita vanhainkodeissa, erityisesti liittyen kivunhoitoon.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Saattohoitajien mielestä vanhainkodeissa kivun arviointi oli huonoa</li> <li>-Saattohoitajien mielestä vanhainkodeissa tarvittavia kipulääkkeitä annettiin liian vähän</li> <li>-Saattohoitajien mielestä vanhainkodeissa hoitajien tietämys kivusta oli liian vähäistä</li> <li>-Vanhainkodin hoitohenkilökunta ei aina tuntenut saattohoidon periaatteita</li> <li>-Saattohoidon suunnittelu oli puutteellista</li> <li>-Vanhainkodeissa saattohoidon tarvetta ei aina tunnistettu</li> <li>-Vanhainkodin hoitohenkilökunnan arvioitiin pitävän kipua ja sen hoitoa vähemmän tärkeänä</li> <li>-Saattohoitajat kokivat, että vanhainkodin henkilökunta ei aina suostunut noudattaman saattohoitoon liittyvää</li> </ul>
--	--	--	---	--	--

					<p>lääkitystä</p> <p>-Kommunikaatio saattohoitajien ja vanhainkodin henkilökunnan välillä koettiin vaikeaksi</p> <p>-Hoitohenkilökunnan haluttomuus tehdä saattohoitopäätös ja tätä kautta leimata potilas kuolevaksi</p> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <p>-Vanhainkodin henkilökunnan yhteistyö saattohoitajien kanssa</p> <p>-Saattohoitajat kokivat, että vanhainkodin henkilökunta arvosti heidän taitojaan kivun hallinnassa</p> <p>-Saattohoitopäätöksen saaneiden potilaiden uskottiin saavan enemmän henkistä tukea ja parempaa kivunhoitoa</p> <p>-Kivunhoito on saattohoitajien pääasiallinen tehtävä vanhainkodeissa</p> <p>-Kivunhoidon arvioitiin parantuvan, mikäli hoitohenkilökunta saisi lisää</p>
--	--	--	--	--	--

					koulutusta -Yhteistyö koulutuksen avulla	paranisi
--	--	--	--	--	--	----------

<p>Powers ym. 2008: Meaning and Practise of Palliative Care for Nursing Home Residents with Dementia at End of Life. USA.</p>	<p>Kuvailta saattohoitokäytäntöjä dementiaa sairastavien vanhainkotien asukkaiden kohdalla.</p>	<p>30 potilaan potilasdokumentit sekä omaisilta ja hoitohenkilökunnalta kerätty aineisto.</p>	<p>Potilasdokumentit analysoitiin kvantitatiivisesti. Potilaiden, omaisien sekä hoitohenkilökunnan haastattelut analysoitiin kvalitatiivisesti käyttäen sisällön analyysia.</p>	<p>Dementiaa sairastavien saattohoitopotilaiden hoito on monimutkaista ja sen luonnetta ymmärretään liian vähän. Saattohoidossa etusijalla tulisi olla mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä sairauden oireiden hallinta.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u>          -Kipulääkkeitä annettiin rutiininomaisesti, koska dementiaa kärsivät potilaat eivät voineet ilmaista itseään verbaalisesti          -Hoitohenkilökunta mielsi saattohoidon usein pelkästään kivun lievittämiseksi ja invasiivisten toimenpiteiden välttämiseksi</p>
---	---	---	---	--	---

<p>Raudonis ym. 2002: Long-Term Care Nurses' Knowledge of End-of-Life Care. USA.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaishoitajien tietotasoa saattohoidosta</p>	<p>161 sairaanhoitajaa, 24 pitkäaikaishoito-osastoa Pohjois-Texasista</p>	<p>Kuvaileva tutkimus, jossa sairaanhoitajien tietotasoa testattiin saattohoidon periaatteista ja filosofiasta, kivusta ja oireiden hallinnasta sekä hoidon psykososiaalisista osa-alueista</p>	<p>Parhaiten sairaanhoitajat vastasivat oikein osassa kolme, joka käsitteli psykososiaalisia kysymyksiä (69 %). 61 % hoitajista vastasi oikein kivun ja oireiden hallinnan kysymyksiin, 58 % vastasi oikein filosofisiin ja –eettisiä periaatteita koskeviin kysymyksiin. Testi viittasi siihen, että hoitajat tarvitsevat lisää tietoa varsinkin kipua ja oireiden hallintaa koskevista asioista</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 61 % hoitajista vastasi oikein kivun ja oireiden hallinnan kysymyksiin</li> <li>- Kyselytesti saattohoidon tietotasosta viittasi siihen, että hoitajat tarvitsevat lisää tietoa kivusta ja oireiden hallinnasta</li> </ul>
--	---	---	---	---	--

<p>Wu ym. 2003: The Problem of Assessment Bias When Measuring the Hospice Effect on Nursing Home Residents' Pain. USA.</p>	<p>Tutkia erilaista kivun dokumentointia saattohoitopotilaiden kohdalla sekä sellaisten potilaiden kohdalla, joilla ei ole saattohoitopäätöstä käyttäen hyväksi hoitajien täyttämiä MDS -lomakkeita.</p>	<p>9613 hoitajien tekemää MSD -arviointia vuosina 1999–2000 aikana edesmenneistä potilaista.</p>	<p>MDS -lomakkeet analysoitiin kvantitatiivisesti.</p>	<p>Saattohoitopäätöksen saaneet potilaat saivat todennäköisemmin opioideja kuin muut potilaat. Heillä oli myös enemmän dokumentoitua kipua.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoitoa estäviä tekijöitä:</u>          -Kivun arviointi sellaisen potilaan kodalla, joka ei pysty kommunikoimaan sanallisesti on hankalaa          -Kivun arviointiin saattaa vaikuttaa potilaan saama diagnoosi (esim. syöpä)  <u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u>          -Kipua oli dokumentoitu enemmän niiden potilaiden kohdalla, joilla oli saattohoitopäätös          -Saattohoitopäätöksen saaneilla potilailla oli yli kaksi kertaa suurempi todennäköisyys saada opioideja kivunhoidossa          -Saattohoitopäätöksen saaneet saivat parempaa kivunhoitoa          -Kivun hoito opioideilla edistää kivun dokumentointia          -Kivun kirjaamiseen ja hoitoon vaikuttaa se, kertooko potilas kivusta hoitohenkilökunnalle</p>
--	--	--	--	---	---

<p>Zerwekh ym. 2002: Fearing to Comfort: A Grounded Theory of Constraints to Opioid Use in Hospice Care. USA.</p>	<p>Tarkoitus selvittää, mitä esteitä saattohoidossa on hyvälle kivunhoidolle.</p>	<p>28 saattohoitokodin sairaanhoitajaa</p>	<p>Teemahaastattelu, joka keskittyi hoitajien omiin kokemuksiin kivunhoidosta. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällön analyysiä sekä grounded theory -menetelmää.</p>	<p>Estävät tekijät luokiteltiin viiteen ryhmään: potilaslähtöisiin, lääkärlähtöisiin, omaislähtöisiin, hoitajalähtöisiin sekä terveydenhuoltojärjestelmästä johtuviin. Pelko opioideja kohtaan oli pääsyy huonoon kivunhoitoon. Jotta saattohoitokoulutus olisi tehokasta, tulisi sen käsitellä myös hoitajissa heräviä pelkoja käyttämällä avulla esimerkiksi kognitiivisen terapian strategioita.</p>	<p><u>Hyvää kivunhoito estäviä tekijöitä:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pelko ja välttelevä käyttäytyminen nousi hyvän kivunhoidon estävien tekijöiden perustaksi</li> <li>-Hoitajien mielestä saattohoitopotilaan kivun hoito on pelottavaa</li> <li>-Siirtyminen saattohoitoon ja sen tavoitteiden asettaminen oli epäselvää</li> <li>-Hoitajilla ei ollut riittävästi aikaa intensiiviseen kivun tarkkailuun</li> <li>-Kulttuurinen tietämättömyys on este tehokkaalle kivun hallinnalle</li> <li>-Pelko, että tappaa potilaan on yleinen saattohoitajilla</li> <li>-Hoitajat pelkäävät ja välttelevät opioidien käyttöä</li> <li>-Hoitajat pelkäävät, että omaiset syyttävät heitä yllilääkitsemisestä</li> <li>-Hoitajat uskoivat tietävänsä paremmin kivunhoidosta kuin potilas itse ja saattoivat kieltäytyä näkemästä ja kuulemasta kärsivää potilasta</li> </ul>
---	---	--	--	---	---

					<p>-Huono potilas-hoitaja -suhde oli merkittävä este hyvälle kivunhoidolle</p> <p>-Useat hoitajat pelkäsivät liian läheistä suhdetta kuolevan potilaan kanssa</p> <p>-Hoitajat, jotka välttelivät suhteen muodostamista potilaan kanssa, eivät kyselleet paljon kysymyksiä selvittääkseen potilaan kipua ja kärsimystä</p> <p>-Hoitajat, jotka pelkäsivät ottaa roolia potilaan kivunhoidossa, jättivät helposti vastuun lääkärille</p> <p>-Saattohoitajat, joilla oli vähemmän työkokemusta, jättivät helpommin vastuun kivunhoidosta lääkärille</p> <p><u>Hyvää kivunhoitoa edistäviä tekijöitä:</u></p> <p>Potilas-hoitaja -suhteen rakentaminen oli ensisijaista hyvässä kivunhoidossa</p> <p>-Hoitajat, joilla oli pidempi työkokemus, uskaltautuivat aktiivisemmän roolin kivunhoidossa ja ajoivat potilaan asioita aktiivisemmin</p>
--	--	--	--	--	---

