

Niina Haataja ja Henna Ronkainen

Syöpäpotilaan palliatiivinen kivunhoito

Opas Kuusamon akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle



Sairaanhoitaja (AMK)

Sosiaali- ja terveysala

Kevät 2022



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Haataja Niina & Ronkainen Henna

Työn nimi: Syöpäpotilaan palliatiivinen kivunhoito, Opas Kuusamon akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), sosiaali- ja terveystieteiden ala

Asiasanat: syöpäpotilaan palliatiivinen kivunhoito, kipu, syöpä, palliatiivinen hoitotyö

Syöpään sairastuu vuosittain miljoonia ihmisiä ympäri maailman. WHO:n mukaan vuonna 2020 syöpään kuoli lähes 10 miljoonaa ihmistä. Syövän yleinen oire on kipu. Palliatiivisen syöpäpotilaan loppuvaiheen hoidossa jopa lähes 90 % kärsii kivuista. WHO on määritellyt syöpäkivun hoitoon porrastetun menetelmän, jonka avulla syöpäkipua tulisi hoitaa. Syövän hoitomenetelmät ovat kehittyneet ajan saatossa, mutta silti syöpäkivun alihoidon on edelleen yleinen ongelma.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosasto. Toimeksiantajan toiveena oli saada konkreettinen opinnäytetyö, jonka avulla voitaisiin kehittää akuuttiosastolla hoidettavien palliatiivisten syöpäpotilaiden kivunhoidon laatua. Opinnäytetyönämme syntynyt opas on akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle tiivis, mutta informatiivinen syöpäpotilaan palliatiivisen kivunhoidon ohjauksessa ja hoidossa. Opas tukee hoitohenkilökuntaa sekä syöpäpotilaan palliatiivisen kivunhoidon lääkehoidon toteutuksessa että sen suunnittelussa ja kivunhoidon ohjauksessa.

Opinnäytetyömme toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Prosessi alkoi idean suunnitteluvaiheella, jonka jälkeen lähdimme suunnitelmaa toteuttamaan. Suunnittelu ja toteutusvaiheessa keräsimme teoriataustaa ja työstimme oppaan raakaversioon. Oppaan arviointiin kuului oppaan raakaversioon palautekysely, joka oli suunnattu akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle. Palautteita saatuaamme tapasimme toimeksiantajan yhteyshenkilön, jonka kanssa sovimme oppaaseen tehtävistä muutoksista käytyämme ensin palautteet yhdessä läpi.

Opas kehittää ja tukee Kuusamon akuuttiosaston hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja sitä on helppo hyödyntää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Opas voi toimia myös hyvänä materiaalina kivunohjauksessa potilaan ja tämän läheisten kanssa. Oppaan sisältö on suunniteltu niin, että sekä lähi- että sairaanhoidtajat voivat hyödyntää sitä työssään.

Abstract

Author(s): Haataja Niina & Ronkainen Henna

Title of the Publication: Palliative Pain Treatment of Cancer Patient – a guide for the nursing staff in the acute ward at Kuusamo Health Center

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: palliative pain treatment of cancer patient, pain, cancer, palliative care

The International Agency for Research on Cancer (IARC) of the World Health Organization (WHO) has estimated that there were nearly 10 million deaths caused by cancer in 2020. Pain is a common symptom of cancer. There have been studies which show that almost 90 percent of patients who are in the final stages of palliative care suffer from pain. The WHO has defined a graduated method for the treatment of cancer pain. Although pain management methods have evolved, undertreatment of pain is still a common problem.

This thesis was commissioned by the acute ward at Kuusamo Health Center. The commissioner hoped to have a practical thesis which would help to develop the quality of pain treatment in cancer patients at the palliative care stage. The result of this thesis is a compact and informative guide to the treatment of and guidance in cancer pain. The guide supports the nursing staff's professional skills in treating cancer pain as well as in planning and implementing pain treatment.

This thesis was conducted as a functional thesis. The process was started by planning the subject of the thesis followed by the implementation of the plan. Theoretical background was gathered, and a rough version of the guide created in the design and implementation phase. A questionnaire was also created to collect feedback from the nursing staff in the acute ward. The questionnaire was part of the evaluation of the final product, i.e., the guide. After receiving the feedback, a meeting with the contact person for the commissioner was organized, and the feedback and changes to the guide were discussed.

Sisällys

1.	Johdanto	2
2.	Mitä syöpä on?.....	3
3.	Kipu.....	5
4.	Palliativinen hoitotyö	7
5.	Syöpäpotilaan palliativinen kivunhoito	8
5.1	Kivun arviointi	9
5.2	Kivunhoidon ohjaus.....	10
5.3	Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät	10
5.3.1	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	11
5.3.2	Opioidit	12
5.3.3	Muut lääkkeet.....	14
5.4	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	15
5.4.1	Fysioterapia	16
5.4.2	Psykologiset menetelmät.....	17
5.5	Muut menetelmät	18
6.	Tavoite, tarkoitus, tutkimuskysymykset.....	19
7.	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	20
7.1	Opinnäytetyön suunnittelu	20
7.2	Opinnäytetyön toteutus	21
7.3	Oppaan arviointi.....	22
8.	Pohdinta	24
8.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	24
8.2	Johtopäätökset ja jatkokehittämissaiheet	25
9.	Lähteet.....	27

Liitteet

1. Johdanto

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) kansainvälinen syöväntutkimuskeskus (IARC) on arvioinut, että vuonna 2020 maailmassa todettiin noin 19,2 milj. uutta syöpätapausta. Tilastojen mukaan samana vuonna syöpään kuoli lähes 10 milj. ihmistä. (World Health Organization, 2022.) Suomessa todettiin vuonna 2019 miehillä 18340 ja naisilla 16987 uutta syöpätapausta, mistä voidaan päätellä, että lukumäärällisesti miesten ja naisten syöpätapauksien välillä ei ole suurta eroavaisuutta. Vuoteen 2017 asti naisten syöpätapaukset ovat lisääntyneet noususuhdanteisesti, kun taas miehillä nousu on tasoittunut vuosien 2004–2019 aikavälillä. Molempien sukupuolien syöpäkuolleisuus on lähtenyt laskuun vuosien saatossa. Naisten syöpäkuolleisuus on laskenut 2006–2019 välillä keskimäärin 0,5 % vuodessa ja miesten syöpäkuolleisuus aikavälillä 2008–2019 noin 1,2 % vuodessa. (Syöpä 2019, 6–7).

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla käsitteenä tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisen hoidon päällimmäisenä tarkoituksena on vaalia elämänlaatua ja ehkäistä ja lievittää potilaan ja hänen läheistensä kärsimystä. (Saarto 2015, 10.)

Alkaessamme suunnittelemaan tulevaa opinnäytetyömme aihetta, oli alusta alkaen selvää, että haluamme aiheen liittyvän syöpäsairauksiin. Lähdimme kartoittamaan työelämän tarpeita aiheeseen liittyen. Työelämän edustajien kanssa käydyssä keskustelussa tuli ilmi tarve saada lisää kohdennettua tietoa syöpäpotilaiden palliatiivisesta kivunhoidosta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas, jossa avaa yleisimmät lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoitokeinot syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidossa. Opas kohdennettiin hoitohenkilökunnan käyttöön Kuusamon akuuttiosastolle. Oppaan tarkoituksena oli tukea akuuttiosaston hoitohenkilökunnan ammattitaitoista työtä. Oppaan tavoitteena oli parantaa syöpäpotilaiden palliatiivisen kivunhoidon laatua.

Tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat opinnäytetyöprosessiamme, olivat seuraavat: Mitkä ovat akuuttiosaston tärkeimmät lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunhoitokeinot? Millainen opas vahvistaa akuuttiosaston hoitohenkilökunnan ammattitaitoa palliatiivisessa kivunhoidossa?

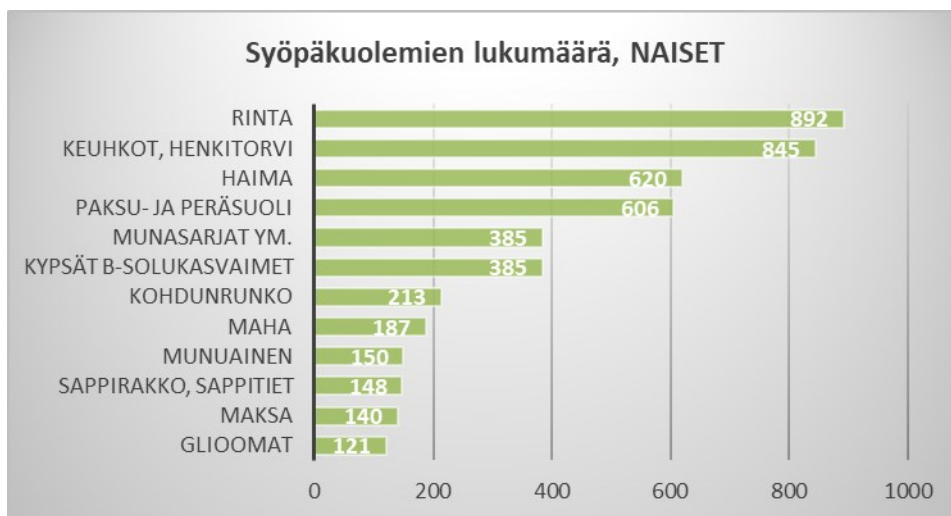
Oppaan työstäminen tuki meidän ammatillista kasvuamme tulevana sairaanhoitajina.

2. Mitä syöpä on?

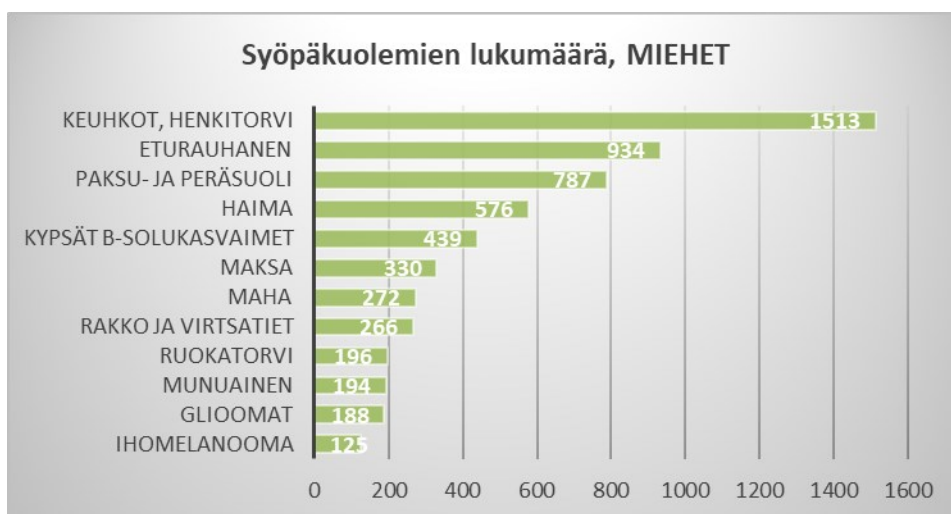
Syövällä tarkoitetaan pahanlaatuisia kasvaimia, joissa jonkin kudoksen solukot jakautuvat ja alkavat kasvamaan epänormaalilla tavalla. Syöpäsolut eivät ole elimistön hallinnassa ja ne ovat rakenteeltaan muista soluista poikkeavia. Elimistö ei pysty säätelemään syöpäsolujen kasvua. Syöpäkasvaimen kasvu on elimistölle haitallista, koska syöpä tuhoaa ympärillään olevaa tervettä kudosta ja kasvaessaan aiheuttaa kyseisen elimen toimintahäiriötä. Kasvaimesta voi irrota immuneste- tai verenkiertoon syöpäsoluja, jotka muodostavat muualle elimistöön etäpesäkkeitä eli metastaseja. Syöpä on sekä somaattinen että geneettinen sairaus, missä kromosomien pysyvät DNA-muutokset siirtyvät tytärsoluihin, mutta syövän ilmiäisy vaihtelee paljon yksilöittäin, kuten esimerkiksi kudoslähtökohdan mukaan. Syöpä käyttäytyy eri tavalla eri yksilöillä. Joillain hoito tehoaa hyvin ja syövän kasvu hidastuu tai jopa pysähtyy, kun taas toisilla syöpä voi edetä hoidoista huolimatta. Uusiutumisasjoissa on myös merkittäviä eroja eri yksilöiden välillä. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 12–13.)

Joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään. Syöpä sekä sen menestyksellinen hoito ovat olleet ja ovat edelleen lääketieteen suuria haasteita, mutta lisääntyneen tiedon ja hoitojen kehittyessä syöpään ei enää suhtauduta voittamattomana sairautena. Yli puolet syöpään sairastuneista paranee pysyvästi. (Elonen, Tolonen, Kontro, Malmi, Tenhunen & Wilppu 2021.) Kuvissa 1 ja 2 on esitelty yhdistelmäpalkkikaaviona Suomessa vuonna 2019 eniten syöpäkuolemia aiheuttaneet syövät ja niiden lukumäärät (Suomen Syöpärekisteri 2021).

Syöpään sairastumisen riski kasvaa nopeasti 50. ikävuoden jälkeen. Suomessa sairastumisen keski-ikä on yli 65-vuotta. Miesten syöpäkuolleisuus on naisia suurempaa, mikä selittyy sillä, että miehillä yleinen keuhkosyöpä on merkittävästi huonoennusteisempi kuin naisten yleisin syöpä rintasyöpä. (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2006, 36–37.)



Kuva 1. Eniten kuolemia aiheuttaneet syöpätaudit naisilla vuonna 2019 (Suomen Syöpärekisteri 2021)



Kuva 2. Eniten kuolemia aiheuttaneet syöpätaudit miehillä vuonna 2019 (Suomen Syöpärekisteri 2021)

Syövän oireet voivat olla hyvinkin moninaisia ja voidaan sanoa, että melkein minkä tahansa oireen aiheuttaja voi olla syöpä. Syöpä voi olla myös pitkään oireeton tai potilaalla voi olla hyvin lieviä yleisoireita, kuten esimerkiksi laihtumista, kuumeilua tai väsymystä. Potilas saattaa hakeutua vastaanotolle havaittuaan ylimääräisen kyhmyä tai syöpä voidaan löytää sivulöydöksenä laboratoriotutkimuksissa, kliinisessä tutkimuksessa tai kuvantamistutkimuksessa. Näiden lisäksi seulontatutkimukset osoittavat osan syöpälöydöksistä. (Joensuu ym. 2006, 76.)

3. Kipu

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdystys (International Association for the Study of Pain, IASP) on määrittänyt kipua käsitteenä seuraavasti: kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, mihin voi liittyä mahdollinen tai selvä kudosaivurio. Kipu voi olla arkielämän peruskokemuksia, tuttua jokaiselle ihmiselle. Näin ollen kipu on yhtä vanha, kuin ihmiskunnan historia. (Vainio 2018, 18.) Kipu välittyy hermojärjestelmässä ja se voidaan jakaa kipuärsyksen syntymiseen (transduktioon), kivun välittymiseen (transmissioon), kivun muunteluun (modulaatioon) ja kivun tuottamaan kokemukseen (perseptioon). Kipujärjestelmämme toimii yhtenä kokonaisuutena. (Kalso & Kontinen 2018, 56.)

Kipu voidaan luokitella monien erilaisten luokittelutapojen tai diagnoosiluokitusten mukaisesti. Näitä luokittelun perusteita voivat olla esimerkiksi kivun kesto (akuutti, subakuutti, krooninen tai läpilyöntikipu), sijainti (esim. selkäkipu, vatsakipu), aiheuttaja (esim. syöpäkipu, leikkauskipu), voimakkuus (esim. kipuasteikko), elinjärjestelmä (esim. ruoansulatusjärjestelmä tai tuki- ja liikuntaelimestön kivut) tai patofysiologinen mekanismi (somaattinen, viskeraalinen, neuropaattinen tai idiopaattinen kipu). Kipuja luokitellaan myös kivun aiheuttajan mukaan, jolloin se voidaan nimetä esim. leikkauskivuksi, syöpäkipuksi tai nivelrikkokivuksi. (Hamunen, Karlsson, Vainio 2018, 128–130.)

Kun kipuärsytys jatkuu pitkään, hermojärjestelmän toiminta muuttuu. Hermojärjestelmän toiminnan muuttuminen voi aiheuttaa kipuärsykkeelle herkistymistä ja kivun jatkumista, vaikka kudosaivuriota aiheuttava ärsytys olisi jo lakannut. (Kalso 2013, 875.)

Kipua voidaan luokitella sen ajallisen luonteen perusteella: akuutti kipu on juuri äskettäin alkanut kipu, sillä on selvä ajallinen syy-yhteys juuri ajankohtaiseen sairauteen tai vammaan. Akuutti kipu on aina hälytysmerkki. Mikäli syy kivulle on tuntematon, vaatii se asianmukaista tutkimista. Subakuutti kipu kestää ajallisesti noin 2–3 kuukautta, sen aiheuttaneen sairauden tai vamman jälkeen. Tällainen pitkittynyt kipu voi altistaa kroonistumiselle. Krooninen kipu kestää ajallisesti yli 3–6 kuukautta tai pidempään kuin vamman tai sairauden aiheuttaman kudosaivurion paraneminen. Lisäksi lyhytkestoisempi, mutta toistuva kiputilanne voidaan luokitella krooniseksi kivuksi. (Kalso ym. 2018, 129.)

Total pain (kokonaisvaltainen kipu) -käsite kertoo kivun monesta ulottuvuudesta. Sairaus aiheuttaa sekä kipua että kärsimystä. Käsitteen on luonut Cicely Saunders vuonna 1964. (Clark 2014.) Lääkäri Eric Cassel on aikoinaan määritellyt kärsimyksen olevan vaikeaa epämukavuutta, joka liittyy persoonan koostuneisuuden uhkaan. Kokonaiskärsimyksessä fyysinen kipu saattaa olla vain osa sitä, mutta sitä on helpompi ilmaista kuin esimerkiksi masennusta, pelkoa tai katkeruutta. Ihmisen ollessa ahdistunut tai pelokas, kipu koetaan tavallista enemmän häiritsevämmäksi. Total pain -käsite sisältää kivun ja kärsimyksen kokemuksen ulottuvuudet, joita ovat fyysinen kipu ja kärsimys, masentuneisuus ja ahdistuneisuus, viha ja katkeruus sekä elämän merkityksettömyys. (Hänninen 2015, 50.)

Ihmisen kivun kokemiseen liittyy fyysisen syyn lisäksi monia muitakin asioita. Tunnekokemukset, kipumuisti, uskomukset, sosiaaliset suhteet tai niiden puute sekä kivun psykologinen merkitys ihmiselle vaikuttavat kivun kokemiseen. (Kalso 2013, 876.)

Kipu on usein ensimmäinen oire, jonka vuoksi syöpäpotilas hakeutuu hoitoon / tutkimuksiin. On tutkittu, että noin 30 prosentilla potilaista on ensimmäisen sairastumisvuoden aikana jonkin asteista kiputuntemusta. Taudin edetessä myös kipu yleistyy oirekuvana. Syöpäpotilaat kokevat pitkäaikaisia ja akuutteja kiputiloja, ja samanaikaisesti voi olla jopa neljää erilaista kiputilaa eri puolilla kehoa. Syöpäpotilaan kiputiloja hoidettaessa on syytä ottaa huomioon tautiin mahdollisesti liittyviä ahdistuksen, pelon sekä masennuksen tunteita, mitkä väistämättä myös vaikuttavat potilaan kokemaan kivun kokemukseen ja kivun voimakkuuteen. (Kalso ym. 2018, 546–547.)

Kipu on myös syövän yleisin oire, josta kärsii loppuvaiheen syöpätautia sairastavista noin 50–90 % potilaista. Kivun voimakkuus on kohtalaista tai vaikeaa noin 40 %:lla näistä potilaista. Kaikista syöpäpotilaista lähes puolella esiintyy syöpähoitojen aikana vaikeita kiputiloja. Syöpäkivun alihoito on edelleen ongelma, vaikka syövän hoitomenetelmät ovat kehittyneet. (Pöyhiä, Heiskanen 2021, 1029.)

Syöpäkivussa voi olla useita eri osatekijöitä, joita ovat jatkuva kudonsvauriokipu, hermovauriokipu, akuutti kipu tai viskeraalinen kipu (Kalso 2013, 875). Syöpäkipujen hoidoissa on tärkeää huomioida kolme alaluokkaa: kudonsvauriosta aiheutuva kipu, syövän itsessään aiheuttama kipu (syöpähoitojen seurauksena kehittynyt kipu) ja neuropaattinen kipu. Syöpäkipu voi myös koostua useammasta tekijästä. (Kalso ym. 2018, 549.)

4. Palliatiivinen hoitotyö

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan oireenmukaista hoitoa siinä vaiheessa, kun sairauden tila on siinä kohtaa missä sen etenemiseen ei enää voida vaikuttaa. Maailman Terveysjärjestön (WHO:n) määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ilman diagnoosirajoituksia. Tärkeänä osana palliatiivista hoitoa on huomioida potilaan läheiset ja tukea heitä. Vakava sairaus ja potilaan menehtyminen koskettaa aina syvästi potilaan läheisiä. Yleisimpiä kuolevan potilaan oireita ovat esimerkiksi kipu, hengitystieoireet (hengenahdistus ja yskä) sekä maha- ja suolisto-oireet (ummetus, pahoinvointi). Lisäksi oireita ovat kuivuminen ja ruokahaluttomuus, äkillinen sekavuustila, fatiikki eli poikkeava uupumus ja psyykkisinä oireina masennus sekä ahdistuneisuus. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

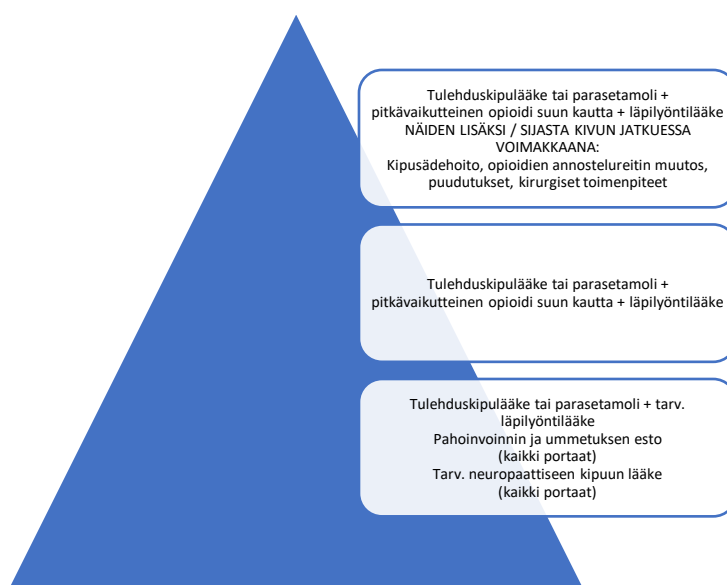
Palliatiivisessa hoitotyössä korostuvat periaatteet, kuten kokonaisvaltaisuus, itsemäärääminen, kunnioitus, yksilöllisyys, turvallisuus sekä ihmiskeskeisyys. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntija työskentelee yhdessä parantumattomasti sairaan kanssa löytäen ihmisen itsensä näköisen tavan elää. Parantumattomasti sairas huomioidaan kokonaisena fyysisenä ja fysiologisenä kuin myös psyykkisenä, emotionaalisenä ja tuntevana ihmisenä. Palliatiivinen hoitotyö ei lopu parantumattomasti sairaan ihmisen kuolemaan, vaan jatkuu omaisten tukemisenä kuoleman jälkeenkin. Surutyön ymmärtäminen ja sen mahdollistaminen kuuluu palliatiiviseen hoitotyöhön. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 8.)

Palliatiivisen hoidon alussa on hyvä tehdä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma (ennakoiva hoitosuunnitelma) yhdessä lääkärin, potilaan ja tämän läheisten kanssa. Ennakoivan hoitosuunnitelman tarkoituksena on antaa potilaalle mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa silloin, kun sairaus ei ole vaikuttanut potilaan kykyyn ilmaista itseään. Hoitosuunnitelmaa tulee päivittää sairauden edetessä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan esimerkiksi hoidonlinjauksista ja -rajauksista, potilaan toiveista ja mahdollisista peloista lähestyvää kuolemaa kohtaan sekä sairauden etenemisestä ja hoitomenetelmistä. Ennakoivan hoitosuunnitelman laatimisen myötä potilaan ja läheisten hoitotyytyväisyys voi lisääntyä, elvytykset vähenevät elämän loppuvaiheen hoidossa ja esimerkiksi kotikuolema on todennäköisempi. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

5. Syöpäpotilaan palliatiivinen kivunhoito

Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivun sijainti, luonne ja kivun intensiteetti sekä näiden asioiden vaikutus potilaan toimintakyvyn arviointiin tulee tehdä huolellisesti, kun suunnitellaan ja toteutetaan kivunhoitoa. Palliatiivisessa kivunhoidossa potilaan kuunteleminen on erityisen tärkeää. Kivunhallinta onnistuu yleensä hyvin, mikäli hoidossa noudatetaan yksinkertaisia periaatteita kipulääkityksen portaittaisesta tehostamisesta potilaan kokeman kivun voimakkuuden mukaan eikä vahvojen opioidien aloituksessa viivytellä turhan pitkään. Jotta kivunhoito pysyy ajan tasalla, tulee kipua arvioida säännöllisesti ja potilasta seurata tiiviisti. Kivun säännöllinen arviointi sekä kirjaaminen ovat perusedellytykset hyvälle kivunhoidolle. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.) Kipulääkkeen oikea-aikainen nosto on erityisen tärkeää, koska kipulääkkeen vaikutus voi menettää tehoaan syöpätaudin edetessä. Kivun lääkehoidossa tulee huomioida myös potilaan psykososiaalinen tilanne kivun fyysisten syiden lisäksi. (Heiskanen, Kalso 2018, 559–560.)

Palliatiivisen kivunhoidon päällimmäinen tarkoitus on kärsimysten lievitys sekä elämänlaadun vaaliminen. Tässä kuitenkin on hyvä muistaa, että kuolema on elämään kuuluva normaali tapahtuma. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuvassa 3 esitetty WHO:n määrittelemä kivunhoidon porrastus syöpäpotilaalla.



Kuva 3. Kivunhoidon porrastus syöpäpotilaalla (mukailen WHO)

5.1 Kivun arviointi

Kivun arvioinnin lähtökohtana on aina potilaan oma arvio kivusta, koska potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Säännöllinen kivun arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän hoidon perusedellytys. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kirjaamisessa tulisi arvioida kipua monesta näkökulmasta esim.:

- kivun voimakkuus (sanallinen tai numeerinen asteikko)
- kivun vaikutukset potilaan toimintakykyyn sekä mielialaan, nukkumiseen ja liikkumiseen
- kivun luonne (onko kipu esim. kouristavaa, tuikkivaa, polttavaa)
- mahdolliset kivun aiheuttamat tuntohäiriöt
- kivun sijainti
- kivun esiintymisaika (liikkeessä, levossa, ajoittainen, jatkuva)
- läpilyöntikivun esiintyvyys
- kivun voimakkuuden arviointi ennen ja jälkeen kivunhoidon

(Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia asteikoita, kuten sanallista asteikkoa VRS (ei kipua, lievä, kohtalainen, kova tai sietämätön), numeerista arviointia NRS (0–10, jossa numero 0 kuvaa kivutonta oloa ja numero 10 pahinta mahdollista kipua) ja kipujanaa VAS (10 cm mittainen jana, missä vasen pääty kuvaa kivuttomuutta ja oikea pääty pahinta mahdollista kipua). Lapsille on kehitetty oma ilmeasteikko, mistä lapsi valitsee viidestä kuvasta kasvot, mitkä parhaiten kuvaa kokemusta kivun määrästä. Mikäli potilas ei pysty ilmaisemaan kipua itse, voidaan kipua arvioida havainnoimalla potilaan käyttäytymistä ja kasvojen ilmeitä. (Kalso 2018, 90–93.)

5.2 Kivunhoidon ohjaus

Pelto, Hökkä, Kajula ja Kaakinen (2019, 22–29) ovat tutkimuksessaan kuvanneet kivunhoidon ohjausta palliatiivisessa hoitotyössä syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheistensä näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaat ja läheiset olivat tyytyväisiä ohjaukseen, mutta toivoivat vielä lisää tietoa kivusta, kipulääkityksestä ja sen mahdollisista sivuvaikutuksista sekä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. Tutkimuksessa tuli esille myös, että kivunhoidon ohjauksen tulee olla hyvin suunniteltua ja yhdenmukaista, riippumatta sen toteuttajasta. Potilaat ja läheiset kokivat vuorovaikutuksellisen ohjauksen hyväksi sen mahdollistaessa yksilölliset tarpeet ohjauksessa. He kokivat myös, että kivunhoidon ohjaus oli monipuolistanut kivunhoitomenetelmien käyttöä ja vähentänyt ennakkoluuloja kipulääkitystä kohtaan.

Vuorovaikutuksellisella hoitosuhteella on merkittävä vaikutus kivun hoidon onnistumiselle ja potilaan sitouttamiselle omaan hoitoonsa. Uuden haasteensa ohjaukseen on tuonut potilaan oma aktiivisuus tiedon hankintaan muista lähteistä, kuten esimerkiksi internetistä. Erimielisyydet esimerkiksi hoitolinjauksista voivat joskus vaatia tiettyjen rajojen asettamista, mutta tässäkin tulee pystyä säilyttämään kärsivällinen ja empaattinen suhtautuminen potilaaseen ja pyrkiä säilyttämään avoin vuorovaikutus potilaan kanssa. Huonot kohtaamiset hoitohenkilökunnan kanssa jäävät useinkin potilaan mieleen voimakkaasti ja ne vaativat korjaantukseen lukuisia hyviä kokemuksia. (Kalso ym. 2018, 168–169.)

5.3 Lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät

Lääkehoidossa tärkeää on sen tehokkuus. Lääkehoidon toteutusta tulee seurata säännöllisesti arvioimalla kipua ja kipulääkkeen vaikutusta. Tavoitteena on saada pitkäaikaisella lääkkeellä tasainen lievitys, jonka lisäksi käytetään nopeavaikutteista valmistetta läpilyöntikipujen hillitsemiseksi. (Kalso 2019.)

Syöpäpotilaan palliatiivisen kivunhoidon lääkehoitoon kuuluu tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli, heikot opioidit tramadoli ja kodeiini, keskivahva opioidi buprenorfiini sekä vahvat opioidit, joista käsittelemme opinnäytetyössämme vain Kuusamon akuuttiosastolla käytössä olevat oksikodoni, morfiini ja fentanyl. Kivunhoidossa käytettäviä muita lääkkeitä ovat

trisyklisiin masennuslääkkeisiin kuuluvat nortriptyliini ja amitriptyliini, gabapentoideihin kuuluvat gabapentiini ja pregabaliini sekä SNRI-lääkkeisiin kuuluvat duloksetiini ja venlafaksiini.

5.3.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

WHO on määritellyt kansainvälisen hoitosuosituksen syöpäkivun hoidosta. Hoitoon kuuluu kolme porrasta, joissa edetään alhaalta ylöspäin. Alimmaiseen portaaseen kuuluu tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli, joita tulee käyttää aina syöpäkivun lääkehoidossa, ellei käytölle ole estettä. Tulehduskipulääkkeen käyttöä ei myöskään tule lopettaa, vaikka siirryttäisiin portaissa ylemmälle tasolle. (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1031–1032.)

Tulehduskipulääkkeet kuuluvat syöpäkivun hoidon ensimmäiselle portaalle. Ne ovat tehokkaita lievän tai keskivaikean kivun ja usein luustoetäpesäkkeistä johtuvien kipujen hoidossa. Yleisin haittavaikutus tulehduskipulääkkeillä on mahan limakalvon ärsytys, jota voidaan kuitenkin hoitaa yhdistämällä lääkehoitoon protonipumpun estäjä esim. omepratsoli. (Vähäkangas, Puistola, Turpeenniemi-Hujanen 2018.) Tulehduskipulääkkeet vaikuttavat kipuun prostaglandiinisynteesiä säätelevän entsyymien (syklo-oksigenaasin) estäjänä ääreiskudoksessa ja keskushermostossa. Prostaglandiinisynteesi voimistaa tulehdusta ja vaurio- tai tulehdusalueelle ilmaantuu mm. turvotusta. Tulehduskipulääkkeiden välillä ei ole juurikaan muita eroja kuin se, että epäselektiiviset tulehduskipulääkkeet eli koksibit (COX-2-estäjät) ovat vatsaystävällisempiä. Astmapotilailla, joilla on salisylaattiallergiaa, ei tule käyttää tulehduskipulääkkeitä niiden keuhkoputkia supistavan vaikutuksen vuoksi. Asetyylisalisyylihappo taas vaikuttaa verihituleiden toimintaan estäen niiden paakkuuntumista, joten sitä ei tule käyttää potilailla, joilla on normaalia suurempi verenvuototaipumus. (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1031–1032; Kalso 2018, 181; Salomäki, Saari 2021, 982.)

Parasetamoli on tulehduskipulääkkeitä heikompi, ensimmäiselle portaalle sijoittuva kipulääke. Se on heikko hillitsemään tulehdusta, mutta sillä on kipua lievittävä ja kuumetta alentava vaikutus. Yksittäiset potilaat voivat hyötyä sen käytöstä. Parasetamolilla ei ole yleensä vaikutusta mahan limakalvoon, mutta myrkytysannoksina (yli 4 g/vrk toistuvasti) se aiheuttaa maksavaurion. Myrkytystilassa parasetamolista syntyy myrkyllinen välituote, jota kertyy maksaan aiheuttaen maksan solujen tuhoutumista. Parasetamolien maksatoksisuutta lisää esim. potilaan huono

ravitsemustila tai aiempi maksavaurio, jolloin sen käyttöä ja annoksia tulee harkita tarkoin. Parasetamolia löytyy sekä tavallisena että pitkävaikutteisena tablettina, yhdistelmävalmisteena kodeiinin kanssa sekä laskimoon annosteltavassa muodossa. (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1032; Kalso 2018, 184; Salomäki, Saari 2021, 981.)

5.3.2 Opioidit

Opioidien käyttö aloitetaan, kun peruskivulääke ei ole riittävä lievittämään syöpäpotilaan kipua. Opioidia on olemassa heikkoja, keskivahvoja ja vahvoja. Syöpäpotilaan palliatiivisessa kivunhoidossa voi olla tarpeellista siirtyä suoraan vahvoihin opioideihin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Pitkävaikutteisen opioidin rinnalla käytetään yleensä aina lyhytvaikutteista valmistetta läpilyöntikipujen hoitoon (Kalso 2019). Läpilyöntikivusta puhutaan silloin, kun syöpäpotilaan kipu tilapäisesti pahenee (Kalso 2018, 547).

Heikot opioidit tramadoli ja kodeiini ovat aihiolääkkeitä, joiden kipua lievittävä vaikutus syntyy niiden metaboloituessa maksassa CYP2D6-entsyymien välityksellä (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1033).

Kodeiinista 6–10 % muuntautuu morfiiniksi metaboloituessaan. Jos potilas on nopea metaboloija, voi kodeiinien käyttö aiheuttaa vakaviakin haittavaikutuksia, kun taas hitaat metaboloijat eivät hyödy kodeiinien käytöstä lainkaan. On olemassa myös lääkkeitä, jotka salpaavat CYP2D6-entsyymien toimintaa, jolloin kodeiinien vaikutus jää tehottomaksi. Kodeiinilla on myös yskän ärsytystä lievittävä vaikutus käytettynä annoksella 10–60 mg. Kodeiinia löytyy Suomessa vain yhdistelmävalmisteena parasetamolin tai ibuprofeenin kanssa. (Kalso 2018, 194–197; Kalso 2019.)

Tramadolilla on sekä opioidi- että trisyklisten masennuslääkkeiden kaltaisia vaikutuksia kivun lieivityksessä, jolloin se voi olla hyvä vaihtoehto myös hermovauriosta johtuvan kivun hoitoon. Yhteiskäyttöä masennuslääkkeiden kanssa tulee harkita serotoniinihaittojen vuoksi. Tramadolien annostelumuotoja ovat kapselit ja tabletit suun kautta (sekä tavallinen että hitaasti vaikuttava), peräpuikot, tipat ja injektiot. (Kalso 2018, 197; Kalso 2019.)

Keskivahvoihin opioideihin kuuluu buprenorfiini, jonka vaikutus alkaa hitaasti ja kestää pitkään. Buprenorfiinin käytössä on ns. kattovaikutus eli annosta voidaan suurentaa vain tiettyyn pisteeseen asti, jonka jälkeen sen vaikutus opioidireseptorissa antagonisoituu eli muuttuu muiden opioidien vaikutuksia estäväksi. Vaihdettaessa buprenorfiinista toiseen opioidiin, tulee huomioida sen pitkäaikainen kiinnittyminen opioidireseptoriin, jolloin muiden opioidien vaikutukset eivät välttämättä saa toivottua tehoa. Kipu voi tämän vuoksi väliaikaisesti lisääntyä. Buprenorfiinia on saatavilla resoribletteinä (kielenalustablettina) ja annostelukalvona (ent. laastari). Annostelukalvo ei ole kuitenkaan hyvä vaihtoehto ensimmäiseksi opioidiksi syöpäkipuun sen hitaasti alkavan vaikutuksensa vuoksi. (Heiskanen, Kalso 2018, 562; Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1033.)

Käytetyimmät vahvat opioidit ovat oksikodoni, morfiini ja fentanyl. Oksikodonia on saatavilla injektio-/infuusionesteinä, depottablettina, kapselina sekä oraaliuoksena. Morfiinia on saatavilla injektionesteinä sekä oraaliuoksena.

Oksikodoni ja morfiini toimivat lähes samankaltaisesti elimistössä. Erona on kuitenkin se, että oksikodonilla on parempi ja vähemmän vaihteleva hyötyosuus, mutta se on myös herkempi yhteisvaikutuksille toisten lääkeaineiden kanssa. Syöpäkipuun hoidossa on näiden kahden todettu olevan yhtä tehokkaita ja soveltuvia suun kautta annettavaksi ensimmäiseksi opioidiksi. (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1034.)

Vahvan opioidin aloitusannos riippuu potilaasta. Jos potilas ei ole aiemmin käyttänyt vahvoja opioideja, tulee sen käyttö aloittaa pienemmällä annoksella (morfiini 60 mg/vrk, oksikodoni 40 mg/vrk). Ikäihmisten aloitusannos on vielä pienempi (morfiini 20–30 mg/vrk, oksikodoni 10–30 mg/vrk). Kun vahvan opioidin käyttö aloitetaan, tulee varmistaa läpilyöntikipuun nopea hoito lyhytvaikutteisella valmisteella. Läpilyöntikipuun tarkoitetun opioidin ei tarvitse olla sama kuin pitkävaikutteisen opioidin. Tarvittavat annosnostot tulee tehdä 2–7 vuorokauden välein ja annosta suurennetaan 20–30 % kerrallaan. (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1033.) Osasto-olosuhteissa annosnostot voidaan tehdä lyhyemmälläkin aikataululla potilaan ollessa koko ajan hoitohenkilökunnan seurannassa. Vahvoilla opioideilla ei ole ns. kattoannosta, vaan niitä voidaan lisätä potilaan kivun lisääntymisen mukaan. Harvemmin kuitenkaan kannattaa annoksia nostaa morfiinissa yli 600–1000 mg/vrk ja oksikodonissa yli 400–700 mg/vrk. Annosnoston sijasta kannattaa pohtia muita annostelureittejä tai tehostaa muita lääkkeitä. Lyhytvaikutteisen opioidin annos tulee nostaa pitkävaikutteisen opioidin annosnoston yhteydessä. Lyhytvaikutteisen

opioidin kerta-annos on kuudesta–kahdeksasosaan (1/6–1/8) pitkävaikutteisen opioidin vuorokausiannoksesta. (Heiskanen, Kalso 2018, 564–565.)

Fentanylili imeytyy hyvin ihon ja limakalvojen kautta. Fentanylili-annostelukalvo on hyvä vaihtoehto pitkävaikutteiseksi opioidiksi potilaille, jotka eivät kykene enää ottamaan lääkkeitä suun kautta. Paljon hikoileville potilaille annostelukalvo ei sovellu, koska lääkeaineen imeytyminen on mahdollista vain, kun annostelukalvo pysyy iholla hyvin paikoillaan. Myöskään kakektiselle syöpäpotilaalle annostelukalvo ei sovellu kakeksian heikentäessä fentanyylin imeytymistä. Ensimmäiseksi opioidiksi sitä ei suositella sen hitaan vaikutuksen alkamisen vuoksi. (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1034–1035.) Annostelukalvon optimaalinen vaikutus alkaa 8–12 tunnin kuluessa sen paikoilleen asettamisesta. Annostelukalvo vaihdetaan 72 h (kolmen päivän) välein. Fentanylili imeytyy vereen vielä useita tunteja annostelukalvon poistamisen jälkeen. (Kalso 2013, 889.) Kun siirrytään pitkävaikutteisesta morfiini- tai oksikodonitabletista käyttämään fentanyyli-annostelukalvoa, tulee sen kiinnittämisen yhteydessä ottaa viimeinen tabletti samanaikaisesti (Heiskanen, Kalso 2018, 564).

Opioideihin liittyy haittavaikutuksia muiden lääkeaineiden tapaan. Haittavaikutuksia voidaan kuitenkin lievittää hitaalla annosnostolla, muuttamalla lääkkeen annostelureittiä tai hoitamalla haittavaikutuksia sopivilla lääkkeillä (Kalso 2019). Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi ja huimaus. Useimmat potilaat kärsivät varsinkin ummetuksesta, joten opioidien käyttöön tulisi yhdistää aina laksatiivi (Heiskanen, Pöyhiä 2021, 1033.) Opioidiantagonisti on myös vaihtoehto ummetuksen ehkäisylle, mikäli laksatiiveilla ei saada toivottua tulosta. Naloksoni (opioidiantagonisti) estää paikallisesti vaikutusta suolen opioidireseptoreihin. Suomessa on myynnissä sekä opioideja että naloksonia sisältäviä yhdistelmävalmisteita. Toinen opioidiantagonisti on metyyli-naltreksoni, jota tosin on saatavilla vain ihon alle injisoitavassa annosmuodossa. (Vähäkangas, Puistola, Turpeenniemi-Hujanen 2018).

5.3.3 Muut lääkkeet

Syöpäpotilaan kipu voi olla myös hermovauriokipua tai kipua, joka johtuu esim. murtuneesta luusta. Hermovauriokivussa hermon toiminta häiriintyy. Tällöin pelkällä opioidilääkityksellä ei välttämättä saada toivottua tehoa kivun lievitykseen. Syöpäpotilaan palliativiseen kivunhoitoon

voidaan siis opioidin rinnalla lisätä hermovauriokipuun tarkoitettu lääke. Syöpäpotilaan hermovauriokipuun käytetään samoja lääkkeitä kuin ei-maligneissa sairauksissa, joissa ilmenee hermovauriokipua. Trisyklisistä masennuslääkkeistä käytetään yleensä nortriptyliiniä ja amitriptyliiniä, epilepsialääkkeistä gabapentoideja gabapentiinia ja pregabaliinia sekä SNRI-lääkkeisiin (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät) kuuluvia duloksetiinia ja venlafaksiinia. (Haanpää 2021, 1023; Kalso 2018, 206–209; Kalso 2019.)

Nortriptyliiniä ja amitriptyliiniä käytetään hermovauriokivun hoitoon. Ne ovat trisyklisistä masennuslääkkeistä parhaiten siedettyjä. Nortriptyliinin on todettu olevan jopa amitriptyliiniä siedetympi. Aloitusannos molemmissa on 10–25 mg iltaisin, jonka jälkeen annos titrataan yksilöllisesti tasolle 25–75 mg. Lääkkeen toimivuus saadaan selville muutaman viikon kuluessa aloituksesta. Lääkkeen yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys ja asennon muutokseen liittyvä verenpaineen laskeminen (ortostaattinen hypotensio). Lääke otetaan iltaisin hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa, jotta välttyttäisiin väsymyksen tuomilta haitoilta. (Haanpää 2021, 1023.)

Gabapentiinin ja pregabaliinin vaikutus perustuu jänniteherkkiin kalsiumkanaviin sitoutumiseen. Eivät ole yhtä tehokkaita kuin trisykliset masennuslääkkeet, mutta hyvänä puolena muiden lääkkeiden yhteisvaikutusten puuttuminen.

Duloksetiini ja venlafaksiini kuuluvat SNRI-lääkkeisiin (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjien lääkeryhmään), jolloin niitä voidaan käyttää neuropaattisen kivun hoidossa. Venlafaksiinin annoksen tulee olla 150–225 mg vuorokaudessa, jotta se vaikuttaa neuropaattiseen kipuun. Duloksetiinin vuorokausiannos on 60–120 mg. Vuorokausiannoksissa voi kuitenkin olla poikkeuksia, kuten esimerkiksi vanhuksilla duloksetiinin aloitusannos on 30 mg.

5.4 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Kivun hoitoon kuuluu lääkehoidon lisäksi lääkkeettömiä menetelmiä, joita ovat esim. fysioterapian keinot (hieronta ym.) ja psykologiset kivunhallintamenetelmät (rentoutus, mindfulness) (Heiskanen 2018, 22–23).

5.4.1 Fysioterapia

Kaikki syöpäpotilaan kokema kipu ei johdu välttämättä itse syöpätaudista. Syynä voi olla myös ihan tavanomainen tuki- ja liikuntaelinsairauteen liittyvä kiputila. Pitkät sairaalassa oloajat ja vuoteessa makaaminen heikentävät potilaan fyysistä suorituskykyä. Liikkuminen on tärkeää, jotta toimintakyky pysyy yllä mahdollisimman pitkään. Liikehoitoja toteutettaessa tulee ottaa huomioon potilaan kokonaistilanne. Mahdolliset etäpesäkkeiden sijainnit vaikuttavat siihen, mitä liikeharjoitteita potilaan kanssa voidaan tehdä. Kevyet liikuntamuodot ovat suositeltavia, kuten esimerkiksi käveleminen ja pyöräily. (Kalso 2018, 575.)

Hieronta rentouttaa lihaskudosta. Sillä on paikallisia vaikutuksia, mutta sen lisäksi hieronta vaikuttaa hermostoon rauhoittavasti ja rentouttavasti. Hieronnalla pyritään vaikuttamaan hermo-lihasjärjestelmiin, joka saa aikaan vaikutuksen veren- ja imunestekierto. Hieronnalla voidaan helpottaa kipua sekä rentouttaa ja venyttää kireää pehmytosakudosta. Hierontaa ei saa toteuttaa alueille, joilla on ihoinfektio, imusuonitulehdus tai laaja-alainen ihosairaus, hiljattain sairastettu laskimotukos, suurentuneet imurauhaset, vaikeat suonikohjut, haurastunut iho (esim. kortisonihoito), tyrä, valtimoiden kalkkeutumaa, pahanlaatuinen kasvain tai vieraasta materiaalista tehdyt suonet. (Pohjolainen 2018, 245–246.)

Kylmähoitoa käytetään paikallisena hoitona, jolloin se voi helpottaa kuumotusta, rauhoittaa tulehdusta sekä auttaa kipuun. Kylmähoidon kipua lievittävä vaikutus johtuu kylmähoidosta aiheutuvasta verisuonten supistumisesta sekä aineenvaihdunnan hidastumisesta. Kylmähoidossa voidaan käyttää kylmä- ja jääpakkauksia. Hoitoa voidaan antaa useita kertoja päivän aikana, noin 10–30 minuuttia kerrallaan. (Pohjolainen 2018, 248.)

Lämpöhoidolla on kipua lieventävä vaikutus. Lämpö parantaa kudoksen omaa aineenvaihduntaa, vähentää paikallisesti lihasjännitystä sekä parantaa verenkiertoa. Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi erilaisilla lämpöpakkauksilla tai lämpövoiteilla. (Pohjolainen 2018, 247.) Lämpöhoitoa tulisi välttää ihoalueilla, joissa on etäpesäkkeitä tai kasvaimia (Heiskanen, Kalso 2018, 575).

5.4.2 Psykologiset menetelmät

Psykologisilla hoitomenetelmillä on pyrkimys vaikuttaa potilaan suhtautumiseen kipuunsa sekä tämän kipukokemukseen ja -käyttäytymiseen. Tavoitteena ei ole niinkään kivun poistaminen, vaan potilaan kivusta selviytymisen keinojen vahvistaminen sekä kyky tulla kivun kanssa toimeen. (Elomaa, Sipilä 2018, 253.)

Syöpäpotilaan palliatiivisessa kivunhoidossa tulee huomioida myös potilaan tarvitsema psykososiaalinen tuki (Kalso 2019). Psykososiaaliseen tukeen kuuluu kolme osa-aluetta, joita ovat psyykinen-, sosiaalinen- ja henkinen tuki. Psykososiaalisen tuen tarkoituksena on auttaa ylläpitämään potilaan hallinnantunnetta muuttuneessa elämäntilanteessa. Sen tarkoituksena on myös vahvistaa potilaan psyykkistä tasapainoa ohjauksen avulla sekä omaan hoitoon perehdyttämisen kautta. Luottamuksellinen hoitosuhde sekä selkeä hoitosuunnitelma tukevat potilaan psykososiaalista hyvinvointia (Kalso 2013, 882). Psykososiaalista tukea voivat antaa kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat työntekijät siltä osin, kuin heillä on siihen koulutusta ja kokemusta. Näiden lisäksi on hyvä arvioida tarvetta moniammatilliselle yhteistyölle esim. sosiaalityöntekijän, psykologin tai sairaalapapin kanssa. (Idman 2019.) Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon loppuvaiheessa lisääntyneen, lääkkeisiin reagoimattoman syöpäkivun taustalla voi olla ahdistusta menneisyyden tapahtumista, syyllisyyttä tai pelkoa, jota potilas ei ole päässyt käsittelemään (Kalso 2018, 553).

Rentoutuksella voidaan vaikuttaa kehon autonomisen hermoston toimintaan. Kipuun voi liittyä negatiivisia tunnereaktioita, lihasjännittyneisyyttä sekä vaikeutta päästä uneen. Rentoutuksella pyritään vähentämään näitä oireita ja saamaan potilaalle tunne kivunhallinnasta. Rentoutumista voidaan harjoitella erilaisilla hengitys- ja keskittymisharjoituksilla sekä lihasrentoutustekniikoilla. (Elomaa, Sipilä 2018, 256.)

Huomion suuntaamista muihin asioihin on käytetty muuntamaan kipukokemus toisenlaiseksi. Potilaan täytyy motivoitua tutkimaan omaa kehoaan ja mieltään ja näiden yhteyksiä omaan kivun kokemiseen. Tämän jälkeen potilas voi löytää itsellensä sopivan keinon, joka auttaa tulemaan paremmin toimeen kivun kanssa. Tavoitteena on suhtautua kipuun hyväksyvästi, jolloin kipu voidaan kokea lievempänä eikä se saa aikaan niin paljon negatiivisia tunteita. Mielikuva- ja tietoisien läsnäolon harjoitukset (mindfulness) ovat yhdenlaisia huomion muualle suuntaamiskeinoja. (Elomaa, Sipilä 2018, 256.)

5.5 Muut menetelmät

Asentohoito on hyvä huomioida vuodepotilaalla ja vähän liikkuvalla potilaalla. Asentoa tulisi vaihtaa 2–4 tunnin välein. Asentohoidon toteuttamisessa voidaan hyödyntää erilaisia kiiloja, tyynyjä, pehmusteita sekä painetta tasaavia patjoja. Näiden avulla saadaan tuettua kehon luisia alueita, kuten kantapäitä ja lonkkia jolloin painetta ja venytystä ei kohdistu näihin alueisiin. Painehaava sijaitsee yleisesti luisen ulokkeen kohdalla. Painehaava aiheuttaa potilaalle kipua ja heikentää toimintakykyä entisestään. (Soppi 2020; Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

6. Tavoite, tarkoitus, tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tavoitteena oli parantaa hoitotyönlaatua syöpäpotilaan palliatiivisessa kivunhoidossa Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolla.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää akuuttiosaston hoitohenkilökunnan osaamista kivunhoidossa, kun potilaana on palliatiivinen syöpäpotilas.

Oppaaseen kuvasimme palliatiivisen syöpäpotilaan kivunhoidossa käytettäviä yleisimpiä lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä hoitomuotoja.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat

1. Mitkä ovat akuuttiosaston tärkeimmät lääkkeettömät ja lääkkeelliset kivunhoitokeinot?
2. Millainen opas vahvistaa akuuttiosaston hoitohenkilökunnan ammattitaitoa syöpäpotilaan palliatiivisessa kivunhoidossa?

7. Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisessa opinnäytetyössä, kuten myös kaikissa muissa opinnäytetyön menetelmissä lähtökohtana on tutkimus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä esitetään ammatillista osaamista sekä sen kehittämistä käsiteltävän opinnäytetyön aiheella. Toiminnallinen opinnäytetyö ottaa kantaa työelämässä nousevaan tarpeeseen ja työelämän taitojen kehittämiseen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi opas, ohje, esite tai käsikirja. Toiminnallinen opinnäytetyö on yleensä tutkimusperusteista, ammattikäytännöistä lähtöisin olevaa kehittämistoimintaa. Kehittämisen toiminnallisen kohteen valitseminen tehdään oman koulutusohjelman ammatillisten sisältöjen mukaan ja työelämästä tulleen tarpeen mukaisesti ja yhteistyössä. Lisäksi samaan aikaan tulee pohtia sitä, miten tavoiteltava tuotos ja prosessi palvelee meitä asiantuntijoiksi kehittämisessä. (Vilkkä 2021, 31–34.)

7.1 Opinnäytetyön suunnittelu

Hyvä tutkimusaihe on hyvän tutkimuksen alku. “Jos valitset oikean aiheen, on oivat mahdollisuudet tehdä hyvä tai jopa erinomainen tutkimus, jos taas valitsee väärän aiheen, ei todennäköisesti voi tuottaa hyvää tutkimustakaan”. Aiheen valitseminen on aina prosessi, siksi on tarpeen pohtia mihin aiheeseen on valmis sitoutumaan. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2010, 66.)

Aloitimme opinnäytetyömme suunnittelun miettimällä kiinnostavia aihealueita. Kävimme keskustelua työelämän toimeksiantajien kanssa TEAMSin välityksellä, ja keskustelussa nousi esille aihe syöpäkivun hoidosta osastolla. Jatkoimme aiheesta keskustelua sähköpostin välityksellä toimeksiantajan yhteyshenkilön, akuuttiosaston vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Sovimme, että osaston vastaava sairaanhoitaja kartoittaa anonyymisti osaston hoitohenkilökunnan mielipiteitä asiaan liittyen. Tämän kautta esille nousseita asioita olivat mm. kivun tuntemuksen aliarviointi, lääkeannosten nostaminen tarvittaville tasoille sekä henkisen kivun hoitaminen ja kuolevan potilaan kohtaaminen. Näiden kysymysten pohjalta lähdimme rajaamaan opinnäytetyötämme. Aiheen rajaamisessa hyödynsimme myös akuuttiosaston omaa syöpähoitajaa, jonka kanssa kävimme keskusteluja sähköpostin kautta.

Toimeksiantosopimus on täytetty keväällä 2021 Kajaanin ammattikorkeakoulun INTRAan sähköisessä muodossa. Opinnäytetyötämme varten tarvitsimme tutkimusluvan, jota haimme opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen.

7.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö on pohtimisen, etsimisen, löytämisen ja kokeilemisen prosessi (Vilkkä 2021, 203.)

Opinnäytetyönämme valmistimme Kuusamon akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle Syöpäpotilaan palliatiivisen kivunhoito-oppaan. Tavoitteenamme oli parantaa akuuttiosaston hoitohenkilökunnan hoitotyön laatua liittyen syöpäpotilaan palliatiiviseen kivunhoitoon. Oppaasta tehtiin sekä kirjallinen että sähköinen versio, jota voi tarvittaessa päivittää. Opas tulee Kuusamon kaupungin käyttöön, jolloin sitä on mahdollista hyödyntää myös muissa kaupungin toimipaikoissa.

Oppaaseen käytimme näyttöön perustuvaa ja tutkittua tietoa. Tiedon hakuun olemme käyttäneet apuna OUTI-kirjastoa sekä Terveysportin ja Oppiportin julkaisuja. Aiheesta oli haastavaa löytää monipuolisia kirjalähteitä, koska kaikissa lähteissä asiat esiteltiin lähes samankaltaisesti. Kirjalähteitä löytyi määrällisesti niukasti, mutta olemme pyrkineet valitsemaan sellaisten henkilöiden kirjoittamia julkaisuja, joita toistui useimmissa lähteissä. Tämä vahvisti kirjoittajan luotettavuutta. Lähteiden luotettavuutta olemme arvioineet myös sen kautta, kuinka usein samaa tietoa on löytynyt eri henkilöiden julkaisuista.

Opas sisältää yleisimmät Kuusamon akuuttiosastolla käytössä olevat syöpäpotilaiden palliatiivisen kivunhoidon lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoitomenetelmät. Oppaassa käsitellään myös kivunhoidon ohjausta, jonka koimme olevan yksi kivunhoidon kulmakivistä.

Opas tehtiin selkeälukuseksi ja helposti ymmärrettäväksi, jotta opas soveltuu koko hoitohenkilökunnalle ammattinimikkeestä riippumatta. Pyrimme pitämään oppaan laajuuden ytimekkäänä. Oppaassa käytetyt kuvat olemme ottaneet sekä tehneet itse. Tuotimme oppaasta modernin A6-kokoisen PowerPoint-version sekä tekstinkäsittelyohjelmalla A5-kokoisen version, joka löytyy myös sähköisessä muodossa. Sähköisessä muodossa olevaa opasta voidaan tarpeen

tullen päivittää. Vaikka opas on kohdennettu hoitohenkilökunnalle, voi sitä hyödyntää myös kivunhoidon ohjauksen materiaalina potilaiden ja heidän läheistensä kanssa.

Valmis opas esiteltiin akuuttiosaston vastaavalle hoitajalle, joka jakoi opasta eteenpäin osaston hoitohenkilökunnalle. Oppaasta pyydettiin palautetta ja opasta muokattiin palautteiden pohjalta akuuttiosaston vastaavan hoitajan kanssa sovitulla tavalla.

7.3 Oppaan arviointi

Arvioinnin kannalta yhteistä kaikille opinnäytetöille on se, että opinnäytetyöprosessin tulee kokonaisuutenaan olla luotettava. Työskennellessä tulee arvioida kaiken aikaa valintojen johdonmukaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (Vilkkä 2021, 202.)

Opinnäytetyömme on suunniteltu työelämästä tulleiden tarpeiden pohjalta, jotka ovat ilmenneet toimeksiantajan yhteyshenkilön ja syöpähoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa. Opas tuotettiin sähköisenä sekä tulostettuna versiona.

Suunnittelemamme opas esiteltiin työelämän toimeksiantajan yhteyshenkilölle, akuuttiosaston vastaavalle sairaanhoitajalle, joka jakoi oppaan PDF-muodossa sähköpostin välityksellä akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle. Laadimme anonymin palautekyselyn Webropol-kysely- ja raportointiohjelmalla, jonka aukaisimme samaan aikaan kuin opas laitettiin jakoon. Palautteen pyytäminen mahdollisti akuuttiosaston hoitohenkilökunnan osallistumisen oppaan sisältöön. Palautekysely oli anonymi ja sisälsi neljä (4) avointa kysymystä (Liite 1). Lähetimme sähköpostilla saatekirjeen (Liite 2), joka sisälsi linkin kyselyyn, akuuttiosaston vastaavalle sairaanhoitajalle, joka välitti kirjeen edelleen hoitohenkilökunnalle. Palautteita saimme kuusi (6) kappaletta.

Palautekyselyn sulkeutumisen jälkeen sovimme tapaamisen akuuttiosaston vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Tapaamisessa kävimme läpi palautteet kohta kohdalta. Oppaan ulkoasu oli kaikkien palautteiden mukaan selkeä eikä ulkoasuun toivottu muutosta. Oppaan sisältöön oltiin tyytyväisiä, mutta muutamia lisäysehdotuksia saatiin. Lisäysehdotuksia olivat seuraavat: ihonalaisen lääkeannostelijan laajempi käsittely, kinestetiikka asentohoidossa, sisällys- ja lähdeluettelon lisääminen sekä akuuttiosaston käytössä olevien lääkkeiden kauppanimien lisääminen. Päätimme tapaamisen aikana, että ei ole tarpeellista lisätä oppaaseen tarkennusta

ihonalaisen lääkeannostelijan käyttöön, koska oppaan sisältö on tarkoitettu sekä lähi- että sairaanhoitajien käyttöön. Myöskään kinestetikkaa emme lisänneet oppaaseen, koska aihe laajenisi merkittävästi ja koimme kinestetikan olevan oma aihekokonaisuus. Muutosehdotuksien jälkeen lisäsimme oppaaseen akuuttiosastolla käytettävien lääkkeiden kauppanimet, joista saimme listan akuuttiosaston lääkehoitajalta, sekä muutaman lähteen, joista voi halutessaan saada lisätietoa aiheeseen liittyen.

Pääsimme tavoitteisiin, jotka asetimme opinnäytetyöllemme. Suunnittelemamme aikataulu piti, vaikka olimme alussa valmiit sitä venyttämään. Toimeksiantajan yhteyshenkilöltä olemme saaneet erittäin positiivista palautetta oppaan sisällöstä ja sen käytettävyydestä.

Oppaan aihe oli alusta alkaen meitä innostava ja mielenkiinto aihetta kohtaan kasvoi opasta tehdessämme.

8. Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Kuusamon akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle opas, joka tukisi ja kehittäisi akuuttiosaston hoitohenkilökunnan ammattitaitoa heidän hoitaessaan palliatiivisen syöpäpotilaan kipua. Aloitimme oppaan työstämisen kartoittamalla akuuttiosaston tarpeita syöpäpotilaan palliatiiviseen kivunhoitoon liittyen. Päädyimme toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta sisällyttämään oppaaseen tietoa kivunhoidon ohjauksesta ja sen tärkeydestä sekä lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aineiston eettisyydessä kiinnitetään huomio koko opinnäytetyön aineiston elinkaareen. Tähän liittyy aineiston kokoaminen, käsittely, säilytys ja hävittäminen. Lähdekritiikki on tärkeää huomioida kaikessa aineistossa, jota omaan opinnäytetyöhön ottaa mukaan. Mikäli opinnäytetyöhön kerätään aineistoa, tulee tutkimukseen osallistuville tiedottaa mihin aineisto käytetään ja miten se hävitetään. Lupa tarvitaan myös työorganisaatiolta, mikäli aineistoa kerätään esimerkiksi haastattelun keinoin. Tutkittavien henkiköiden ihmisarvoa tulee kunnioittaa tutkimuseettisen toimikunnan ohjeiden mukaisesti. Yksityisyyden suojaamiseksi olisi hyvä, että henkilötietoja kerätäänkin mahdollisimman vähän aineistoon (Vilka 2021, 115–117.)

Hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen noudattamisesta opinnäytetyössämme osoittaa eettistä herkkyyttä. Tämä on lähtökohta, mikä luultavimmin johtaa siihen, että käytämme toisten työn tuloksia ja tutkimusaineistoja asianmukaisesti ja kunnioittavasti (Vilka 2021, 122). Eettisyyden arvioinnin kannalta on merkittävää pohtia sitä, millaisia valintoja teemme ennen aineiston kokoamista ja mihin pyrimme valinnoillamme (Vilka 2021, 199.)

Luotettavuudella opinnäytetyössämme tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyöprosessin ei tulisi antaa sattumanvaraisia tuloksia tai kehittämisideoita. Luotettava tutkimus ei myöskään sisällä sisäisiä ristiriitoja. Opinnäytetyössä luotettavuuden arviointi korostuu läpi koko työskentelyprosessin järjestelmällisenä ja johdonmukaisena työskentelynä. Opinnäytetyön arvioinnissa tutkimuksen luotettavuus onkin erittäin tärkeässä asemassa (Vilka 2021, 185.)

Opinnäytetyössä oma toimintamme vaikuttaa luotettavuuteen esimerkiksi sillä, millainen on valitsiemme aineistojen ja lähteiden laatu- lähdekritiikki (Vilkkä 2021, 185–186.) Käytimme opinnäytetyössämme hyviä, tunnettuja lähteitä ja luotettavia tutkimuksia.

Opinnäytetyötämme varten olemme valinneet lähteitä, jotka perustuvat tutkittuun tietoon. Lähteitä on haettu eri hakukantojen avulla, joita olivat Google Scholar, Finna.fi ja Terveysportti. Tämän lisäksi olemme hyödyntäneet OUTI-kirjaston palveluja. Hakusanoina kirjastopalveluissa olemme käyttäneet seuraavia: syöpä, kipu, syövän hoito, syöpäkivun hoito, kivunhoito, palliatiivinen hoitotyö ja palliatiivinen kivunhoito. Lähteitä valittaessa olemme arvioineet lähteiden luotettavuutta seuraavin perustein: julkaisut ovat mahdollisimman tuoreita, kirjoittaja on tunnettu ja asiansa tunteva ja hänen julkaisujaan on useammassa lähteissä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109–110).

Meidän opinnäytetyössämme luotettavuutta arvioimme valitsiemme lähteiden valinnoilla. Mietimme, vastaako valmis opinnäytetyö ja opas valittuihin tutkimuskysymyksiin. Lisäksi luotettavuutta arvioitiin oppaan valmistumisen jälkeisellä palautteella.

Kansallisen lainsäädännön ohella sairaanhoitajatutkintoa säätelee EU-direktiivi (2013/55/EU). Sairaanhoitajan osaamisen varmistamiseksi on laadittu yleissairaanhoitajan osaamisvaatimukset.

Opinnäytetyötä tehdessämme osaamisemme vahvistui monipuolisesti. Kykenemme työskentelemään hoitotyön asiantuntijan roolissa ja osaamme käyttää erilaisia hoitotyön menetelmiä syöpäpotilaan palliatiivisessa kivunhoidossa. Osaamme tunnistaa, arvioida sekä hoitaa potilaan kipua ja lääkehoidon osaamisemme kehittyi. Potilaan ohjauksen osaamisemme kehittyi perehtyessämme opasta tehdessämme kivunhoidon ohjaukseen. Osaamme tukea potilasta ja hänen läheisiään hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyömme prosessin aikana palliatiivisen hoitotyön osaamisemme vahvistui. (Savonia 2020.)

8.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämisaiheet

Valmis opinnäytetyömme vastaa meidän tavoitettamme ja tarkoitustamme. Oppaan sisältöä suunnitellessamme meillä oli alusta alkaen selkeä visio, mitä se tulee sisältämään. Visio vahvistui entisestään toimeksiantajan yhteyshenkilön kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen. Sisällöstä

halusimme tehdä napakan ja tiiviin sekä helppolukuisen ja informatiivisen. Tavoitteena oli tehdä opas, jota kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat voivat hyödyntää työssään. Oppaan tarkoituksena oli alun perin toimia pelkästään hoitohenkilökunnan omana työkaluna, mutta oppaan valmistuttua huomasimme sen käytettävyyden myös potilaan ohjauksessa. Saman huomion tekivät myös akuuttiosaston hoitohenkilökunta palautekyselyn vastauksien perusteella.

Toteutimme opinnäytetyön tiedonhaun ja teoriapohjan kirjoittamisen jakamalla opinnäytetyön osa-alueisiin. Etsimme tietoa ensin itsenäisesti eri osa-alueista ja sen jälkeen pohdimme toteutusta yhdessä. Prosessin loppupuolella olemme tehneet hyvin tiivistä yhteistyötä ja käyneet opinnäytetyötä läpi yhdessä. Alussa aikataulutuksessa oli haasteita ja suunnittelimme opinnäytetyön valmistumista vasta syksyille. Päätimme kuitenkin yhdessä aikatauluttaa omaa elämäämme niin, että saisimme opinnäytetyön valmiiksi alkuperäisen aikataulun mukaisesti. Tämä ei ollut helppoa, mutta toisiamme tukien pysyimme aikataulussa.

Opinnäytetyön prosessin aikana nousi esille muutamia jatkokehittämisasihteita, joita ovat esimerkiksi kinestetiiikan käyttö kivunhoidossa, ihonalaisen lääkeannostelijan käytön yksityiskohtainen ohjeistus sekä lääkkeettömien menetelmien monipuolinen hyödyntäminen kivunhoidossa.

Opinnäytetyötä tehdessämme lähteistä nousi esille kivun alihoitaminen, vaikka kivunhoidon menetelmät ovat kehittyneet vuosikymmenten aikana. Pohdimme, miten tämä on edelleen mahdollista ja mitkä ovat syyt siihen. Tämä olisi mielestämme tärkeä jatkotutkimuksen aihe, jotta kivunhoitoa voitaisiin edelleen kehittää. Käytössämme on paljon erilaisia kivunhoitomenetelmiä, mutta niiden hyödyntäminen ei selkeästi ole riittävän hyvällä tasolla.

9. Lähteet

Clark, David. (2014). *'Total Pain': the work of Cicely Saunders and maturing of a concept*. Saatavilla 19.5.2022. <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/>

Elonen, E., Tolonen, H., Kontro, M., Malmi, K., Tenhunen, O. & Wilppu, T. (2021). *Syöpälääkkeet*. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. (2018). Kiputilojen luokittelu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (128–135). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen O. (2013). *Kipu palliatiivisessa hoidossa*. Duodecim 129(4), 385–92. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>

Heiskanen, T. (2018). *Kipu ja sen hoitoperiaatteet*. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio, (toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. (22–25). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2010). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy

Hänninen, J. (2015). Total pain -käsite. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (50–51). Riika: Kustannus Oy Duodecim.

Hyvönen, T. (2021) *Sähköpostiviesti*. Viitattu 20.4.2022.

Hyvönen, T. (2022) *Sähköpostiviesti*. Viitattu 5.5.2022.

Idman, I. (2019). Syöpäpotilaan psykososiaalinen tukeminen. Lääkärin käsikirja. Saatavilla 5.5.2022. <https://kamk.finna.fi/>, Terveysportti

- Kalso, E. (2013). Kivun mekanismit. Teoksessa H. Joensuu, P. Roberts, L. Teppo & M. Tenhunen (toim.) *Syöpätaudit*. (875–881). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kalso, E. (2018). Voiko kipua mitata? Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (90–93). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E. (2018). Syöpään liittyvän kivun mekanismeja. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (548–553). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E. (2019). Syöpäkivun lääkehoito. Lääkärin käsikirja. Saatavilla 6.5.2022. <https://kamk.finna.fi/>, Terveysportti
- Kalso, E. & Kontinen, V. (2018). Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (56–84). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Kynsijärvi, N. (2022). *Sähköpostiviesti*. Viitattu 5.5.2022.
- Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. (2015). Hotus -hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 5.5.2022. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs-lyh.pdf>
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Saatavilla 18.2.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Pitkäniemi, J., Malila, N., Tanskanen, T., Degerlund, H., Heikkinen, S. & Seppä, K. (2019). *Syöpä 2019*. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 96. Suomen Syöpäyhdistys, Helsinki 2021.
- Pelto, A-K., Hökkä, M., Kajula, O. & Kaakinen, P. (2019). Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 17(2), 22–29.
- Pohjolainen, T. (2018). Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (242–259). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhiä, R. & Heiskanen, T. (2021). Yleistä syöpäkivun esiintyvyydestä, patofysiologiasta, diagnosoinnista ja mittaamisesta. Teoksessa K. Olkkola, K. Kiviluoma, T. Saari, M. Tallgren, A. Uusaro, A. Yli-Hankala (toim.) *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. (1029–1031). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. (2015). Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (10). Riika: Kustannus Oy Duodecim.

Sankila, R. (2013). Syövän yleisyys. Teoksessa H. Joensuu, P. Roberts, L. Teppo & M. Tenhunen (toim.) *Syöpätaudit*. (30–32). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Savonia. (2020). Yleissairaanhoidajan osaamisvaatimukset. Saatavilla 23.2.2022. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoidajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. (2015). *Palliatiivinen hoitotyö: parantumattomasti sairas ja hänen perheensä*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vainio, A. (2018). Kipu ja kärsimys. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (30–32). Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. (2021). *Näin onnistut opinnäytetyössä*. Jyväskylä: PS- kustannus.

Vähäkangas, K., Puistola, U. & Turpeenniemi-Hujanen, T. (2018). Syöpäkivun hoito. Teoksessa H. Ruskoaho, J. Hakkola, R. Huupponen, A. Kantele, E. Korpi, E. Moilanen, P. Piepponen, E. Savontaus, O. Tenhunen & K. Vähäkangas (toim.) *Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <https://kamk.finna.fi/>, Oppiportti

World Health Organization. (2022). *Cancer*. Saatavilla 18.5.2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Liite 1 Oppaan arviointi

Syöpäpotilaan palliatiivinen kivunhoito

Opas Kuusamon akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle

Oppaan palautekyselyn kysymykset:

- Miltä oppaan sisältö ja ulkoasu vaikuttavat?
- Millaisia muutoksia tai lisäyksiä toivoisit oppaan sisältöön tai ulkoasuun?
- Miten käyttäisit opasta hyödyksi omassa työssäsi?
- Muu palaute

Kiitos vastauksista.

Liite 2 Saatekirje

Hei!

Olemme laatineet opinnäytetyönämme Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosastolle Syöpäpotilaan palliatiivinen kivunhoito-oppaan. Toivoisimme, että tutustuisitte oppaaseen, jonka jälkeen vastaisitte lyhyeen palautekyselyymme oppaaseen liittyen.

Palautekyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyn vastaukset käsitellään anonymisti ja luottamuksellisesti. Palautekyselyn tarkoituksena on antaa teille, akuuttiosaston hoitohenkilökunnalle, mahdollisuus vaikuttaa tekemämme oppaan sisältöön.

Palautekyselyyn vastaaminen tapahtuu seuraavan linkin kautta:

<https://link.webropolsurveys.com/S/F07F855184C69135>

Palautekysely on avoinna 22.4-29.4.2022.

Kiitos osallistumisestasi!

Aurinkoista kevään jatkoa toivottaen,

Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Henna Ronkainen ja Niina Haataja

Mikäli teillä tulee kysyttävää asian tiimoilta, meihin voi ottaa yhteyttä puhelimitse:

Henna p. 0407246281, Niina p. 0443444123.