

Sanna Lindgren

KIVUNHOIDON LÄÄKKEETTÖMÄT MENETELMÄT PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kliinisen asiantuntijan koulutus (ylempi amk)



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Terveystenhoitaja YAMK
Tekijä/Tekijät	Sanna Lindgren
Työn nimi	Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät palliatiivisessa hoidossa
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Vuosi	2023
Sivut	103 sivua, liitteitä 13 sivua
Työn ohjaaja(t)	Sirpa Gardemeister

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata palliatiivisen hoidon aikana kivunhoidossa käytettyjä lääkkeettömiä menetelmiä sekä niiden käyttöä edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa palliatiivisen hoidon aikana käytettävistä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä opetuksen ja ammatillisen kehittymisen tueksi sekä palliatiivisen hoidon laadun edistämiseksi.

Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineiston haut tehtiin Medic, Cinahl, Pubmed ja Academic Search Elite-tietokannoista sekä manuaalisella haulla. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 16 tutkimusartikkelia. Kyseessä on laadullinen tutkimus ja aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä oli käytössä palliatiivisessa hoidossa useita erilaisia ja ne jaoteltiin fyysisiin ja psykososiaalisiin menetelmiin. Fyysisiä menetelmiä olivat vyöhyketerapia, st-hoito ja tens-hoito, akupunktio, hieronta ja osteopatia. Psykososiaalisia menetelmiä olivat musiikkiterapia, psyko- ja käyttäytymisterapiat, elämäkatsauksen interventiot, mindfulness- ja rentoutustekniikat ja psykososiaalinen tuki. Palliatiivisessa hoidossa lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä käytettiin integroituna lääkkeelliseen hoitoon. Menetelmien vaikutus oli tutkimusten perusteella heterogeeninen ja yksilöllinen eikä interventoiden välillä löytynyt eroja tulosvaikutusten suhteen. Menetelmien hyödyt näkyivät kivun lievittymisen lisäksi masennuksen ja ahdistuksen vähenemisenä ja näin positiivisena vaikutuksena elämänlaatuun. Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistäviä tekijöitä kuvattiin potilaan, omaisen ja terveydenhuollon näkökulmasta. Tärkeinä tekijöinä onnistuneessa kivunhallinnassa nähtiin hoitajan osaaminen ja koulutus, toimiva vuorovaikutussuhde, moniammatillinen lähestymistapa, läheisten mukaanotto sekä yksilöllinen ja potilaslähtöinen menetelmävalinta.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kivunhoidon lääkkeetön menetelmä tulee valita yksilöllisesti yksilön kivunhoidon tarpeiden ja toiveiden mukaan. Palliatiivisen hoidon aikana myös lyhyistä psykososiaalisista interventioista saadaan merkittävää hyötyä yksilölle ja positiivinen vaikutus elämänlaatuun. Tätä voidaan pitää merkittävänä voimavarana palliatiivisen hoidon aikana. Kivun lievittymisen lisäksi menetelmät parantavat koettua elämänlaatua ja vähentävät kärsimystä, mikä on merkittävä asia palliatiivisen hoidon aikana.

Asiasanat: kipu, lääkkeetön kivunhoito, palliatiivinen hoito, kirjallisuuskatsaus

Degree title	Master of Health Care
Author (authors)	Sanna Lindgren
Thesis title	Non-pharmacological methods of pain management in palliative care
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Sciences
Time	2023
Pages	103 pages, 13 pages of appendices
Supervisor	Sirpa Gardemeister

ABSTRACT

The purpose of the thesis was to describe the non-pharmacological methods used in pain management during palliative care and the factors promoting their use. The aim of the thesis was to produce up-to-date information on non-pharmacological pain management methods used during palliative care to support teaching and professional development and to promote the quality of palliative care. The thesis was implemented as an integrative literature review. The material was searched from the Medic, Cinahl, Pubmed and Academic Search Elite databases and by manual search. 16 research articles were selected for the literature review. It is a qualitative study and the material was analyzed using the deductive content analysis method.

The research results revealed that several different methods of non-pharmacological pain management were used in palliative care and they were divided into physical and psycho-social methods. Physical methods included reflexology, st therapy and tens therapy, acupuncture, massage and osteopathy. Psychosocial methods included music therapy, psycho- and behavioral therapies, life review interventions, mindfulness and relaxation techniques, and psycho-social support. In palliative treatment, non-pharmacological pain management methods were used integrated with drug treatment. Based on the studies, the effect of the methods was heterogeneous and individual, and no differences were found between the interventions in terms of outcome effects. In addition to the relief of pain, the benefits of the methods were seen in the reduction of depression and anxiety and thus a positive effect on the quality of life. Factors promoting the use of drug-free methods of pain management were described from the perspective of the patient, family and health care. The important factors in successful pain management were seen to be the skills and training of the nurse, a functional interaction relationship, a multi-professional approach, the involvement of relatives and an individual and patient-oriented choice of methods.

Based on the results, it can be concluded that the drug-free method of pain management should be chosen individually according to the pain management needs and wishes of the individual. During palliative care, short

psychosocial interventions also have a significant benefit for the individual and a positive effect on the quality of life, and this can be considered a significant asset during palliative care. In addition to alleviating pain, the methods improve the perceived quality of life and reduce suffering, which is a significant issue during palliative care.

Key words: pain, drug-free pain treatment, palliative care, literature review

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	8
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	9
3	PALLIATIIVINEN HOITO.....	10
3.1	Ennakoiva hoitosuunnitelma.....	13
3.2	Palliatiivisen hoidon kehittäminen.....	15
4	KIPU.....	18
4.1	Kipu käsitteenä.....	19
4.2	Kärsimys ja eksistentiaalinen kärsimys.....	21
4.3	Kivun luokittelu.....	22
4.4	Kivun arviointi.....	25
5	KIVUNHOIDON MENETELMÄT.....	29
5.1	Lääkkeellinen kivunhoito.....	29
5.2	Lääkkeetön kivunhoito.....	31
5.2.1	Fyysiset menetelmät.....	33
5.2.2	Psykososiaaliset menetelmät.....	38
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	43
7	OPINNÄYTETÖN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	44
7.1	Kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	44
7.2	Tiedonhaku.....	47
7.3	Aineiston laadunarviointi.....	49
7.4	Aineiston analysointi.....	51
8	TULOKSET.....	54
8.1	Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät palliatiivisessa hoidossa.....	55
8.2	Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät.....	60
9	POHDINTA.....	64
9.1	Tulosten tarkastelua.....	64
9.2	Tulosten merkitys ja hyödynnettävyys.....	71
10	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	73
11	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET.....	78
	LÄHTEET.....	79

LIITTEET

Liite 1. Tutkimusten tiedonhaun kuvaus

Liite 2. Prosessi-kuvaus tutkimusten valinnasta analyysiin

Liite 3. Taulukko kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista

Liite 4. Joanna Briggs Instituutin laadunarviointitaulukko

Liite 5. JBI laadunarviointilomake laadulliselle tutkimukselle

1 JOHDANTO

Suomessa kuolee vuosittain noin 57 000 ihmistä ja suurin osa heistä kuolee iäkkäinä kroonisten sairauksien vuoksi. Yleisimmät kuolinsyyt olivat vuonna 2020 kasvaimet, verenkiertoelimistön sairaudet ja dementoivat sairaudet (Suomen virallinen tilasto 2021a). Kuolleista n.86 % oli yli 65-vuotiaita. Suomen väestö ikääntyy johtuen syntyvyyden laskusta sekä elinajanodotteen kasvusta. Suomessa oli vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä 15 % ja ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä se kasvaa 26,3 %:iin. (Suomen virallinen tilasto 2021b). Maailman terveysjärjestön engl. World health organization (WHO) arvion perusteella Suomessa elämän loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa tarvitsevia on yli 30 000 ja kolmasosa tarvitsee sitä jo sairauden varhaisemmassa vaiheessa. WHO:n mukaan terveydenhuollolla on maailmanlaajuisen eettinen vastuu lievittää fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä kärsimyksiä (WHO 2014, 2023).

Toimintakykyisyys heikkenee viimeisinä elinvuosina kun krooniset sairaudet etenevät, jolloin palliatiivisen hoidon tarve tulee myös lisääntymään. Palliatiivinen eli oireita lievittävälle hoidolle on tunnusomaista potilaan kokonaisvaltaisen ja aktiivinen hoito. Palliatiivisella hoidolla ja saattohoidolla on tavoitteena lievittää sairauden aiheuttamaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä ja huomioida niin potilaan kuin hänen läheistensä elämänlaatu. Saattohoito on viimeinen vaihe palliatiivista hoitoa. Potilaalle tulee mahdollistaa arvokas ja mielekäs elämä sairaudesta huolimatta osaavalla, suunnitelmallisella ja tarkoituksenmukaisella palliatiivisella hoidolla. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 7; Duodecim 2018.) Palliatiivisen ja saattohoidon kansallisen suosituksen 2022 mukaan saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa tulisi saada yhdenvertaisesti koko Suomessa, mutta palliatiivisen hoidon taso Suomessa on vaihteleva ja saatavuudessa on merkittäviä alueellisia eroja. (Saarto ym. 2022, 9; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Suosituksen mukaan elämän loppuvaiheen hoidossa tärkeimpiä arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, potilaan itsemääräämisoikeus sekä inhimillisyys. Onnistuneen ja laadukkaan palliatiivisen hoidon edellytyksenä on

hoitohenkilökunnan riittävä ja päivitetty osaaminen ja erityisesti se korostuu oirehoidon ja laaja-alaisen kivunhoidon osaamisen osalta. (Saarto ym. 2022, 9,11.) Kaikissa suosituksissa ja ohjausdokumenteissa painotetaan riittävän palliatiivisen hoidon koulutuksen järjestämistä sekä osaamisen kehittämistä terveydenhuollon ammattihenkilöille ja hoitoon osallistuville henkilöstöryhmille. (Saarto ym. 2017, 22.) Organisaation tärkeänä pääomana pidetään osaavaa henkilöstöä ja kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee hallita palliatiivisen hoidon perusteet, johon kivunhoito olennaisesti kuuluu. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; STM ja Suomen kuntaliitto 2020, 57–58.)

Opinnäytetyön aiheeksi valitsin palliatiivisen hoidon aikaisen lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien tarkastelun tutkitun tiedon pohjalta. Aihe on ajankohtainen väestön ikääntymisen ja palliatiivisen hoidon tarpeen kasvun myötä. Palliatiiviseen hoitoon sisältyy kivunhoito olennaisena oirehoidon osana. Opinnäytetyöni kohdistuu aikuisten ja iäkkäiden palliatiivisen hoidon kontekstiin, koska määrällisesti palliatiivista hoitoa tarvitsevien osuus kasvaa iän myötä. Lapset erityisryhmänä tulee käsitellä lähtökohtaisesti eri näkökulmasta ja lasten lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien tutkiminen nouseekin esiin relevanttina jatkotutkimusaiheena. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä menetelmiä palliatiivisen hoidon aikaisessa lääkkeettömässä kivunhoidossa käytetään ja mitkä asiat edistävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. Tavoitteena on lisätä tietoutta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä ja laadusta palliatiivisen hoidon opetuksen tueksi, ammatillisen osaamisen vahvistamiseksi ja palliatiivisen hoidon laadun edistämiseksi.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyö tehdään Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun toimeksiantajasta. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (Xamk) on vastuullisen hyvinvoinnin, teknologian ja luovan talouden korkeakoulu. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu on aloittanut toimintansa vuonna 2017 Kymenlaakson ja Mikkelin ammattikorkeakoulun yhdistymisestä ja sitä ylläpitää Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy, jonka omistavat Mikkelin, Savonlinnan, Kotkan ja Kouvolan kaupungit. (Xamk s.a.)

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu kouluttaa osaavaa työvoimaa tulevaisuuden tarpeisiin, edistää yrittäjyyttä, kansainvälisyyttä sekä elinkeinoelämää uudistavia ratkaisuja. Xamk:issa työskentelee yli 900 asiantuntijaa neljällä eri kampuksella. Tutkimus-, kehitys- ja innovaatio toiminta on keskeinen osa alueellista ja yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Xamk tarjoaa osaamista ja asiantuntijapalveluita sekä yrityksille ja yhteisöille myös harjoittelu-, projekti- ja opinäyteyhteistyönä. Opiskelijamäärä korkeakoulussa on noin 11 500 ja koulutusvaihtoehtoja monia; yli 40 Amk-koulutusta sekä yli 30 Yamk-koulutusta. (Xamk s.a.)

Xamk järjestää sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen lisäksi mm. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntija- erikoistumiskoulutusta 30 op. Tällä erikoistumiskoulutuksella saavuttaa osaamisen, jota tarvitsee toimiessa perustason palliatiivisen hoidon vastuutehtävissä tai palliatiivisen hoidon erityistasolla.

Erikoistumiskoulutus on kohdistettu sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinnon tai opistoasteen tutkinnon suorittaneille työelämässä toimiville terveydenhuollon ammattihenkilöille. (Xamk.s.a.) Palliatiivisen hoidon Erko-koulutuksessa oirehoidon moduulissa keskeisenä osaamisalueena on kivunhoito. Opinnäytetyöni tuo tutkittua tietoa hyödynnettäväksi kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käytöstä koulutuksen ja opetuksen tueksi.

3 PALLIATIIVINEN HOITO

Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) määritelmän mukaan ”palliatiivisella eli oireita lievittäväällä hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen monenlaista kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan”. (WHO 2014.) Palliatiivista hoitoa voi toteuttaa etenevän sairauden kaikissa vaiheissa, mutta sen tarve kasvaa kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. WHO on arvioinut palliatiivisen hoidon tarvisijoita olevan Suomessa vuosittain noin 30 000 henkilöä ja puolella heistä

hoidon tueksi tarvitaan erityistason konsultaatiotukea. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliativinen hoito on ihmisoikeus, mikä perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen ja hyvä hoito pitää turvata kaikille kansalaisille. Palliativisen hoidon tulee olla kaikille saatavilla ja osa julkista terveydenhuoltojärjestelmää porrastettuna hoidon tarpeen mukaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliativisen hoidon keskeinen tavoite on lievittää kärsimystä ja tukea potilaan ja läheisten elämänlaatua. Palliativisen hoidon tavoitteena on tukea potilasta elämään yksilöllistä ja aktiivista elämää mahdollisimman vähäoireisena kuolemaan saakka. (Saarto ym. (toim.) 2018, 8; Tasmuth 2019.)

Palliativinen hoito kuuluu WHO:n määritelmän mukaan diagnoosista riippumatta kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville. Krooniset sairaudet aiheuttavat elämänlaatua heikentäviä oireita ja tuen tarpeita. Näitä kroonisia sairauksia ovat mm. levinnyt syöpä, edennyt sydämen-, maksan- tai munuaisten vajaatoiminta, muistisairaus, krooninen keuhkosairaus sekä etenevä neurologinen sairaus. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto ym. 2017, 7; WHO 2014.)

WHO:n arvion mukaan syöpäpotilaiden osuus on arviolta 40 prosenttia ja muita kroonisia sairauksia sairastavien osuus palliativisen hoidon potilaista on 60 %. Palliativisen hoidon tarpeen arvioidaan kasvavan koko Euroopassa lähivuosina sekä syöpäpotilaiden että muiden potilasryhmien osalta väestön ikääntymisen myötä. Pitkäaikaiset sairaudet aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä, jolloin palliativisen hoidon tarve on ilmeinen viimeisinä elinvuosina. Suomessa palliativisen hoidon tarve on WHO:n arvioimana vuosittain 30 000, lisäksi ikääntymiseen kuuluvaa hiipuminen lisää palliativista hoidon tarvetta. (Saarto ym. 2019a, 14.)

Suomessa tehdään vuosittain n. 32 000–37 000 uutta syöpädiagnoosia. Kipu on tavallisimpia syöpäpotilaiden oireista ja kolmanneksella syöpäpotilaista on kipua jo sairauden diagnosointivaiheessa. Loppuvaiheessa levinneessä syöpäsairaudessa kivusta kärsii 50–90 % potilaista. Noin puolella etenevään syöpään liittyvästä kivusta kärsivistä potilaista kipu on kohtalaista tai voimakasta.

(Heiskanen 2017; Heiskanen ym. 2013, 385–386; Liimatainen ym. 2018,1428; Pitkäniemi ym. 2022, 7–8.)

Väestön ikääntyessä kroonisista sairauksista kärsivien ihmisten määrän kasvu johtaa tulevaisuudessa myös palliatiivisen hoidon tarpeen lisääntyvään kasvuun. Kroonisen sairauden edetessä potilaiden palliatiivisen hoidon tarpeen varhainen tunnistaminen on tärkeää ja palliatiivinen hoito tulisi aloittaa jo mahdollisimman aikaisessa vaiheessa sairauskeskeisen hoidon rinnalla oireiden lievittämiseksi sekä tukemaan potilasta sekä hänen läheisiään. Aiemmin on todettu varhaisen palliatiivisen hoidon muun hoidon rinnalla parantavan potilaiden elämänlaatua, vähentävän oireiden haittaavuutta, parantavan elämän loppuvaiheen hoidon laatua ja läheisten tyytyväisyyttä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuosituksen 2022 tavoitteena on, että palliatiivinen hoito aloitetaan jo varhaisessa vaiheessa perussairauteen kohdistuvan hoidon rinnalla. (Saarto ym. 2022,18.)

Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportissa 2019 koskien palliatiivisen hoidon nykytilaa Suomessa nousi esiin henkilöstön riittämätön osaaminen oirehoidon osalta elämän loppuvaiheen hoidossa. Alueiden välinen vaihtelu sekä osaamisen tasossa, henkilöstön tukemisessa sekä akuuttipalvelujen käytössä viittasivat eriarvoisuuteen elämän loppuvaiheen hoidossa. Myös sosiaalipalvelujen nykytilan selvityksen mukaan nousi esiin useat käynnit akuuttipalveluissa ennen kuolemaa sekä hoitajien palliatiivisen hoidon osaamisen puutteet erityisesti kotihoidon ja asumispalveluiden alueella. Palliatiivisen hoidon osaamisen varmistamiseksi tulee huolehtia perusopetuksen sekä täydennys- ja erikoistumiskoulutuksen järjestämisestä. (Saarto ym. 2019a,132.)

Suosituksessa palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019 palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportissa kuvattiin, miten hyvä palliatiivinen hoito rakentuu. Suosituksen mukaan palliatiivinen hoito tulee pyrkiä toteuttamaan tasalaatuisena ja moniammatillisena yhteistyönä terveydenhuollon kaikilla tasoilla sekä sosiaalihuollon yksiköissä. Palliatiivisen hoidon erityistason konsultaatio- ja oirehoidon tuki tulee olla saatavilla sekä kehittää yhteistyötä palliatiivisten kotisairaaloiden,

kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden välillä. (Saarto ym. 2019a, 19; Saarto ym. 2019b, 183.)

Raportin mukaan laadukkaana palliatiivisen hoidon edellytys on riittävä ja osaava henkilökunta. Keskeistä laadukkaassa palliatiivisessa hoidossa on huomioida ja kehittää moniammatillista yhteistyötä ja osaamista sekä huolehtia perustason tarpeiden mukainen erityistason tuen saatavuus. Oleellista on huomioida myös psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen tarve ja saatavuus terveyden- sosiaalihuollon palveluissa. Oleellista on erityisesti vahvistaa perustason henkilöstön palliatiivisen hoidon osaamista, koska suurin osa palliatiivisen hoidon potilaista hoidetaan perustasolla. (Saarto ym. 2019a, 17–18, 182–183.)

3.1 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Palliatiivisen ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksen 2019 sekä Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportin 2019 mukaan elämän loppuvaiheen hoitoon tulee laatia ennakoiva hoitosuunnitelma engl. advance care planning (ACP). Suunnitelman laatimisesta vastaa hoitava lääkäri yhteistyössä kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan ja tämän läheisten kanssa. Hoitosuunnitelman laatiminen on lakisääteistä ja se tukee jokaisen oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Hoitoa koskeva suunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan ja hänen läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelmassa on mainittava hoidon järjestäminen, sisältö sekä toteutuksen aikataulu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1.3.1992/785, 12.§.)

Hoitosuunnitelman tulee sisältää kirjaukset sairauden etenemisestä, hoitomenetelmistä- ja tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajauksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Keskeistä on määritellä selkeästi oirehoito ja tehdä suunnitelma oirelähtöisen lääkehoidon ja lääkkeettömän hoidon osalta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Hoitosuunnitelmaa tulee säännöllisesti arvioida ja päivittää tilanteen muuttuessa. Ennakoiva hoitosuunnitelman tekeminen riittävän ajoissa on oleellista etenevissä sairauksissa, jolloin potilas tulee kyvyttömäksi tahdonilmaisuuksiin sairauden etenemisen ja toimintakyvyn heikkenemisen

vuoksi. (Palliativinen ja saattohoito 2019; Ranganathan ym. 2014; Saarto ym. 2019a, 19; Smith ym. 2012.)

Palliativinen hoitolinjaus tulee tehdä, kun sairaus heikentää merkittävästi toimintakykyä ja elämänlaatua eikä sairauskohtainen hoito enää paranna ennustetta. Palliativisen hoitolinjauksen mukaisesti tulee laatia elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, johon on määritelty yksilölliset hoidon rajaukset. Saattohoito on viimeinen osa palliativista hoitoa ja ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville, jolloin potilaan toimintakyky on yleensä merkittävästi heikentynyt. Saattohoitopäätös tehdään toimintakyvyn merkittävästi alentuessa, jolloin kuolema on odotettavissa lähiviikkoina. (Palliativinen ja saattohoito 2019.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma edistää palliativisen hoidon toteutumista potilaan toiveiden huomioimisella ja hoitotyytyväisyyden lisääntymisellä, oireiden hyvänä ja laadukkaana hoitona, läheisten kuormittuneisuuden vähenemisellä, vähentyneillä sairaalajaksoilla elämän loppuvaiheessa sekä turvaamalla hyvän kuoleman omassa hoivayksikössä (Brinkman-Stoppelenburg ym. 2014; Detering ym. 2010; Ranganathan ym. 2014; Smith ym. 2012).

Hoitosuunnitelman tärkeä osa on potilaan laatima kirjallinen tai suullinen hoitotahdo. Hoitotahdon sisällöstä tulee keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa, jotta osataan huomioida ja toimia tilanteissa hoitotahdon mukaisesti. (Palliativinen ja saattohoito 2019.) Hoitajan työnkuvaan kuuluvana oleellisena osana on hoidon suunnittelu yhdessä potilaan ja omaisen kanssa. Hoidon suunnittelussa on keskeistä palliativisen hoidon osa-alueiden kokonaisvaltainen huomioiminen sekä erityisesti potilaan ja läheisten toiveiden ja tarpeiden kuuleminen ja dialoginen keskustelu. Hoitajan on tärkeää omata hyvät vuorovaikutustaidot ja valmiudet antaa potilaan sairauteen ja tilanteeseen liittyvää realistista tietoa ja psykososiaalista tukea tukemaan potilaan päätöksentekoa. (Saarto ym. 2018, 9–11.)

Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen osa ennen oletettua kuolemanhetkeä. Saattohoidon tavoitteena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään inhimillisiä arvoja

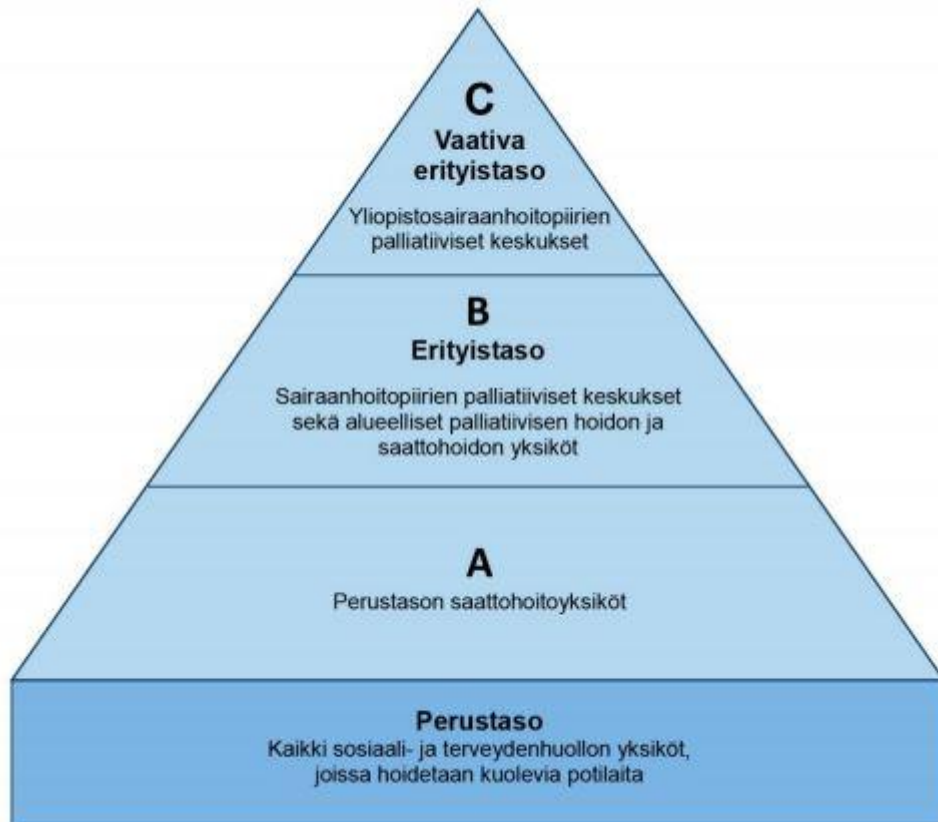
kunnioittaen. Saattohoidossa tuetaan kuolevaa ihmistä yhdessä läheisten kanssa valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri ja päätöksestä tulee keskustella potilaan tai läheisten kanssa. Saattohoitopäätös sisältää elvyttämättä jättämis- päätöksen (DNR- päätös). Saattohoitopäätöksestä on tehtävä aina merkintä potilasasiakirjoihin. Päätöksestä tulee kirjata päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai läheisen kanssa asiasta käydyn keskustelun sisältö ja potilaan ja/tai omaisen kannanotto päätökseen. (Valvira 2023.)

3.2 Palliativisen hoidon kehittäminen

Valtakunnalliset suositukset ohjaavat palliativisen- ja saattohoidon hoitotyön järjestämistä, toteutusta ja seurantaa. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus on laadittu edistämään yhdenvertaisen ja laadukkaan palliativisen hoidon toteutumista kaikkialla Suomessa. (Saarto ym. 2022, 14.) Laatusuosituksessa kuusi laatualuetta kuvaa potilaan hoitoprosessin eri vaiheita hoitoon pääsystä ja jatkuen kuoleman jälkeiseen tukeen. Yksi keskeinen laatualue on vaikuttava oirehoito, jossa keskeisenä teemana on kivunhoito. Laadun kriteereihin on kirjattu oirehoidon tarpeen tunnistaminen, arviointi ja hoito. (Saarto ym. 2022, 4,19, 25–26.) Elämän loppuvaiheen hoito- laatukäsikirjassa 2022 on kuvattuna myös iäkkäiden ihmisten hoidon laatualueita. Laatualueissa korostuvat henkilöstön osaaminen ja osaamisen varmistaminen, ennakoiva suunnittelu ja hyvän oireen mukaisen hoidon turvaaminen. (Finne-Soveri ym. 2022, 15–16.)

Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän raportissa (STM 2019) on kuvattu palliativisen hoidon porrastettu järjestämismalli sekä laatukriteerit. Perustana on kansalaisten yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus saada tarpeidensa mukaista palliativista hoitoa omassa elinympäristössään. Järjestämismallissa palliativinen hoito on porrastettu tasojen mukaisesti (kuva 1). Perustason yksiköissä hoidetaan potilaat elämänsä loppuun asti, tarvittaessa erityistason tuella, mm. terveyskeskusten osastot, ympärivuorokautisen hoidon yksiköt sekä kotihoito. A-tasolla toimivat perustason saattohoitoyksiköt. B-tasolla toimivat palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, mm. kotisairaalat,

saattohoito-osastot ja kodit, palliatiiviset osastot, sairaaloiden konsultaatiotiimit ja palliatiiviset poliklinikat. Erityistason yksiköt toimivat konsultoivina yksiköinä. C-tason yksikköjä ovat yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset- ja poliklinikat, saattohoitokodit ja palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimit. (Saarto ym. 2022, 14–15.)



Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto ym. 2019).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason palveluille on määritelty laatu- kriteerit palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta. Perustasolla tulee huolehtia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon moniammatillisesta toteutuksesta elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman pohjalta ennustettavan oireku- van omaaville potilaille. Perustasolla on ensisijaisesti osattava havaita elämän loppuvaiheen alkaminen ja laatia elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma yh- dessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Keskeistä on hyvän oire- ja kivunhoidon hallitseminen ja

tarpeenmukainen erityistason konsultointi. Oleellista on huomioida potilaan ja hänen läheistensä tarve psykososiaalisen ja hengellisen tuelle ja järjestää tukea tarvittaessa. Potilaan tarve erityistason palliatiiviseen hoitoon tulee osata havaita ja kehittää yhteistyötä alueellisesti. Hyvän saattohoidon edellytys on riittävän henkilöstömäärän turvaaminen sekä täydennyskoulutuksen järjestäminen. (Saarto ym. 2019, 186–187.)

Ammattilaisen oirehoidon osaamisen vaatimukseen vaikuttaa millä järjestämismallin tasoista hänen työyksikkönsä toimii ja oirehoidon osaamisen tasot on määritelty mallin eri tasoille sekä laatuksiteereihin. (Saarto ym. 2022, 14–15, 47.) Ammatillinen perusopetus antaa osaamisen työskennellä perustasolla ja erityistasolla vaaditaan lisäksi erikoistumiskoulutus. Enemmistö palliatiivisista potilaista hoidetaan perus- ja A-tasolla. Kolmannes potilaista tarvitsee erityistason tai vaativan erityistason hoitoa, johon tulee olla kaikilla potilailla yhdenvertainen mahdollisuus. (Saarto ym. 2019, 15–16.)

Ikääntyneiden palliatiivisen hoidon laatua ja palvelujärjestelmiä vertaileva tutkimus- ja kehittämishanke engl. Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe (PACE) toteutettiin pitkäaikaishoidon yksiköissä seitsemässä Euroopan maassa vuosina 2014–2019. (Payne ym. 2019, 7.) PACE- hankkeessa tutkittiin ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä toimivien ammattilaisten palliatiivisen hoidon osaamista ja tutkimuksen mukaan palliatiivisen hoidon kehittämis- ja osaamistaso on vaihtelevaa PACE-hankkeeseen osallistuneissa maissa. Suomessa kehittämistarpeita hoidon laadussa havaittiin kivunhoidossa ja omaisten tukemisessa sekä yhteistyön kehittämisessä. (Saarto ym. 2019, 122.)

Hankkeen pohjalta kehitetty PACE-toimintamalli on kuuden portaan iäkkäiden palliatiivisen hoidon ohjelma. (Payne ym. 2019, 7–8.) PACE-toimintamallin neljännen portaan ”hallitse ja hoida kipu” tarkoituksena on vahvistaa oireidenhallinnan ja kivun hoidon osaamista. Hyvä oireiden hallinta ja asukaslähtöinen ja kunnioittava kohtelu on keskeisiä tekijöitä laadukkaassa palliatiivisessa hoidossa. Elämän loppuvaiheen hoidossa oleellista on hyvä oireiden arviointi ja hallinta. (Payne ym. 2019, 38.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto (2020) ovat julkaisseet lokakuussa 2020 ikääntyvien ihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin väli-neeksi palvelujen laatusuosituksen vuosille 2020–2023 tukemaan vanhuspal-velulain 28.12.2012/980 toimeenpanoa. Laatusuosituksen tavoitteena on ke-hittää laadukkaat ja vaikuttavat palvelut iäkkäille ja tukea hyvää ikääntymistä. Suosituksessa mainitaan yhtenä kehittämishaasteena laadukkaan palliatiivi-sen ja saattohoidon toteuttamisen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja kotona. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuudessa, laadussa ja osaamisessa on aiemmissa selvityksissä todettu puutteita ja eriarvoisuutta alueellisesti. (Saarto ym. 2022, 10.) Palliatiivisen hoidon laadun parantami-ssa keskeistä on elämän loppuvaiheen erityistarpeiden tunnistaminen ja en-nakointi sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2020, 60.)

Lampun (2022) väitöskirjatutkimuksessa tutkittiin satunnaistetulla vertailututki-muksella henkilökunnan koulutuksen vaikutusta elämän loppuvaiheen hoitoon hoivakodeissa. Keskeisinä mittareina olivat elämän laatu ja sairaalapalvelui-den käytön määrä. Tutkimuksessa seurattiin vaikutuksia myös oirehoitoon, ki-puun sekä psyykkiseen hyvinvointiin ja omaisten tyytyväisyyteen. Kahden vuoden seuranta-aikana ei nähty muutoksia elämänlaadussa tai sairaalapal-velujen käytössä verrokkiryhmään verrattuna kuin vain väliaikaisesti. Tutki-muksen mukaan erityisesti oireenmukaiseen hoitoon ja elämänlaatuun keskit-tyminen antaa hoidolle mielekkäimmän lähtökohdan. Resurssointia hoidon to-teuttamiseksi asukkaan omassa ympäristössä ilman siirtoja sekä henkilökun-nan koulutusta tulisi kehittää edelleen. Kaikessa kehittämisessä tulisi tunnis-taa kehittämisen esteitä ja yrittää poistaa niitä. (Lamppu 2022, 85–86.)

4 KIPU

Kipu on yleisin vaikeaa kuolemaan johtavaa sairautta eniten pelkäämistä oi-reista ja yleinen oire kaikissa palliatiivisen hoidon piiriin kuuluvissa sairauk-sissa. Viimeisen elinvuoden aikana yli puolella potilaista esiintyi kipuja, hen-genahdistusta ja väsymystä. (Kipu 2017; Saarto ym. 2015, 46). Pitkälle eden-nyttä syöpää sairastavista potilaista 50–90 % kärsivät kivuista ja tarvitsevat ki-vunlievitystä. (Saarto ym. 2017, 22.) Palliatiivisessa hoidossa kivun

olemassaolo tiedostetaan nykyään hyvin, mutta kipua arvioitaessa on tärkeää arvioida systemaattisesti myös muita oireita, kuten masennusta ja ahdistusta tai kuolemanpelkoa. (Saarto ym. 2015, 45.)

4.1 Kipu käsitteenä

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun uuden 2020 päivitetyn määritelmän mukaisesti: "Kipu on kudoksen vaurioitumiseen tai sen uhkaan liittyvä epämiellyttävä aistimus ja tunne-elämys tai tällaista muistuttava kokemus" (Kalso ym. 2018; Ojala 2022, 24). IASP:n uusi määritelmä kivusta korostaa nimenomaan potilaan omaa ja yksilöllistä kivun kokemusta (Kalso 2021).

Kivulle on tunnusomaista käsitteet hallitsevuus, näkymättömyys ja kielteisyys ja kipu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti koko ihmiseen (Ojala 2022, 20). Kivun määritelmässä nousee esiin kuusi näkökulmaa eli teesiä, jotka tarkentavat ja selventävät määritelmää. Teesit sisältävät näkökulman kivun subjektiivisuuteen, joka käsittää sekä biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksen. Toinen teesi sisältää elämäkokemuksen merkityksen, mikä nähdään kipua muokkaavaksi tekijäksi. Elämäkokemuksen vaikutus korostaa muistin merkitystä kivun kokemiseen; huonosti hoidetusta kivusta jää muistijälki, joka vaikuttaa seuraavan kivuliaan tapahtuman kokemiseen. Kivun määritelmää täsmentäviä näkökulmia ovat myös yksilön oma käsitys kivusta, kivun haitalliset vaikutukset toimintakykyyn ja hyvinvointiin sekä sanallisen kommunikaation rajallisuuden kivun ilmaisemiseen. (Saari 2022, 259.)

Kivun määritelmän mukaan kipu on henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat biologiset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät ja yksilön ilmaisemaa kipukokemusta tulee ensisijaisesti kunnioittaa. Kivun kokemus on monitekijäinen ja kokonaisvaltainen kipu voidaan nähdä muodostuvan neljästä osatekijästä; fyysisestä, sosiaalisesta, hengellisestä ja emotionaalista -psykkisestä kivusta. (Rannikko 2021, 46–47.) Yksilön kipukäsitykseen vaikuttavat elämäkokemukset ja kivulla on vaikutuksia toimintakykyyn sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kipuun liittyvä pelko ja ahdistus sekä useat sekundaariongelmat kuten masennus, uniongelmat ja toimintakyvyn heikkeneminen voivat

myös merkittävästi heikentää kivusta kärsivän potilaan elämänlaatua. (Ojala 2022, 25; Saarto ym. 2015, 47.)

Engelin biopsykososiaalisessa mallissa kokonaisuuden muodostavat fyysisyys, tunteet, motivaatio, ajatukset ja sosiaaliset suhteet ovat jatkuvassa ja dynaamisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Kaikilla osa-alueilla on merkitys kivun kokemisessa, mutta niiden painotus vaihtelee. (Vainio 2004.) Biopsykososiaalisen viitekehyksen mukaan kipuoireista henkilöä hoidettaessa hänet tulee ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon. (Kalso ym. 2021; Holopainen 2020, 63–65.)

Kipukokemus voidaan käsittää merkityssuhteena, joka on yhdistelmä erilaisia tunteita, uskomuksia ja elämäntilanteeseen ja ihmisten välisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä. Kipu käsitetään käytännössä aina kielteiseksi ja sille annetaan kielteinen merkitys. Kun ihminen muuttaa käsitystä ja uskomuksia kivusta, hän antaa kipukokemukselle uuden vähemmän kielteisen merkityksen. Selviytymistä tukeva pystyvyyuskäsitys paranee tämän johdosta ja myönteiset tunteet lisääntyvät. Näin kivun haitta-aste pienenee ja elämänlaatu paranee. Oleellista on tiedon, käsityksen ja uskomusten tarkastelu ja asenteiden muuttaminen myönteisimmiksi kipua kohtaan. (Ojala 2022, 55,79.)

Kivun tutkimus on viime vuosikymmeninä mennyt eteenpäin aivojen toiminnalliset kuvantamistutkimuksien myötä. Nykykäsityksen mukaan kipukokemus ja kivun tulkinta tapahtuvat aivoissa. (Kalso 2021.) Yksilöiden aivot ovat rakenteeltaan samankaltaiset, mutta jokaisella hermoverkoston eli neuromatriisin toiminta on yksilöllinen. Aivot toimivat aina kokonaisuutena eikä niissä voida tunnistaa erillistä kipukeskusta. Käsitteet ”kipuviesti” ja ”kipurata” nähdään harhaanjohtavina, sillä viestinradat eivät tunnista viestejä vaan toimivat vain viestien välittäjinä aivojen tukittavaksi. Kipu ja nosiseptio eli kudonvaurio ovat eri ilmiöitä, eikä kipua voi päätellä pelkästään aistihermojen toiminnan perusteella. Eri ihmiset kokevat saman kivun eri lailla, koska aivot tulkitsevat ympäröivää maailmaa ja kehoa kullekin ihmiselle ominaisella tavalla. (Ojala 2022, 63–64.)

Ihmisellä on taipumus luokitella oma kipu tärkeämmäksi kuin muiden ja tulkita muiden kipua vähäisemmäksi heidän subjektiivisesta tuntemuksesta.

Kirjallisuuden mukaan kipupotilaiden kasvojen ilmeitä tutkittaessa kivun voimakkuuden kuvastajina, ulkopuoliset arvioivat potilaan kivun potilaan omaa arviota alhaisempi. Toiminnallisen aivokuvantamisen avulla on myös osoitettu, että ulkopuolisen arvioijan aivoissa aktivoituu samoja alueita kuin omaa kipua kokevallakin. Tärkeää on huomioida kivun ilmaisun monimuotoisuus. (Kalso 2021; Pöyhiä ym. 2014, 143.)

Kivun pitkittyessä keskushermoston ja aivojen yliherkistyneet kipuradat saattavat alkaa ylläpitämään kipukokemusta. Vaikka alkuperäinen kudosaivourio saattaa täysin parantua, häiriötilaan menneet hermoradat jatkavat virheellisesti kivun viestimistä aivoihin. Mikä tahansa kiputila voi sentralisoitua ja herkistää keskushermostoa, jolloin puhutaan sentraalisesta sensitisaatiosta. (Kalso 2021; Luomajoki 2020, 41–43.)

4.2 Kärsimys ja eksistentiaalinen kärsimys

Kivun yhteydessä mainitaan usein kärsimys. Kärsimys voi olla fyysistä, psyykkistä tai olemassaoloon liittyvää. Kärsimys saattaa sisältää monimuotoista henkistä tai ruumiillista kipua. Kärsimys korostaa ruumiillista kipua ja uhkaa koko ihmisen minuutta ja hänen sosiaalista ja psyykkistä eheyttään. (Kalso ym. 2018; Ojala 2022, 57.)

Eksistentiaalinen kärsimys on monimuotoisena tuskaisuutena ja ahdistuksena ilmenevä kokemus. Eksistentiaalinen kärsimys on kokonaisvaltaista ja ihminen kokee merkityksettömyyden tunnetta. Parantumattomasti sairaalla potilaalla kärsimykseen liittyy turvattomuuden tunnetta, epätietoisuutta ja ahdistusta tulevaisuudesta ennustamattomana ja kontrolloimattomana. (Saarto ym. 2018, 140–141.)

Sairaus rajaa mahdollisuuksia pyrkiä pois päin kärsimyksestä ja tuottaa avuttomuutta ja lamaannuttaa, jolloin eksistentiaaliset eli olemassaoloon liittyvät kysymykset aktivoituvat. Eksistentiaaliseen kärsimykseen vaikuttavat kehon heikkeneminen ja sairauden aiheuttamat muutokset sekä toimintakyvyn aleneminen. Tulevaisuuden puuttuminen näyttäytyy elämän rajallisuutena ja olemisen päättymisenä. Kun kuolemaa ei voi ymmärtää se tuhoaa kokemuksellisen

minän. Kuoleman hetki ja hyvästien jättäminen ovat merkityksellisiä, samoin itsensä liittäminen universaaliin yhteyteen. (Sipola 2019.)

Palliativisessa ja saattohoidossa oleellista on kärsimyksen lievittäminen ja lohdutuksen antaminen. Herkkyys, empatia ja läsnäolon ja kuuntelemisen taito ovat hoitotyöntekijän työkaluja kärsimyksen hoidossa. (Kalso ym. 2018.) Eksistentiaalisen tuen avulla voidaan lievittää oireita, hoitaa ahdistusta ja parantaa elämänlaatua sekä auttaa potilasta löytämään omia voimavaroja eksistentiaalisen kärsimyksen sietämiseen. Läsnäololla voidaan tukea kokemusta elämänhallinnasta ja arvokkuudesta. Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymiselle on keskeistä potilaan elämäkatsomuksen ja vakaumuksen kunnioittaminen. Oleellista on tunteiden vastaanottaminen, palauttaminen, sanoittaminen ja myötätunnon osoittaminen. (Saarto ym. 2018, 140; Sipola 2019.) Tärkeää on vahvistaa potilaan ja läheisten välisiä suhteita ja tukea potilaan ja perheen jaksamista. Tuen antamisessa oleellista on elämän kokemusten ja eksistentiaalisten kysymysten ja merkityksen etsimistä asiakaslähtöisesti sekä potilaan ehdoilla eteneminen. (Saarto ym. 2018, 141–142.)

Hahon (2017) haastattelututkimus kuvasi palliativisen hoidon syöpäpotilaiden kokemuksia eksistentiaalisesta kärsimyksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Vastauksissa nousi esiin kuoleman pelko ja pelko kohdistui fyysiseen kivun voimakkuuteen ja siitä aiheutuvaan kärsimykseen sekä kuulluksi tulemiseen. Tutkimusaineiston perusteella kuolevalla on tarve pohtia olemassaoloaan ennen kuolemaa ja kuolemanjälkeistä aikaa ja ammattilaisen antama tuki ja aika siihen sekä tuki auttavat häntä löytämään itsestään voimavaroja eksistentiaalisen kärsimyksen sietämiseen. Kärsimystä voidaan lievittää ennakoivalla hoitosuunnitelmalla, jossa huomioidaan kuolevan potilaan tahto, sekä myötäelävällä vuorovaikutuksella. (Haho 2017.)

4.3 Kivun luokittelu

Kivulle on luotu erilaisia luokittelujärjestelmiä ja yleisimmin käytössä on luokittelu keston mukaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Patofysiologisen mekanismin mukaan kipu jaotellaan nosiseptiseen eli kudosaauriokipuun, hermovaurio eli neuropaattiseen kipuun sekä idiopaattiseen kipuun. Muita luokitteluja voidaan tehdä sijainnin tai aiheuttajan mukaan. Kivun luokittelu on tärkeää, koska

näin voidaan myös hoitokeinoja suunnata oikein. (Saarto ym. 2015, 47; Ojala 2022, 65–67; Valvira 2023.)

Kipu on yleinen oire elämän loppuvaiheessa ja yli puolet kokevat kipua kroonisten sairauksien yhteydessä viimeisen elinvuotensa aikana. Kivun voimakkuus ja esiintyminen riippuvat syöpätaudeissa taudin vaiheesta ja kasvaimen sijainnista ja lajista. Yleensä syöpään liittyvä kipu on sekakipua, jossa voi olla mukana sekä kudonsvauriokipua, viskeraalista kipua ja hermovauriokipua. Lisäksi valtaosalla esiintyi läpilyöntikipua, mikä ilmenee hetkellisenä ja tavallista kovempaan kipuna. (Saarto ym. 2015, 45–46.)

Akuutilla kivulla ilmaistaan alle kuukauden kestänyttä kipua, subakuutilla kivulla 1–3 kuukautta kestänyttä kipua. Akuutti kipu on äkillistä kipua ja sillä on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Akuutille kivulle löytyy useimmiten selvä syy ja kipu voidaan hoitaa tehokkaasti nykyään käytettävillä kivunhoitomenetelmillä. Kudonsvaurion parantuessa kipu helpottaa ja paranee yleensä päivissä tai viikoissa. Heikosti hoidettu tai hoitamaton akuutti kipu saattaa pitkittyä ja kroonistua. (Luomajoki 2020b, 163–164.)

Kroonisella eli pitkäkestoisella kivulla kuvataan yli 3 kuukautta kestänyttä kipua (Kipu 2017). Krooninen kipu voidaan määritellä myös kivuksi, joka kestää kauemmin kuin kudoksen oletettu paranemisaika (Valvira 2023). Kivun kroonistuesssa kivun elimistöä suojaavan merkitys muuttuu, kun kipu alkaa rajoittamaan toimintakykyä sekä heikentämään elämänlaatua. Pitkäaikaisella kivulla on taipumus passivoida ja rajoittaa elämää. Sen seurauksena voi esiintyä elämänhalun heikkenemistä ja toivottomuuden tunteita. Kivun seurauksena saattaa syntyä noidankehä ylläpitämään kipuongelmaa. Pitkittänyt kipu rasittaa ihmistä psykososiaalisesti ja sen tehokas hoito edellyttää moniammatillista näkökulmaa. Varhain aloitettu hyvä kivunhoito toimii suojaavana tekijänä kroonisen kiputilan syntymiselle. (Holopainen 2020, 71–72; Maldonado 2017.)

Pitkäaikainen kipu voidaan jaotella syöpäsairaudesta ja muista sairauksista johtuviin kipuihin. Kipumekanismin mukaan kipu voidaan jakaa neljään kiputyyppeihin; kudonsvauriokipu, hermovauriokipu ja tuntemattomasta syystä

johtuvasta kipu sekä psyykkisin mekanismein selittyvään eli psykogeeniseen kipuun. (Kipu 2017; Valvira 2023.)

Kudosvauriokipu eli nosiseptiivinen kipu aiheutuu kudosvauriota aiheuttavasta ärsykkeestä, itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä toimii normaalisti. Kudosvaurio aiheuttaa kipureseptoreiden aktivoitumisen kudosvauriossa, johon myötävaikuttavat kudosvaurion yhteydessä syntyvät ja vapautuvat tulehduksen välittäjäaineet prostaglandiinit. Nosiseptiivinen kipu on terveen kipuhermojärjestelmän reaktio kudosvaurioon. (Kipu 2017; Saarto ym. 2015, 47.)

Viskeraalinen kipu on nosiseptiivistä kipua, jonka laukaisee sisäelimiä hermotavien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Viskeraalinen kipu näyttäytyy vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamana sisäelinperäisenä kipuna. Tyypillisiä piirteitä ovat kivun paikantumattomuus, kivun heijastuminen, aaltomaisuus ja autonomiset oireet. Autonomisia oireita ovat mm. kalpeus, pahoinvointi sekä verenpaineen ja pulssin muutokset. (Saarto ym. 2015, 47.)

Hermovaurio- eli neuropaattisessa kivussa itse kipualue on terve, mutta vaurio on kipuviestiä välittävässä järjestelmässä. Hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan stimulaatioon, joka ei normaalisti aiheuta kipua. Neuropaattisen kivun aiheuttaja on hermostoon kohdistunut kudosvaurio tai sairaus. Vaurio on ääreis- tai keskushermostossa tai molemmissa aiheuttaen kipujärjestelmän toiminnan pysyviä tai pitkäaikaisia muutoksia. Syöpäpotilaan neuropaattinen kipu voi olla taudista johtuvaa, hoidosta johtuvaa tai syövästä riippumatonta neuropaattista kipua. (Saarto ym. 2018, 29.)

Neuropaattiselle kivulle tunnusomaista ovat normaalista poikkeavat tuntemukset kuten kipualueen puutuneisuus, pistely tai polttava tunne. Neuropaattisessa kivussa kipu näyttäytyy monimuotoisena; kipualueelta voi puuttua kosketustunto tai kevyt kosketus aiheuttaa voimakkaan kiputuntemuksen. Neuropaattiselle kivulle tyypillistä on sen huono vaste peruskipulääkkeisiin. (Suomen kipu ry. 2012; Kipu 2017; Saarto ym. 2015, 47.)

Idiopaattisessa eli tuntemattomasta syystä johtuvassa kivussa kipualueella ei havaita merkkejä kudosvauriosta tai hermovauriosta ja lääketieteellisten tutkimusten, kuten kuvausten ja laboratoriotutkimusten tulokset ovat normaalit. (Ojala 2022, 65–67; Suomen kipu ry 2012.). Idiopaattisen kivun piirteitä ovat

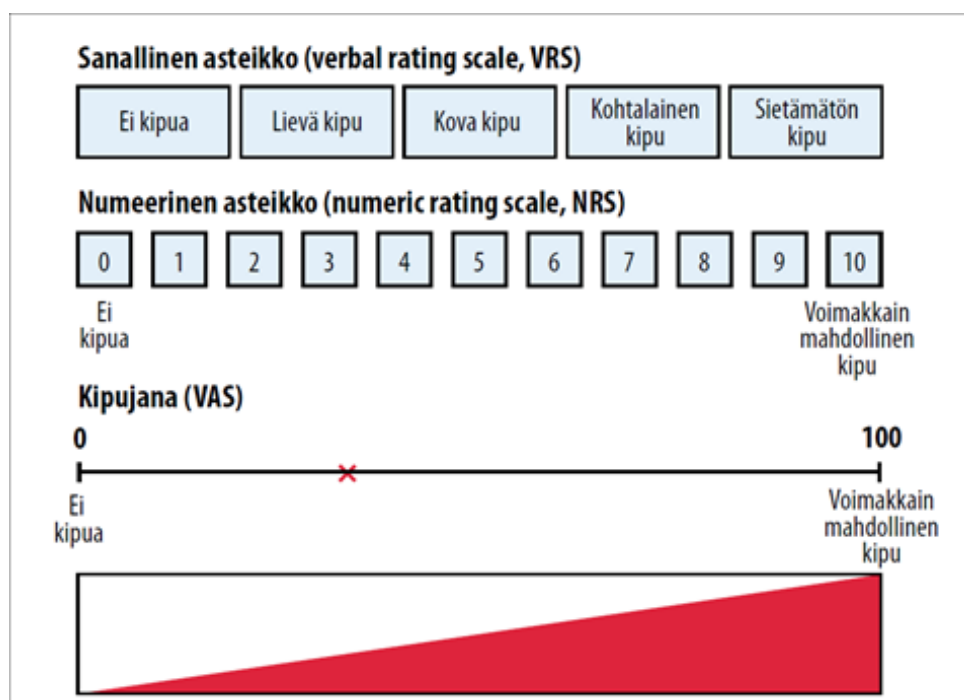
somaattiseen sairauteen viittaavat fyysiset oireet, mutta oireita ei pystytä selittämään sairaudella, lääkaineella tai muulla psyykkisellä häiriöllä. Idiopaattisen kivun fyysiset oireet eivät ole tahdonalaisia tai tietoisia ja psykologisten ja psyykkisten tekijöiden osuus on oireilussa merkittävä. Oireet aiheuttavat potilaalle merkittävää haittaa ja heikentävät elämänlaatua. (Saarto ym. 2015, 47; Suomen kipu ry 2012.)

4.4 Kivun arviointi

Hyvän kivunhoidon lähtökohtana on kivun säännöllinen ja yksilöllinen arviointi ja kirjaaminen sekä toimiva vuorovaikutussuhde. Kivun arviointi pohjautuu aina potilaan omaan arvioon kivusta ja kivun arviointi ja mittaaminen on tärkeä osa kivun hoidon laadullista seuranta. Laadukas kivunhoito perustuu kivun mittaukseen luotettavalla ja yksilöllisellä kivun mittausmenetelmällä. (Heiskanen ym. 2013, 385; Kipu 2017; Saarto ym. 2015, 45.) Kipua tulee arvioida ja seurata säännöllisesti, jotta kivunhoito voidaan räätälöidä yksilöllisesti ja hoidon mahdollisiin haittavaikutuksiin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa. (Saarto ym. 2018, 22.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on tärkeää osata tulkita oikein ja kysyä potilaan ja hänen läheisten kokonaisvaltaista voinnista ja tuen tarpeesta. (Saarto ym. 2015, 45.)

Palliativisessa hoidossa käytetään yksilöllisesti potilaalle soveltuvia mittareita. Jotta tulos olisi mahdollisimman luotettava, mittarin valinnassa tärkein peruste on potilaan kognitiivinen taso. Kivusta tulee kirjata voimakkuus, vaikutus toimintakykyyn, mielialaan, aktiviteettiin uneen, kivun luonne, mahdolliset tuntohäiriöt, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikivun esiintyminen sekä muut oireet. (Kipu 2017; Saarto ym. 2018, 22.) Kipupiirroksen avulla voidaan kuvata kivun kesto, tyyppi ja sijainti. Valittu mittari ja hoidon tavoitteet kirjataan potilaan kertomukseen, samoin potilaan omat tavoitteet kivunhoidosta sekä systemaattinen arviointi ja seuranta. (Saarto ym. 2015, 52; Pesonen 2011, 47, 87.) Apuna oireiden selvittämisessä voidaan käyttää myös Edmontonin oirekyselyä engl. Edmonton symptom assessment scale (ESAS), jossa arvioidaan kivun lisäksi muita oireita mm. uupumusta, masennusta ja pahoinvointia, Kyselyn arvon ollessa neljä tai yli tulee oirehoitoa tehostaa. (Saarto ym. 2015, 52; Saarto ym. 2018, 16–17; Tasmuth 2019.)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa tulee hyödyntää kipumittaria (kuva 2), kuten kipujanaa engl. visual analogue scale (VAS), numeerista asteikkoa 0–10 engl. numerical rating scale (NRS), sanallista asteikkoa engl. verbal rating scale (VRS) tai kipukiilaa engl. Red Wedge Scale (RWS). (Kalso ym. 2018; Kipu 2017.)



Kuva 2. Kivun arvioinnin mittarit (Duodecim 2015)

Yleisin ja kansainvälisestikin eniten käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS, joka on kuvattuna 10 cm pitkä, musta ja vaakasuora jana. Janan vasen laita kuvaa tilannetta, jossa potilas on kivuton, oikea laita puolestaan pahinta mahdollista kipua. VAS on osoitettu useissa tutkimuksissa toimivaksi ja luotettavaksi kivun mittaussuunnitelmäksi. Iäkkäiden kohdalla mittarin visuaalisesti pieni koko aiheuttaa haasteita, mikä lisää mittaustuloksen virheellisyttä heikkonäköisillä vanhuksilla. (Kalso ym 2018; Pesonen 2011, 47.) Kipukiila eli RWS on Suomessa kehitetty visuaalinen kivun mittaussuunnitelma, jossa kivun voimakkuutta kuvataan punaisella kiilamaisella kolmiolla. Kivun lisääntymistä kuvaa asteikon muuttumisena punaisemmaksi. (Kalso ym. 2018; Pesonen 2011, 24–25.)

Kipua voidaan mitata myös sanallisella kivun mittausasteikolla. Sanallisen kivun mittausmenetelmän on kehittänyt Ronald Melzack 1970-luvulla. Sanallisista kipumittareista käytetään joko VDS:ää tai VRS:ää. VRS:n etuna on kipusanaston yksinkertaisuus ja helppokäyttöisyys. Aikaisemmissa tutkimuksissa VRS on todettu olevan soveltuva mittausmenetelmä vanhusten kivun arviointiin ja seurantaan kipusanaston selkeyden ja helpon ymmärrettävyyden vuoksi. (Kalso ym. 2018; Pesonen 2011, 23)

Verbaalisella kuvailulla pystytään vertailemaan akuuttia ja kroonista kipua. Akuutista kivusta kärsivät potilaat käyttävät kipunsa kuvaamiseen yleisemmin sensorisia kipuluokkia (kuumotus, paine, toistuva kipu, puutuminen). Kroonisten kiputilojen kuvaamisessa käytetään useimmin ahdistavuuteen, pelkoon ja ärsyttävyyteen liittyviä kuvauksia. (Kalso 2018; Saarto ym. 2015, 51–53; Pesonen 2011, 23.)

Kasvoasteikko engl. Facial Pain Scale (FPS) perustuu kasvojen ilmeiden vaihteluun ja on kehitetty lasten kivun mittaamiseen. Kasvoasteikkoa on käytetty yleisesti myös vanhuksilla. FPS on todettu soveltuvan hyvin vanhuksille kroonisen kivun arvioinnissa, toisaalta iäkkäiden potilaiden voi olla myös vaikea hahmottaa eroja eri kipuastetta kuvaavien kasvojen välillä. (Kalso ym. 2018; Pesonen 2011,26.)

Pesosen (2011) väitöskirjatutkimuksen mukaan kognitiivisesti toimintakykyiset ja lieväasteista dementiaa sairastavat vanhukset onnistuivat käyttämään kaikkia kivun mittausmenetelmiä kroonisen kivun seurannassa. Keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneiden potilaiden kivun mittaus ja seuranta onnistui parhaiten sanallista kivun mittausmenetelmää käyttäen. Tutkimuksen mukaan yksinkertainen viisiportainen kipusanasto eli VRS soveltuu iäkkäiden potilaiden kroonisen kivun mittaukseen pitkäaikaishoitoon. (Pesonen 2011, 87.)

Kipukäyttäytyminen on kokonaisvaltaista ja siihen kuuluvat kasvojen ilmeet, ääntely, kivun sanallinen ilmaisu, kehon asennot ja liikkeet. Kivun peittäminen on vaikeaa, koska kipuun liittyvien ilmeiden tahdonalainen kontrolli on epätäydellistä ja vaikeaa. Jos potilas ei kykene itse kertomaan kivustaan, esimerkiksi dementian tai toimintakyvyn haasteiden vuoksi, sitä voidaan arvioida havainnoimalla (ilmeet, eleet, ääntely, asento). (Kalso ym. 2018.)

Kivun arviointiin dementoituneilla potilailla on kehitetty käyttäytymisen muutosten havainnointiin pohjautuvia mittareita. (Kuva 3) engl. Pain assessment in advanced dementia (PAINAD)-mittarilla, arvioidaan viiden minuutin aikana hengitystiheyden, ääntelyn muutosten, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ja lohduttamisen tarpeen muutoksia asteikolla; 0 = normaalista 2 = selvästi poikkeavaan. Viiden havaintokategorian pisteet lasketaan yhteen, jolloin kokonaispistemäärä 0 vastaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. (IASP 2019; Kalso ym. 2018; Kipu 2017.)

Taulukko 1. PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-mittari)).			
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton.	Hengitys ajoittainen vaivalloista. Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja.	Hengitys äänekkästä ja vaivalloista. Pitkiä hyperventilaatiojaksoja. Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä. Tyytyväinen ääntely.	Satunnaista vaikeointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekkästä vaikeointia tai voihketta. Itkuu.
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton.	Surullinen. Pelokas. Tuima.	Irvistää.
Kehon kieli	Levollinen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.
Lohdutettavuus	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.

Kuva 3. PAINAD-mittari (Tilvis ym. 2007, 5)

Pitkäaikaishoidossa kipua arvioidaan säännöllisesti myös hoitohenkilökunnan havaintoihin perustuvasta RAI-kipumittarista engl. Resident Assessment Instrument, jossa 0 = ei kipua, 1 = kipuja harvemmin kuin päivittäin, 2 = kipuja päivittäin/kohtalainen kipu ja 3 = kipuja päivittäin/ajoittain vaikea/sietämätön kipu. (Tashmut 2019.) RAI-järjestelmä sisältää kattavan MDS-kysymyssarjan (Minimum Data Set), johon kuuluu omana osionaan arvio potilaan kivusta, MDS-pain scale. RAI-järjestelmän antama arvio kivusta perustuu sekä arvioitsijan että mahdollisuuksien mukaan myös potilaan omaan ilmoitukseen. (Björkman ym. 2007.)

Björkmanin ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa vertailtiin potilaan ja hoitajan arvioon perustuvan RAI-järjestelmän ja käyttäytymisen muutoksia havainnoivan PAINAD-mittarin käyttöä iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arvioinnissa

sairaalahoidon aikana. RAI-järjestelmän ja PAINAD-mittarin antamat tulokset antoivat eri tulokset dementoituneiden vanhuspotilaiden kivun arvioinnissa ja tutkimuksen perusteella PAINAD-mittari oli luotettavampi vaikeasti dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin. RAI-järjestelmän kivun arviointia tulisi kehittää edelleen paremmin soveltumaan vaikeasti dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin. (Björkman ym. 2007.)

5 KIVUNHOIDON MENETELMÄT

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys engl. International Association for the Study of Pain (IASP) 2010 julistuksen mukaan kivunhoidon saatavuus kuuluu jokaisen ihmisoikeuksiin (IASP 2010). Kipu on kuolemaan johtavien vakavien sairauksien oireista pelätyimpiä ja yleisimpiä (Saarto ym. 2017a). Pitkälle edennyttä syöpää sairastavista 50–90 % ja 67 % potilaista, joilla on sydän- ja verisuonisairaus tai krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus, kokevat kohtalaista tai voimakasta kipua elämänsä lopussa. Kivun esiintyminen heikentää potilaan elämänlaatua merkittävästi, joten sen tehokas hoito on hyvin tärkeää. Kivun oireenmukaisella ja yksilöllisellä hoidolla on tavoitteena elämänlaadun paranemista, toimintakyvyn koheneminen ja kivun lievittyminen. (Saarto ym, 2017a; WHO 2023.)

Pellon ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa kuvattiin palliatiivisen hoidon aikaisen kivunhoidon ohjausta syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheistensä näkökulmasta. Tutkimuksessa kävi ilmi syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä toiveena saada ohjausta myös lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä, kuten hengitystekniikasta, rentoutumisesta, musiikin kuuntelusta tai mielikuvaharjoituksista. Potilaat olivat toivoneet, että henkilökunnalla olisi enemmän tietoa lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja niiden käytöstä sekä ohjausta uusista kivunhallintatekniikoista ja -vaihtoehdoista. (Pelto ym. 2019, 26.)

5.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Palliatiivisilla potilailla monilääkitys on yleistä, ja iäkkäillä syöpäpotilailla on arvioitu olevan keskimäärin 9 lääkettä. Iäkkäät henkilöt, erityisesti yli 75-vuotiaat ovat erityisryhmä turvallisen ja vaikuttavan kivun lääkehoidon suhteen elin- ja

metaboliamuutosten sekä monisairauksien suhteen. Iäkkäiden kivunhoito tulisi suunnitella yksilöllisesti huomioiden iän tuomat muutokset, jotta vältettäisiin kipulääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. (Pesonen 2011, 34; Saarto ym. 2018; Rapo-Pylkkö 2022.) Kivun seuranta ja arviointi parantavat hoidon turvallisuutta ja vähentävät kipulääkkeiden haittavaikutusriskiä (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Kalso ym. 2009).

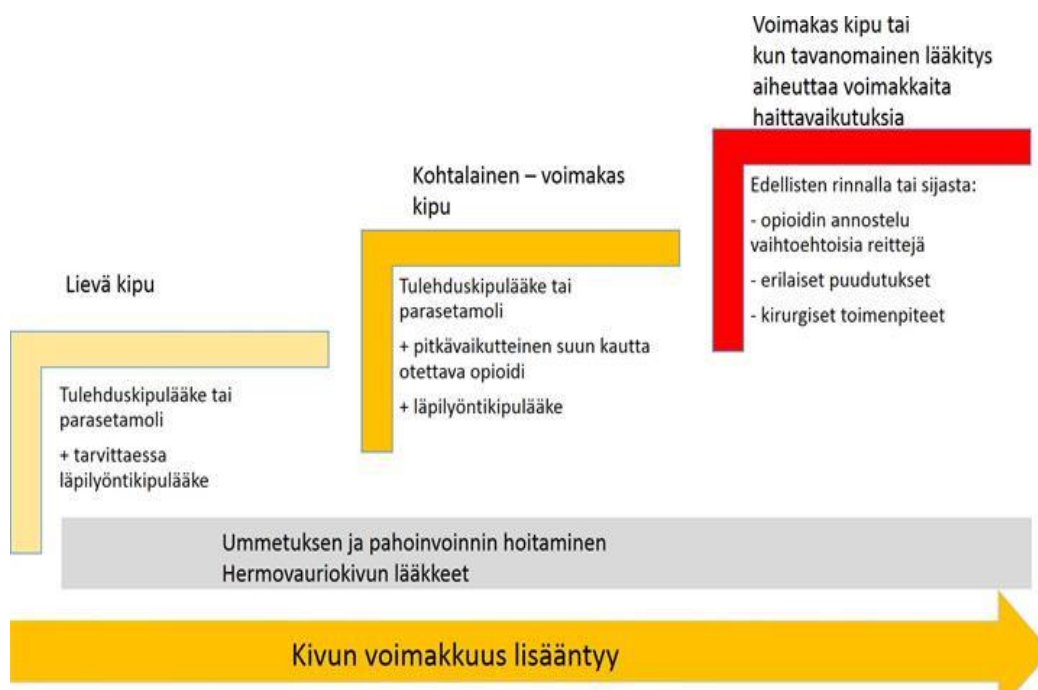
Fysiologiset muutokset lisäävät iäkkäiden herkkyyttä monille kipulääkkeille ja lääkehoidon riskit kasvavat monisairailta ja monilääkityillä potilailla. Elintoimintojen hiipuminen, kakeksia ja oheissairaudet lisäävät myös lääkehaittojen riskiä. Lääkitys lopetetaan, joilla ei potilaan ennustetta enää palliativisessa hoidossa voida parantaa. Kuoleman lähestyessä tarvitaan yleensä enää vain oireenmukaista lääkehoitoa. Turvallisen lääkehoidon takaamiseksi iäkkäille tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. (Rapo-Pylkkö 2022.)

Saattohoidon lääkehoidon periaatteena on oireiden lievitys ja lääkkeen oireita lievittävä vaikutuksen tulee olla suurempi kuin sen aiheuttamat haittavaikutukset. Muiden kuin oirelääkkeiden tarvetta arvioidaan säännöllisesti voinnin heiketessä ja kuoleman lähestyessä ja tarvittaessa vaihdetaan lääkkeiden annostelureittejä. Kaikille potilaille tulee määrätä säännöllisen lääkityksen lisäksi tarvittava lääkitys oireiden pahenemisen varalle. (Saarto ym. 2018, 114–116.)

WHO on määritellyt syöpäkivun hoidolle yleiset periaatteet, joiden mukaan lääkityksen tulee olla säännöllistä ja ympärivuorokautista pitkävaikutteisella valmisteella. Lääkehoito ja sen seuranta ja arviointi ovat kivunhoidon perusta palliativisessa hoidossa. Lääke annostellaan ensisijaisesti suun kautta ja läpi-lyöntikipuihin tulee olla lisäksi lyhytvaikutteinen valmiste. Kivunhoidon lääkehoito valitaan kivun voimakkuuden ja kivun aiheuttajan mukaan ja annos määritetään aina yksilöllisesti. Haittavaikutusten hoitoon tulee varautua ja huolehtia kirjallisesta ja suullisesta potilasohjauksesta. Lääkehoidon lisäksi kivunhoidossa tulee käyttää myös lääkkeettömiä menetelmiä. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

WHO:n kivunhoidon porrasmalliin (kuva 4) mukaan syöpään liittyvän kivun lääkehoito etenee portaittain, jossa lievään kipuun aloitetaan ensimmäisen

portaan tulehduskipulääke tai parasetamoli ja jos kivut eivät ole hallinnassa, lisätään kivun hoitoon opiaatit. Pitkävaikutteisen opiaatin rinnalle aloitetaan tarvittaessa nopeavaikutteinen opiaatti läpilyöntikivun hoitoon. Yksilöllinen annoksen sovittaminen ja huolellinen ja systemaattinen seuranta ovat oleellista kivunhoidossa. (Saarto ym. 2015, 54.) Iäkkäiden palliatiivisessa hoidossa peruslääkkeenä oirehoidossa elämän loppuvaiheessa ja syöpäpotilailla ovat opioidit. (Pesonen 2011,34; Saarto ym. 2018; Rapo-Pylkkö 2022.) Syöpäkivusta kärsivät potilaat ovat pitkäaikaisen kivun potilasryhmä, joiden kivun hoitoon tulee myös päivystyksellisesti pystyä ottamaan kantaa. (Heiskanen 2017, 8).



Kuva 4. WHO:n kivunhallinnan portaat (Kivunhallintatalo 2018)

5.2 Lääkkeetön kivunhoito

Palliatiivisen ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksessa 2019 kivun hoidon perustana ovat luottamuksellinen hoitosuhde, jossa hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa. Suosituksen mukaan paras tulos hoidossa saadaan yhdistämällä potilaskohtaisesti räätälöity lääkkeellinen ja

lääkkeetön hoito. Oleellista on kivun systemaattinen arviointi, moniammatillinen yhteistyö sekä ammattilaisen ohjaama itsehoito, jotta omat yksilölliset selviytymiskeinot löytyisivät. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Kivunlievityksen tehoa ja potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä voidaan merkittävästi parantaa lisäämällä lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi lääkkeetön kivunhallinnan menetelmä. (Saarto ym. 2015, 54.)

Ikääntyvien määrän lisääntyminen aiheuttaa moninaisia vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa ja hyvä kivunhoito kuuluu perusoikeuksiin. Hoitamaton kipu heikentää elämänlaatua ja toimintakykyä sekä lisää terveyspalveluiden ja hoidon tarvetta. Terveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on oikeudellinen ja eettinen velvollisuus toteuttaa ja kehittää vaikuttavaa kivun hoitoa. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat kustannustehokkaita ja niiden käyttöä voidaan ohjata myös omaisille. Lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmällä yhdessä lääkeshoidon kanssa saadaan lisättyä kivunhoidon vaikutusta kipua lievittävästi ja elämänlaatua kohentavasti ja niitä tulisivin hyödyntää nykyistä enemmän. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat osa hyvän kivunhoidon käytäntöjä (IASP 2019). Käypä hoito- suositus kivun hoidosta suosittaa iäkkäille ensisijaisesti lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja lääkehoidon lisäksi. Kivun kokonaisvaltaisuus tulee huomioida ja se mahdollistaa hoitomuotojen monialaisen ja moniammatillisen käytön. (Kipu 2017; Kalso ym. 2018.)

Lääkkeettömät kivunhoitomuodot ovat kustannusvaikuttavia ja niiden haitta- vaikutuksiltaan yleensä vähäisiä lääkehoitoon verrattuna. Oleellista on arvioida eri hoitomuodoista jokaiselle yksilöllisesti sopivimmat vaihtoehdot sekä ammattilaisen antama yksilöllinen ohjaus ja psykoedukaatio. Tärkeää on potilaan omahoidon tukeminen ja voimaannuttaminen, jotta potilaat löytävät ammattilaisen tuella erilaisia itsehoidon ja kivunhallinnan keinoja. (Inkeroinen & Virtanen 2020, 19–20.)

Kivunhoidossa voidaan hyödyntää voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta. Voimavaraistumista tukevalla ohjauksella pyritään muuttamaan potilaan asennetta kipuun, jolloin hyväksymällä kivun osaksi elämää se parantaa koettua elämänlaatua. (Inkeroinen & Virtanen 2020, 19–20.) Toimivimmaksi lähestymistavaksi on osoittautunut moniammatillinen lähestymistapa potilaan

arvioinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa. (Marttinen ym. 2022). Suosituk-
sissa koskien kivun hallintaa ja kuntoutusta korostuvat kuntouttava ja toiminta-
kykyä tukeva ja moniammatillinen näkökulma, myös monialainen kipuklinikka-
toiminta on todettu vaikuttavaksi. (Kipu 2017; Saarto ym. 2017.)

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on paljon ja niiden vaikutusmekanismit-
ja kohteet eroavat toisistaan. Menetelmien vasteet ovat myös yksilöllisiä. Me-
netelmien sopivuus riippuu monesta tekijästä, jotka tulee huomioida hoitoja
suunnitellessa. Tutkimusnäyttöön perustuvia lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat
mm. sähköstimulaatiohoidot, TNS, kognitiivis-behavioraalinen terapia, mindful-
ness, liikunta, jooga, akupunktio, musiikki, kylmä- ja lämpöhoito, kivunhallinta-
ryhmät ja vertaistukiryhmät, fysikaaliset hoidot, psykososiaalinen tuki, rentou-
tus sekä asento -ja liikehoidot. (Haanpää 2020; Kipu 2017; Miranda ym.
2018, 26; Palliatiivinen ja saattohoito 2019; Valvira 2023.)

5.2.1 Fyysiset menetelmät

Transkutaaninen hermostimulaatio, TENS

TENS-hoito engl. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation perustuu ihon
kautta tapahtuvaan sähköiseen stimulaatioon. Menetelmässä hermoihin lähe-
tetään sähköimpulsseja kiputuntemusten estämiseksi. Nykykäsitteiden mu-
kaan TENS-hoito vaikuttaa kipua lievittäen estämällä kipusignaalin kulkua ky-
seisen segmentin alueella selkäytimessä, aktivoimalla kivun laskevaa jarrujär-
jestelmää sekä lisäämällä kivun säätelyyn osallistuvien välittäjäaineiden eri-
tystä. Lisäksi stimulaatio vaikuttaa myös samoihin kohdesoluihin kuin voimak-
kaat kipulääkkeet. Osa hoidon tehosta välittyy myös autonomisen hermoston
kautta ja parantaa perifeeristä verenkiertoa. TENS-hoito vilkastuttaa aineen-
vaihuntaa ja rentouttaa lihaksia. (Kouri 2020, 379–380.) Vasta-aiheena hoi-
dolle on sydämen tahdistin ja hoitoalueen kasvaimet ja ihotulehdukset. (Haan-
pää 2008, 2020a; Suomen kipu ry s.a.)

Tutkimuksia hoidon tehosta on vähän, eikä myöskään ole riittävää tutkimus-
näyttöä TENS-hoidon tehosta kroonisessa tai neuropaattisessa kivunhoidossa
yleisellä tasolla. TNS-hoitoa pidetään tehokkaana ja turvallisena hoitona, hoi-
don vaste on yksilöllinen ja sivuvaikutukseton sekä suurella osalla potilaista

tehokas. Yksittäisen hoidon vaste on kuitenkin varsin lyhytaikainen tunneista muutamaan päivään ja stimulaatiohoito tulisi pystyä antamaan potilaalle päivittäin tai jopa useita kertoja vuorokaudessa. Käytännössä tämä on toteutettavissa TNS-hoidossa järjestämällä potilaalle oma laite kotona käytettäväksi. Laitteita voi saada kotilainaan apuvälineyksiköistä sekä kipupoliklinikoilta. (Kouri 2020, 379–380; Suomen kipu ry s.a.)

Akupunktio

Akupunktio on yli 4 000 vuotta vanha kiinalainen hoitomuoto, jossa steriilejä kertakäyttöisiä neuloja asetetaan akupisteisiin ja/tai kipupisteisiin. Akupunktuurin vaikutusmekanismina pidetään endorfiinivaikutusta sekä porttikontrolliteorian mukaista kipurataa hillitsevää vaikutusta. Se myös tehostaa kipurataa estävän laskevan radan toimintaa. Akupunktioneulojen avulla voidaan laukaista lihasjännityksiä ja vaimentaa kehosta keskushermostoon kulkevia kipusignaaleja. Kipua jarruttavien hermoratojen toiminta voimistuu ja aivojen hyvän olon hormonien sekä välittäjäaineiden tuotanto lisääntyy. Tyypillisesti akupunktiopisteet sijaitsevat kohdissa, joissa on runsas paikallinen hermotus ja antaa vahvan neuraalisen vasteen, joka on nähtävissä magneettikuvauksissa aivojen kipukeskuksissa. (Kouri 2020, 384.)

Akupunktio toimii parhaiten sarjahoitona ja muutaman hoitokerran jälkeen voidaan arvioida, pystytäänkö hoidoilla saavuttamaan haluttu tulos. Tutkittua näyttöä sen vaikuttavuudesta on kroonisen kivun hoidossa ja erityisesti kroonisen selkävivun ja nivelrikkokivun hoidossa sekä päänsärkyjen ja postoperatiivisen kivun hoidossa. (Kouri 2020, 385.) Suomessa akupunktiohoitoa saa antaa siihen koulutuksen saanut lääkäri tai fysioterapeutti. Akupunktio voi laukaista myös autonomisia reaktioita, kuten pahoinvointia, bradykardiaa ja väsymystä (Haanpää 2018; Haanpää 2020a; Miranda ym. 2018; Suomen kipu ry s.a.)

Selkäydinstimulaatiohoito

Selkäydinstimulaatiohoitoa eli medullastimulaatiota käytetään nykyään yhä useammin vaikean kivun hoitoon. Suurin yksittäinen potilasryhmä on kaula- ja lannerankakipupotilaat sekä sitä käytetään myös ääreishermovaurio, CRPS tai iskeemisen kiputilojen hoitoon. Vaikutusmekanismi selittyy osin

porttikontrolliteorian kautta sekä autonomisen hermostoon kohdistuvan vaikutuksen kautta. (Haanpää 2020a.)

Selkäydistimulaatiossa stimulaattori laitetaan joko paikallispuudutuksessa, yleisanestesiassa tai epiduraalipuudutuksessa selkäytimen ja luukanavan väliin epiduraalitalaan siten, että stimulaatio kohdistuu kivun vastinalueelle selkäyttimeen. Laitteella stimuloidaan hermojuuria sähköisesti potilaan toimesta kaukosäätimellä. Kipu on lievittänyt merkittävästi joka toisella potilaalla pysyvän stimulaattorin saaneista. Pysyvä stimulaattori asetetaan koestimulaatiojakson jälkeen. Vasta-aiheena ovat hyytymishäiriöt, tahdistin tai vaikea immunivaje. (Holopainen 2020, 288–289; Suomen kipu ry s.a.)

Kylmä- ja lämpöhoito

Kylmähoidon tarkoituksena on vähentää kudonvauriosta johtuvaa akuuttia tulehdusta, kipua ja turvotusta. Hoidon vaikutus perustuu paikalliseen verisuonten supistumiseen ja tuntohermojen puutumiseen. Paikallinen kylmähoito alentaa kudoksien lämpötilaa, supistaa verisuonia ja lievittää turvotusta. (Kivunhallintatalo 2018.) Kylmä lievittää kivuntunnetta alentamalla hermojen johtamisnopeutta, edistää liikesuorituksia, rentouttaa lihaksia ja voi edistää nivelten liikkuvuutta. Liiallinen tai väärin toteutettu kylmähoito voi altistaa paleltumavammalle sekä hidastaa verenkiertoa pahentamalla oireita. (Suomen kipu ry s.a.)

Lämpöhoito vilkastuttaa verenkiertoa, rentouttaa lihaksia ja lisää kudoksen aineenvaihduntaa. Pintalämpömenetelmiin kuuluvat mm. infrapunasäteily, lämpöpakkaukset ja parafiini- ja savihoidot. Ultraäänen avulla lämpö saadaan vaikuttamaan syvemmillä kudoksissa. Hoitojen kipua lievittävä vaikutus on lyhytaikaista. (Suomen kipu ry. s.a.) Lämpöhoitoja voidaan käyttää itsehoidossa ja niitä käytetään myös rentoutuksena ja ennen harjoittelua tai kudosten manuaalista käsittelyä. Hoidot voidaan toteuttaa myös lämpö- ja kylmäpusseilla joko fysioterapiassa tai kotona. (Kivunhallintatalo 2018.)

Liikunta

Liikunnalla on paljon monipuolisia positiivisia vaikutuksia niin henkiseen kuin fyysiseenkin hyvinvointiin. Liikunnan vaikutuksesta keskittyminen ja vireystila kohoavat ja elimistöä aktivoivan sympaattisen hermoston toiminta tehostuu.

(Tarnanen 2020, 239–241, 275.) Elimistöä rauhoittava parasympaattinen hermosto aktivoituu ja keho rentoutuu liikuntasuorituksen jälkeen, jolloin nukahtaminen voi helpottua ja unen laatu parantua. Liike ylläpitää toimintakykyä ja voi helpottaa kipua. Toiminnalliset yhteydet aivorakenteiden välillä vahvistuvat ja stressinsietokyky paranee. Vastustuskyky parantuu, koska immuunipuolustus vahvistuu. (UKK-instituutti 2022.)

Palliativisen hoidon aikajana on pitkä ja vointi ja jaksaminen voi vaihdella paljon, joka tulee erityisesti huomioida sopivan liikunnan ja liikuntamuodon suhteen. Liikuntaa tulee harrastaa aina kivun asettamien rajoitusten mukaan ja suosia iloa ja mielihyvää tuovaa terveystuotantoa. Kroonista kipua sairastavan liikunnan tärkeimpiä tavoitteita on luottamuksen palauttaminen omaan kehoon sekä ilon ja nautinnon tuottaminen, samalla elämänlaatu kohenee. Liikunta ylläpitää toimintakykyä ja parantaa kivunsietokykyä ja vartalon hallintaa. Se tukee elimistön omia kemiallisia kivunlievitysjärjestelmiä ja sammuttaa elimistön tulehdusreaktioita. (UKK-instituutti 2022.) Kipua kokevan aivot toimivat stressitilassa, jota ylläpitää erityisesti kortisoli-hormonin lisääntynyt erityys. Liikunta vähentää tutkitusti stressiä ja siitä aiheutuvia oireita. Liikunta edellyttää myös keskittymistä, jolloin keskittyy ajattelemaan muuta kuin kipua. (Tarnanen 2020, 239–241.)

Meditatiivisilla liikuntaharjoitteilla kuten joogalla ja taijilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun. Kipua sairastavan liikuntamuodot valitessa tulee huomioida yksilöllisesti rajoitteet ja tarpeet ja keskeistä on valita liikuntamuoto, josta nauttii. Kevyitä liikuntamuotoja ovat esim. jooga, pilates, vesiliikunta, venyttely, kävely. Vesiliikunta on suositeltavaa ja harjoituksen mukaan vesi toimii vastuksena tai helpottaa ja tukee liikkeiden tekemistä. Veden kannattelun avulla voi onnistua myös sellaisten liikkeiden tekeminen, joita ei olisi mahdollista muuten suorittaa kivun tai heikon lihasvoiman vuoksi. Veden lämpötilaa hyödyntämällä viileä vesi vähentää kipua sekä spastisuutta ja lämmin vesi edistää verenkiertoa sekä rentouttaa lihaksia. (Ojala 2022, 130–132; Suomen kipu ry s.a.)

Fysioterapia

Fysioterapeuttisten menetelmien tavoitteena on edistää yksilön hyvinvointia ja liikuntakykyä. Fysioterapialla voidaan ylläpitää ja parantaa toimintakykyä sekä tukea pärjäämistä toimintarajoitteiden kanssa. Fysioterapian menetelmiä ovat ohjaus ja neuvonta, manuaalinen ja fysikaalinen terapia, terapeuttinen harjoittelu sekä apuvälinepalvelut. Terapeuttisessa harjoittelussa käytettävien aktiivisten ja toiminnallisten menetelmien kautta pyritään edistämään, tukemaan ja kehittämään toimintakykyä, ehkäisemään ja lieventämään toimintarajoitteita sekä aktivoimaan positiivista suhdetta kuntoutumiseen. Harjoittelussa tuetaan ja edistetään sekä fyysisiä että kognitiivisia osa-alueita. Monille kroonisille kipupotilaille suositeltavia ovat psykofyysisen fysioterapian tekniikat, joissa huomioidaan potilas kokonaisvaltaisesti. (Suomen kipu ry s.a.)

Manuaalinen terapia tarkoittaa koulutetun henkilön antamaa käsillä tehtävää hoitoa. Tavallisimmin käytettyjä ovat manipulaatio- ja mobilisaatiotekniikat sekä pehmytkudostekniikat. (Suomen kipu ry s.a.) Manuaalisessa terapiassa suurin osa hoidosta on passiivista. Viimeaikaisissa tutkimuksissa on osoitettu manuaalisen hoidon vaikutusmekanismin pohjautuvan paikallisen vaikutuksen kautta myös keskushermostotasolle. Kipua lievittävä vaikutus on osoitettu tapahtuvan ainakin osittain kipuporttiteorian mukaisesti, jolloin sensorinen aktiivointi vähentää kipuimpulssin etenemistä ja voimakkuutta keskushermostossa. Myös positiivinen hoitokokemus tukee kivunhoidon onnistumista. (Mikkonen 2020, 393–395.)

Hieronta ja kosketus

Kosketuksella on fysiologinen ja myös kognitiivinen vaikutus. Lempeä kosketus vähentää stressihormoni kortisolin eritystä ja rauhoittaa kehoa, jolloin verenpaine alenee. Läheisen ihmisen tai lemmikin kosketus lisää oksitosiinin tuotantoa nostaen kipukynnystä väliaikaisesti. Kosketus vaikuttaa myös pelkoa, ahdistusta ja masennusta lievittävästi. (Kivunhallintatalo 2018.) Aiemmin on havaittu, että kipua koetaan vähemmän kosketuksen jälkeen ja kivunsietokyky on parempi. Kipu saattaa herkistää hermostoa, jolloin on huomioitava kosketuksen poikkeava vaikutus. (Suomen kipu ry s.a.)

Hieronalla tarkoitetaan pehmytkudosten järjestelmällistä käsittelyä. Kosketuksen miellyttävä kokemus yhdistyy lihasjännityksen laukaisuun ja rentoutukseen. Hieronnan vaikutusten nähdään kohdistuvan ihoon, verenkiertoon, imunesteen kiertoon, hermoihin, lihaskudokseen ja heijastemekanismin kautta myös sisäelimiin. (Kivunhallintatalo 2018.) Myös psykologiset vaikutukset ovat tärkeitä huomioida hyvän hoitosuhteen kautta. Hierominen käynnistää aivojen kipua jarruttavat toiminnot aktivoimalla signaaleja, jotka porttikontrolliteorian mukaan katkaisevat tien hitaammilta kipusignaaleilta. Hieronta voi lisätä toimintakykyä ja vaikuttaa kipua lievittävästi. Hieronnan merkitystä kiputilojen hoidossa on tutkittu vähän, mutta monet ovat saaneet lievitystä kipuihin hieronnasta. (Mikkonen 2020, 394–395; Suomen kipu ry s.a.)

5.2.2 Psykososiaaliset menetelmät

Mielen ja kehon rentoutustekniikat

Rentoutus- ja tietoisuusharjoitusten tavoitteena on vaikuttaa kehoa rauhoittavasti sekä mieltä ja herkistynyttä keskushermostoa tasaavasti. Kivun yhteydessä autonomisen hermoston sympaattinen osa aktivoituu ja rentoutuessa taas autonomisen hermoston vastavaikuttajaosa, parasympaattinen osa aktivoituu. Rentoutuminen taas stimuloi tahdosta riippumattoman autonomisen hermoston toimintaa. (Mikkonen 2020b, 404.) Kroonisessa kivussa sympaattinen hermosto on usein yliaktiivinen ja rentoutusmenetelmällä vaikutetaan rauhoittavasti ja näin saadaan muutos kipukokemukseen. Rentoutumisella voidaan vähentää kipuun liittyvää lihasjännitystä ja negatiivisia tunnetiloja, edistää nukahtamista sekä tukea kivunhallinnan tunnetta. (Mikkonen 2020b, 404; Suomen kipu ry s.a.)

Rentoutusharjoituksiin kuuluvat esimerkiksi mielikuvaharjoitukset, lihasrentoutustekniikat ja hengitysharjoitukset. Säännöllinen rentoutusharjoittelu vaikuttaa psyykkistä ahdistusta ja masentuneisuutta vähentävästi, edistää stressinhallintakykyä sekä ehkäisee stressin aiheuttamia oireita. (Kivunhallintatalo 2018; Suomen kipu ry s.a.) Rentoutusharjoitteita on monenlaisia ja yleisimmin käytetty on aktiivinen lihasrentoutus, jossa keho käydään läpi rentouttaen lihakset

yksitellen ja tietoisesti hengittäen. Rentoutumisen hyödyntämisessä kivun hallinnassa tärkeää on säännöllisyys. (Kivunhallintatalo 2018.)

Hengitysharjoituksia on tehty vuosituhansien ajan erityisesti itämaissa itsekehitys- ja kamppailulajeissa, jossa hengityksen huomiointi ja säätely on tärkeä osa harjoitusta. Kipu vaikuttaa hengitykseen ja sympaattisen hermoston aktivoitumiseen. Hengitysharjoitukset mm. aktivoivat parasympaattista hermostoa ja saavat aikaan yksilöllisen hoitovasteen. Aiemman tiedon mukaan hengitysharjoitukset ovat kustannustehokkaita ja vaikuttavuudesta on näyttöä monen kipupotilaan hyötyessä harjoitteista. (Mikkonen 2020b, 401–403.)

Tietoisuustaidot

Tietoisien läsnäolon menetelmän juuret ovat itämaisessä lääketieteessä ja se on laajemmin otettu länsimaissa käyttöön 1970-luvulla, kun amerikkalainen Kabat-Zinn alkoi ohjata tietoisuustaitoihin perustuvaa stressinhallintaohjelmaa kroonista sairauksista ja kivuista kärsiville potilaille. Tästä länsimaisesta versiosta on kehitetty useita versioita sovellettavaksi hoitotyössä, kasvatuksessa ja terapioissa. (Röning 2020, 338.)

Hyväksyvä tietoinen läsnäolo eli mindfulness on yksi meditaation eli mietiskelyn muoto. Keskeistä on avoin ja hyväksyvä suhtautuminen omiin koettuihin tunteisiin ja elämän tapahtumiin. Tietoisuusharjoitusten tavoitteena on oppia kohdentamaan läsnäoloa tähän hetkeen. Tarkoituksena on oppia hyväksymään ongelmat ja selviämään niiden kanssa. Pitkäaikaisessa kivussa kivusta muodostuu vähitellen ongelma kipukohdan korostuessa, jota mieli yrittää ratkaista ja huolestuu kivun jatkuessa. Tietoisuus kehon eri tuntemuksista antaa tilaa kohdistaa huomio pois kipukohdasta ja näin auttaa kivun hallinnassa. Tietoinen läsnäoleminen auttaa erittelemään kivun laukaisemia ajatuksia ja tunnereaktioita. (Kivunhallintatalo 2018.)

Aivokuvantamistutkimukset ovat tuoneet uutta tietoa mindfulnessin laaja-alaisista aivotason muutoksista erityisesti niillä aivojen alueilla, jotka osallistuvat tunteiden, mielialan ja käyttäytymisen säätelyyn sekä kivun aistimiseen. (Miranda ym. 2018,9; Suomen kipu ry s.a.) Mielikuvaharjoittelun tarkoitus on luoda mielikuva kipukokemuksesta ja muokata se toisenlaiseksi tai antaa sille

eri merkitys. Tämä vähentää kivun voimakkuutta ja vapauttaa muita aivoalueita niille tarkoitettuihin tehtäviin. Harjoittelussa pyritään ymmärtämään miten paljon voi itse vaikuttaa kokemaansa kipuun. Mielikuvaharjoittelussa neuronit eli hermosolut muodostavat uusia kivuttomia yhteyksiä eli synapseja ja purkavat vanhoja kipua tuovia yhteyksiä, jolloin kipua käsitteleviä aivojen yhteydet vähenevät. Mitä enemmän on muuta ajateltavaa kuin kipu, sitä suurempi osa aivoista analysoi ja käsittelee muita asioita kuin kipua. Näin kivun kokemus vähenee ja elämänlaatu kohenee. (Ojala 2022, 137.)

Musiikki

Musiikin käyttö kivun hoidon osana on kustannustehokasta ja helposti yksilöitävissä oleva lääkkeetön kivunhoidon menetelmä. Musiikin käyttö kivunhallinnan keinona vaikuttaa stressiä ja ahdistuneisuutta vähentävästi. Musiikin käyttömenetelmät luokitellaan kahteen ryhmään: koulutetun terapeutin toteuttamaan musiikkiterapiaan ja passiiviseen musiikin kuunteluun. Terapiassa musiikkia hyödyntäen vaikutetaan monimuotoisten psykofyysisten sekä neurologisten ja sosiaalisten oireiden hoidossa. Passiivisen musiikin kuuntelun on todettu aktivoivan aivoissa laajoja kognitiivisten toimintojen alueita. Musiikki toimii myös aktivoiden aivojen palkitsemisjärjestelmää. Musiikin kuuntelun on todettu vaikuttavan positiivisesti mielialaan ja sen hyödyistä on saatu näyttöä myös neurologisten sairauksien kuntoutuksessa. (Kivunhallintatalo 2018; Suomen kipu ry s.a.)

Vertaistuki ja kivunhallintaryhmät

Vertaistukiryhmät tuovat kipua sairastavan elämään yhteisöllisyyttä sekä yhteenkuuluvuutta sekä tukea ja tietoa kivunhallinnasta. Ryhmätoiminnan tavoitteena on tarjota monipuolista tietoa kroonisen kivun luonteesta ja kivun lääkkeettömistä hoitokeinoista ja ohjata tunnistamaan yksilöllisiä kipuun vaikuttavia tekijöitä. (Kivunhallintatalo 2018.)

Vertaistukitoiminnan viitekehyksenä on tieto kivun biopsykososiaalisesta luonteesta. Ryhmätoiminnan etuja on kustannusvaikuttavuus, kipukokemuksen normalisoituminen ja yksinäisyyden kokemuksen väheneminen ryhmässä sekä ryhmän voimaannuttava ja uusien kivunhallintamallien oppimista

edistävä vaikutus. Vertaistoimintaan osallistuminen voimaannuttaa ihmisen löytämään omat voimavaransa ja vahvuutensa ja voi myös vähentää läheisten kuormitusta. (Miranda ym. 2018, 26–28.)

Psykososiaalinen tuki

Psykososiaalinen tuki on tiedon antamista ja kokonaisvaltaista psyykkistä, sosiaalista ja henkistä tukea, jonka tavoitteena on tukea yksilöllistä sopeutumista ja selviytymistä etenevän sairauden kanssa. (Röning 2020, 326–327.) Psykososiaalinen tuki voidaan määritellä tuen antajan ja saajan väliseksi vastavuoroiseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Oleellista on potilaan yksilöllinen kohtaaminen ja tuen antaminen muuttuneessa elämäntilanteessa sopeutumisen tueksi. (Syöpäjärjestöt s.a.)

Palliatiivisessa hoidossa on keskeistä tukea hyvää elämänlaatua. Keskeistä psykososiaalisessa tuessa on paneutua psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin asioihin. Tavoitteena on tukea potilasta ja hänen läheisiä niin että he voivat elää mahdollisimman täysipainoista elämää sairauden kanssa ja sopeutua muuttuvaan elämäntilanteeseen, sairauden etenemiseen sekä elämän rajallisuuteen. Tuen keinoja ovat kysyminen, keskusteleminen ja kuunteleminen. Läsnaolo antaa potilaalle tilaa käsitellä hänen ajatuksiaan. Järjestöjen koulutettujen tukihenkilöiden, neuvontapalvelun sekä vertaistukiryhmien hyödyntäminen tukee psykososiaalisen tuen saatavuutta. (Syöpäjärjestöt s.a.)

Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla esiintyy depressio - ja ahdistusoireita, joihin liittyy usein eksistentiaalista oireilua. Arvioiden mukaan depressiooireita esiintyy kahdella kolmasosalla ja ahdistuneisuutta 1/3:lla palliatiivisista potilaista. Psyykkiset oireet heikentävät merkittävästi elämänlaatua ja niiden tunnistaminen on keskeistä palliatiivisessa hoidossa. Elämän loppuvaiheessa olevilla potilailla tehtyjä tutkimuksia on vähän, mutta lääkkeettömällä psykososiaalisilla hoidoilla voidaan helpottaa kuolevan potilaan ahdistus- ja masennusoireita. Depressiota voidaan seuloa esimerkiksi PRIME MD-seulalla. Elämän loppuvaiheessa todettu masennus on usein kehittynyt jo aiemmin, joten varhainen tunnistaminen on tärkeää lääkehoidon aloittamiseksi. Laadukas

palliativinen hoito ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde tukevat potilaan psykososiaalista hyvinvointia. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Elämän loppuvaiheessa elettyä elämää arvostava muistelu ja surutyö suojaavat psyykkisten häiriöiden kehittymiseltä ja tukevat potilasta suhtautumaan hyväksyvämmiin elettyyn elämään ja lähestyvään kuolemaan. Läheisten huomiointi on tärkeää. Saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioinnissa perustana on potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan yhteinen tietoisuus lähestyvistä kuolemasta. Surua voi olla vaikeaa erottaa masennuksesta ja eksistentiaaliset kysymykset voivat aiheuttaa tuen tarvetta. Keskeistä on hoitotyöntekijän hyvät vuorovaikutustaidot, läsnäolo ja tunteiden kohtaaminen. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Psykoterapeuttiset menetelmät

Psykologisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa kipukokemukseen, -käyttäytymiseen ja -suhtautumiseen. Psykologisia hoitomenetelmiä käytetään yksilö- ja ryhmähoitoina ja hoidon tavoitteena on lisätä kipua sairastavan omia hallintakeinoja ja pystyvyyden kokemista sekä kehittää ja vahvistaa selviytymiskeinoja. Psykologisilla hoitomenetelmillä on tavoitteena helpottaa kivun kanssa toimeen tulemistä. (Suomen kipu ry s.a; Miranda ym. 2018, 26.)

Kognitiivinen terapia syntyi 60-luvulla amerikkalaisen psykiatrin Beckin ja psykologi Ellisin kehittämänä. Terapialla pyritään tukemaan ja edistämään kipua sairastavan voimavaroja, pystyvyyden kokemusta ja kivun kanssa toimeen tulemistä sekä kivunhallintakeinoja. (Luomajoki ym. 2020, 333–334.) Kognitiivisen terapian keskeisenä ajatuksena on kärsimystä tuottavien ajatus- ja toimintamallien tunnistaminen ja muokkaaminen sekä näihin liittyvien tunnereaktioiden tarkasteleminen. Hoidossa on tärkeää ottaa hoitoon mukaan myös läheiset hoidon tulosten ylläpidon vuoksi. Tutkituimpia menetelmiä ovat kognitiivisen psykoterapian eri sovellukset, kuten kognitiivisbehavioraalinen lähestymistapa sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia. (Miranda ym. 2018; Röning 2020, 333–334; Suomen kipu ry s.a.)

Kognitiivis-behavioraalinen terapia (CTB) auttaa ihmisiä muuttamaan omaa käyttäytymistä, joka ylläpitää tai pahentaa kipua, pelko-välttämiskäyttäytymistä

sekä kipuun tai sen ennakkointiin liittyvien negatiivisten ajatusten tai uskomusten korostumista. Kognitiivis-behavioraalissa terapiassa keskeistä on huomion siirtäminen pois kivusta mielekkäämpiin asioihin. Miranda ym. (2018) tutkimuksessa kuusi viikkoa kestänyt ryhmämuotoinen kognitiivis-behavioraalinen terapia vähensi krooniseen kipuun liittyvää ahdistusta ja kroonisen kivun negatiivista vaikutusta päivittäiseen elämään. Tutkimusten mukaan vaikutus kipuun oli kohtalainen ja muihin osa-alueisiin kuten toimintakykyyn, mielialaan ja katastrofijatteluun vaikutus vielä tehokkaampi. Osa vaikutuksista oli edelleen todettavissa kuusi kuukautta myöhemmin. Kipukuntoutuksessa pyritään elämänlaadun, pystyvyydentunteen ja pärjäämisen lisäämiseen. (Röning 2020, 334–335; Miranda ym. 2018, 26–28.)

Kognitiivisesta terapiasta ei ole monia tutkimuksia liittyen elämän loppuvaiheessa olevien potilaiden oireiden hoidossa. Kuolevien potilaiden ahdistus- ja masennusoireiden hoidosta on kohtalaista näyttöä tukea-antavasta ja ratkaisukeskeisestä terapiasta. Dignity-interventio on erityisesti elämän loppuvaiheeseen kehitetty lyhytpsykoterapiaan pohjautuva terapeutinen interventio, jossa on keskeistä elämän merkityksen ja arvokkuuden säilyttäminen. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Sipola 2019.) Keskeistä Dignity-interventiossa on läsnäolo ja tilan luominen, elämän merkityksen etsiminen ja henkilökohtaisen elämän pohdinta. Tärkeää on kunnioitus ja arvostus toista ihmistä ja hänen kokemuksiaan kohtaan, elämönhallinnan tunteen tukeminen ja toivon näköalojen vahvistaminen sekä myötätunto ja lohdutus. (Saarto ym. 2018, 140; Sipola 2019.) Hoitosuhteen jatkuvuus sekä eläytyvä ja tukea osoittava kuuntelu on oleellinen osa hoitoa. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Sipola 2019.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä menetelmiä palliativisen hoidon aikaisessa lääkkeettömässä kivunhoidossa käytetään ja mitkä asiat edistävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. Tavoitteena on lisätä tietoutta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä ja laadusta palliativisen hoidon opetuksen

tueksi, ammatillisen osaamisen vahvistamiseksi ja palliatiivisen hoidon laadun edistämiseksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ammatillisen osaamisen vahvistamiseen ja palliatiivisen hoitotyön laadun kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään palliatiivisessa hoidossa?
2. Mitkä asiat edistävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä?

7 OPINNÄYTETÖN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

7.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus voidaan määritellä tutkimustavaksi, jossa tutkitaan aiemmin tehtyjä tutkijoiden alkuperäistutkimuksia. Metodien avulla on tarkoitus tiivistää olennainen tieto alkuperäistutkimuksista sekä tehdä valikoidusta tiedosta synteeseinä keskeiset johtopäätökset tutkimuskysymyksiin nähden. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 23; Vilkkä 2023.) Kirjallisuuskatsauksen tulee olla systemaattisesti toteutettu ja toistettavissa, ja sen täytyy pohjautua aihealueen kattavaan ja ajantasaiseen tietoon. (Suhonen 2015, 7; Vilkkä 2023.)

Kirjallisuuskatsaus on analyttinen, monimenetelmällinen ja suunnitelmallinen metodi. Siinä on tunnusomaista ennalta suunniteltu ja järjestelmällinen tutkimusten hakuprosessi, valikointi, kriittinen arviointi sekä analyysi ja synteesi uuden tiedon tuottamiseksi. Tutkimustoiminta on kurinalaista ja tutkijalla on pyrkimys luotettavuuteen, yleistettävyyteen, läpinäkyvyyteen sekä pätevyyteen. Läpinäkyvyys tarkoittaa aineiston hankinnan ja siihen liittyvien valintakriteerien avaamista ja huolellista kuvaamista katsauksessa. (Vilkkä 2023.) Kirjallisuuskatsauksessa tuotetun synteessin avulla voidaan joko luoda uutta teoriaa, vahvistaa ja kriittisesti verrata nykyistä teoriaa tai pyrkiä laajentamaan tutkittavan aiheen teoreettista pohjaa (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 110–111; Suhonen ym. 2015, 7).

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jaotella pääsääntöisesti neljään päätyyppiin; narratiivinen, integratiivinen ja systemaattinen katsaus sekä meta-analyysi. Katsausten jaottelu ja tyypittely voi vaihdella kirjallisuudessa tieteenaloittain ja

katsaustyyppjä voidaan lisäksi luokitella niissä käytettyjen menetelmien, lähestymistavan, tutkimusotteen tai prosessien mukaa, Narratiivisessa eli kuvaillevassa kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on edustavalla aineistolla tiedon asteittainen laajentaminen. Integratiivisessa katsauksessa tarkoituksena on löytää kriittinen ja syntetisoitu tieto hyvin valikoidulla aineistolla ja jonka avulla voidaan luoda uusia käytäntöjä ja näkökulmia. Systemaattinen katsaus etsii tiettyyn tutkimuskysymykseen saatavilla olevien tutkimusten tyhjentävää tai valikoivaa, toistettavaa ja puolueetonta tietoa. Meta-analyysi sopii empiirisiin tutkimuskysymyksiin ja tuottaa johtopäätöksiä valikoidusta joukosta vähemmän subjektiivisesti kuin muut katsaustyyppit. (Suhonen ym. 2015, 9; Vilka 2023.)

Integratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on tunnusomaista kriittisyys, järjestelmällisyys, läpinäkyvyys, tarkkuus ja toistettavuus sekä käsitteellinen taustoitus. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus on laajin katsaustyypeistä ja siinä voidaan käyttää mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi tutkittavasta ilmiöstä teoreettista ja empiiristä aineistoa. Metodien avulla etsitään tutkimuksia ja kirjallisuutta, joiden avulla pystytään kriittisesti arvioimalla yhdistää tutkimusten metodologisia ja teoreettisia lähtökohtia uusien näkökulmien luomiseksi. Integratiivisessa katsauksessa keskeistä on erilaisten tutkimusasetelmin tuotettujen tulosten analyysi ja synteesi. Menetelmän tarkoitus on tuottaa laaja-alainen ymmärrys tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Haastavaa on erilaisten metodologisten tutkimusten ja tulosten yhdistäminen. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus edellyttää aihetta, jota on paljon jo tutkittu ja empiirisiä ja teoreettisia tutkimuksia on kattavasti löydettävissä. (Salminen 2022, 4, 6–7; Vilka 2023.)

Valitsin menetelmäksi tähän opinnäytetyöhön integratiivisen kirjallisuuskatsauksen engl. integrative review. Valinnan perusteena on saada mahdollisimman laaja ja monipuolinen kuva tutkittavasta aiheesta. Menetelmän avulla voidaan yhdistää sekä empiiristä että teoreettista tietoa ilmiön laaja-alaiseen kuvaamiseen. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa pyritään tehtyjen tieteellisten tutkimusten systemaattisella ja kriittisellä valinnalla, laadun tarkastelulla ja aineiston analyysillä tulosten synteesiin (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015,117).

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus koostuu prosessina viidestä eri vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa asetetaan tutkimuskysymys, toisessa vaiheessa toteutetaan aineistonkeruu, kolmanneksi tehdään tutkimusaineiston laadunarviointi, neljänneksi aineisto analysoidaan ja viimeisessä vaiheessa esitetään tulokset, synteesi ja johtopäätökset. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 13, 113.)

Kirjallisuuskatsauksessa oleellista on tutkimusongelman tunnistaminen ja raja-
jaus. Katsauksen tarkoitus suuntaa tavoitetta joko tutkia, kuvailla, kartoittaa, vertailla, arvioida, yhdistää vai selittää tutkimuksista löytyviä asioita. Tutkimuskysymyksen asettelun merkitys on hyvin keskeinen. Kysymyksen tulee olla täsmällinen ja selkeästi rajattu, mutta toisaalta riittävän avoin, jotta tietoa voidaan koota monipuolisesti. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 24; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 114.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset muotoillaan mahdollisimman hyvin vastamaan tutkimuksen tavoitteeseen (Vilka 2023). Tutkimuskysymykset pyrin määrittelemään niin, että niiden avulla muodostuisi mahdollisimman monipuolinen ja ajantasainen kuva lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä palliatiivisen hoidon aikana sekä löytämään tutkimusten mukaan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä edistäviä asioita.

Tutkimuskohteen määrittelyssä ja kysymyksenasettelun jäsentämisessä käytetään hoito- ja lääketieteessä usein Joanna Briggs instituutin suosittamaa PICO-mallia. Mallia voi hyödyntää myös tiedonhaussa ja tiedonhaun suunnittelussa. PICO-mallin mukaan on olennaista määrittellä tutkimuskohteen kohdejoukko (engl. population), tutkittava asia (engl. intervention), vertailukohde (engl. comparison) ja tulokset (engl. outcome). Toisessa versiossa PIC määrittellään kohderyhmä (engl. population), mielenkiinnonkohde (engl. phenomenon of interest) ja ajallinen ja paikallinen yhteys (engl. context). (Danielsson-Ojala 2015, 123–125; Vilka 2023.) Tässä opinnäytetyössä on tutkimuskysymysten muodostamisessa hyödynnetty PICO-mallia.

Aineiston keruu tulee olla suunnitelmallista ja pyrkimyksenä on saada katsaukseen mukaan kaikki relevantti tieto. Kirjallisuuskatsauksen aineistona on ensisijaisesti alkuperäistutkimukset. Hakustrategiaan kuuluu keskeisenä

mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Tämä tukee relevantin aineiston tunnistamista ja aineiston koon hallintaa. Aineiston ja katsauksen luotettavuutta lisää tutkimusten vertaisarviointi. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 25.)

Aineiston keräämistä varten valitaan asiasanat ja niiden yhdistelmät sekä tarkoituksenmukaiset tietokannat. Aineistonkeruuvaiheessa kirjataan tiedonhaun tulokset ylös ja prosessi tulee kuvata tarkasti kirjallisuuskatsauksessa, jotta lukija voi sen halutessaan toistaa. Potentiaalisen aineiston löytämisen jälkeen aineisto arvioidaan mukaanotto- ja poissulkukriteeristön perusteella soveltuvasi tutkimukseen. (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 25–26; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 114.)

Tutkimusaineiston laadun arvioinnissa käytetään arviointikriteerejä tai tarkistuslistoja aina kun se on mahdollista. Valmiit tarkistuslistat eivät aina ole sovellettavissa integroituun kirjallisuuskatsaukseen tutkimusten tutkimusmenetelmien heterogeenisyyden vuoksi. Olennaista on raportoida, minkälaisia lähteitä katsauksessa on käytetty ja miten. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 115.)

7.2 Tiedonhaku

Varsinaista tiedonhakuja suoritettiin ajalla 15–31.5.2023. Tiedonhaun toteutin yhteen suomalaiseen (Medic) ja kolmeen kansainväliseen tietokantaan (Cinahl, Pubmed, Academic Search Elite). Hakusanat- ja lausekkeet pyrin muokkaamaan jokaiseen tietokantaan sopiviksi, huomioiden tietokantojen asiasanastot. Jokaiseen tietokantaan kokeilin useita hakusanoja -ja lausekkeita, joista valitsin kattavimman aineiston antaneet termit. Pyrin käyttämään samoja rajoituksia, jotta haut pysyisivät mahdollisimman vakaina kaikissa tietokannoissa. Hakusanojen yhdistämiseen suositellaan käyttämään Boolean-operaattoreita eli AND, OR ja NOT operaattoreilla yhdistellään hakusanoja toisiinsa. (Lehtiö & Johansson 2015, 40–41.)

Taulukkoon 1 on koottu tutkimuksessa käytetyt tietokannat ja tietokannoissa käytetyt hakusanat- ja lausekkeet (liite 1). Hakuprosessiin vaikuttivat käytettävissä olevat resurssit, esimerkiksi tiedonhausta jätettiin pois maksullinen aineisto. Hakuprosessin huolellinen suunnittelu ja toteutus vahvistavat

prosessia, mikä ei voi koskaan olla täysin aukoton (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 27–28).

Tiedonhakuun kuuluu olennaisena osana tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Tavoitteena on kriteerien avulla pystyä perustelemaan, millä tavalla tutkimus tunnistetaan olennaiseksi katsaukselle, miten tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin ja miten tutkimus käsittelee tutkimuskysymykseen liittyvää aihetta. (Vilka 2023.) Tärkeää on määritellä molemmat sekä mukaanotto- että poissulkukriteerit eli millä kriteereillä mukaan otettavat tutkimukset on valittu ja millä perusteella suljettu pois katsauksesta. Valintakriteereinä toimivat tutkimuskysymyksen mukaisesti ikäryhmä tai konteksti, ajan-kohtaisuus, saatavuus, tutkimuksen kattavuus tai laajuus, kirjoittajan auktoriteettiasema tai tutkimuksen soveltuvuus tutkimusasetteluun. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 114; Vilka 2023.)

Kirjallisuuskatsauksissa tulee huomioida, että vain metodologisesti luotettavat tutkimukset voivat tuottaa tarkkoja katsaustuloksia. Tehtyjen valintakriteereiden tulee olla tarkoituksenmukaisia suhteessa tutkimuskysymykseen, kohderyhmään ja kirjallisuuskatsauksen tavoitteeseen ja tarkoitukseen. Tutkijan tulee myös pohtia kriittisesti, miten valinnat vaikuttavat katsauksen tulokseen. (Vilka 2023.)

Opinnäytetyössä tutkimusten mukaanottokriteerit oli määritelty niin, että tutkimus vastasi tutkimuskysymyksiin ja kohdistui palliatiivisen hoidon aikaiseen lääkkeettömään kivunhoitoon. Terveystieteiden tutkimuksessa tieto lisääntyy ja kehitys on nopeaa, minkä vuoksi mukaan otettavien tutkimusten ikää on syytä arvioida kriittisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 95). Vuosilukurajaus oli määritelty 2017–2023, jotta aiheesta saatu tieto olisi mahdollisimman päivitettyä ja ajantasaista. Kielirajauksena oli suomi tai englantia. Tutkimusten tuli vastata vähintään yhteen tutkimuskysymyksestä. Tutkimuksen tuli olla vertaisarvioitu tieteellinen tutkimus. Tutkimuksessa tuli olla saatavissa kokoteksti ja alkuperäinen tutkimus. Tutkimus tuli olla ilmaiseksi saatavilla. Tutkimusten poissulkukriteerit olivat käänteisiä mukaanottokriteereihin verrattuna. Alkuperäislähteiden käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta ja aineistoa valitessa tulee olla kriittinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 93). Vuosilukurajauksista

jouduin vielä laajentamaa haun aikana, koska sopivaa aineistoa ei viiden vuoden rajauksella löytynyt riittävästi. Samoin jouduin muokkaamaan hakulausekkeitä ja poistamaan alkuperäisen iäkkäisiin kohdistuvan kohderyhmärajausten, koska pelkästään iäkkäiden kivunhoidon lääkkeettömiin menetelmiin liittyviä tutkimuksia ei löytynyt riittävästi.

Ennen vuosiluku- ja kielirajauksia kaikista tietokannoista tuli yhteensä 5 882 viitettä. Rajaamalla hakua vuosiin 2017–2023, suomen tai englannin kieleen, koko tekstin ilmaiseen saatavuuteen ja vertaisarvioituun tutkimukseen viitteitä jäi 385. Samojen artikkeleiden poiston jälkeen ja otsikon perusteella valikoitui jatkoon 79 tutkimusta ja abstraktin jälkeen 44 tutkimusta. Luin ja kävin huolellisesti läpi otsikot, abstraktit ja kokotekstit mukaanottokriteerit huomioiden. Tiedonhaun kuvaus on esitetty liitesivuilla taulukkomuodossa (liite 1) ja prosessikaaviona (liite 2). Kokotekstin perusteella lopulliseen aineistoon valikoitui 16 tutkimusta. Aineiston tutkimuksissa mainitaan joko/tai aikuiset ja iäkkäät kohderyhmänä, pelkästään lapsiin kohdennettuja tutkimuksia ei aineistoon valikoitunut. Katsaukseen valitut tutkimukset esitetty taulukkomuodossa liitesivuilla (liite 3).

Manuaalista hakua voidaan myös käyttää systemaattisen tiedonhaun täydentämiseen. Manuaalisesti voidaan käydä läpi esimerkiksi uusimpien katsausartikkeleiden lähdeluetteloita, joiden lähteenä on käytetty viimeaikaisempia tutkimusartikkeleita. (Vilka 2023.) Opinnäytetyössä tein manuaalisia hakuja muutamien katsausartikkeleiden lähdeluetteloista, koska halusin löytää lisää aineistoa katsaukseeni. Löysin neljä uutta tutkimusta, joista yksi valikoitui katsaukseen mukaan.

7.3 Aineiston laadunarviointi

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe sisältää valittujen tutkimusartikkeleiden laadunarvioinnin. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut alkuperäiset tutkimusartikkelit tulee arvioida soveltuvia arviointikriteereitä käyttäen. Arvioinnin tavoitteena on määritellä tutkimusten luotettavuutta ja vastaavuutta tutkimuskysymyksiin. (Lemetti & Ylönen 2015, 71; Vilka 2023.) Tärkeää on tehdä näkyväksi tutkimuksen aihe, aineisto, aineiston keräämisen tapa, tulokset ja päätelmät sekä tutkimuksen vastaavuus

tutkimuskysymykseen. Tutkija voi määrittellä ja perustella oman katsauksen näkökulmasta mitkä ulkoiset ja sisäiset kriteerit tekevät tutkimuksista katsaukseen soveltuvat. (Vilkkä 2023.) Arviointikriteerit luovat perustan tutkimustulosten täsmälliselle ja järjestelmälliselle arvioinnille. (Lemetti & Ylönen 2016, 70–71).

Arvioinnin luotettavuutta lisää kahden arvioijan suorittama arviointi, jossa saatuja tuloksia tulisi verrata keskenään. Laadunarviointikriteereitä on monia ja erityyppisiä, myös eri arvioijat voivat päätyä samoilla kriteereillä erilaisiin tuloksiin. Käytettävän arviointikriteeristön valinnassa keskeistä on tutkimuksen luonne ja katsaustyyppi. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksessa näyttäytyy tyypillisesti monentyyppisiä tutkimusmetodeja sisältäviä tutkimuksia, joten tutkimusartikkeleiden laadunarviointi voi olla haastavaa niiden monimuotoisuuden vuoksi. (Lemetti & Ylönen 2015, 69.) Tarkistuslistat eivät aina ole sovellettavissa integroituun kirjallisuuskatsaukseen tutkimusten tutkimusmetodien heterogeenisyyden vuoksi. Olennaista on raportoida, minkälaisia lähteitä katsauksessa on käytetty ja miten. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 115.)

Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan yleisesti hyväksytty tulos hyväksymiskriteereistä on vähintään 50 %, jotta tutkimus todetaan riittävän laadukkaaksi. Myös osa tarkistuslistojen kriteereistä voi olla painoarvoltaan tärkeämpiä kuin toiset. (Tutkimustiedon laadun arvioiminen s.a.) Laadunarvioinnissa voi tulla eteen heikkolaatuisia tutkimuksia, joita ei kuitenkaan tule hylätä, jos tulokset olisivat suosituksen kannalta tärkeitä. Tällainen tilanne voi olla, mikäli heikkolaatuisiksi arvioitu tutkimus edustaa tietystä aiheesta parasta mahdollista saatavissa olevaa näyttöä, jos aiheesta ei ole tehty muita tutkimuksia. (Tutkimustiedon laadun arvioiminen s.a.)

Tässä opinnäytetyössä arvioin tutkimusartikkeleiden laatua soveltuvin osin Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) suomentaman Joanna Briggs instituutin (JBI) arviointityökalun avulla, joka sisältää 10 arviointikriteeriä (liite 5). Kyseinen kriteeristö on suunniteltu laadulliselle tutkimukselle. (JBI-arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 2018.) Laadullisessa tutkimuksessa arviointi kohdentuu erityisesti filosofisiin lähtökohtiin, tutkimuskysymysten ja menetelmien sopivuuteen sekä eettisyyteen. (Lemetti & Ylönen 2015, 70).

Aineistoon valituista tutkimuksista neljä oli kokeellisia tutkimuksia, neljä laadullista tutkimusta, kaksi tutkimuskatsausta, yksi poikkileikkaustutkimus, neljä systemaattista katsausta ja meta-analyysiä ja yksi integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Laadunarviointi oli haasteellista heterogeenisen aineiston vuoksi ja kaikki kysymykset eivät olleet täysin sovellettavissa jokaiseen tutkimukseen. Laadunarviointi on huomioitu jo aineiston valintaprosessissa mukaanotto- ja poissulkukriteerien käytöllä. Myös valitsemalla vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, ovat ne jo käyneet läpi tieteelliselle julkaisulle asetetut kriteerit. Laadunarvioinnin perusteella ei kuitenkaan hylätty yhtään tutkimusta ja tutkimukset olivat pääasiassa laadultaan hyviä tai tyydyttäviä (liite 4). Alhaisimmat pisteet saaneet tutkimukset olivat tutkimuskuvauksia ja raporttimuodossa, joten kriteeristö ei lähtökohtaisesti ollut soveltuvien tämän tyyppisen tutkimuksen arviointiin, mikä selittää osaltaan alhaisemmat pisteet. Laadun arvioinnin tavoitteena oli pyrkiä kuvaamaan valittujen tutkimusten laatua ja arvioinnin tuloksia ei kuitenkaan käytetty sulkemaan tutkimuksia pois katsauksesta.

7.4 Aineiston analysointi

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen neljäntenä vaiheena on aineiston analyysi. Aineiston analyysissä pyritään mahdollisimman huolelliseen ja tasapuoliseen alkuperäisen tutkimusaineiston tulosten tulkintaan ja muodostamaan niistä synteesi. Analyysivaiheessa tutkimusaineisto järjestetään, koodataan, luokitellaan ja muodostetaan synteesi. Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä ja voidaan käyttää myös määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, luokitteluja, käsitejärjestelmä- tai malli. (Kyngäs ym. 2011, 139; Vilkkä 2023.)

Aineiston analyysissä keskeistä on huolellinen katsaukseen sisällytettyjen tutkimusten aineistojen tulosten tulkinta ja yksittäisten tutkimusten tulosten synteesi. Aineiston analyysiin sisältyy tiedon kokoaminen, luokittelu ja pelkistäminen, tiedon havainnollinen esittäminen, tiedon vertailu ja johtopäätösten tekeminen sekä johtopäätösten varmistaminen. Tulosten tulkinnan ja esittämisen

tuomat johtopäätökset voidaan esittää taulukkona tai kuviona katsauksen tarkoituksen mukaisesti. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 115–116.)

Laadulliset aineistonkäsittelymenetelmät sopivat kirjallisuuskatsauksiin, joiden tarkoituksena on kuvata ja jäsentää tutkimusilmiötä, ilmiön kehittymistä tai sen prosessia tai muodostaa sisällöstä kokonaisuus. Katsauksen aineiston ollessa metodologisesti monimuotoinen ja heterogeeninen sopii analysointimenetelmäksi kuvaileva luokittelu deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi perustuu ennalta laadittuun analyysirunkoon, joka perustuu aikaisempiin tutkimuksiin. Aineiston perehtymisen jälkeen aineistosta poimitaan ennalta määritellyn teoriaan pohjaavan rungon mukaisesti analyysiyksiköt, jotka pelkistetään. Tämän jälkeen ne abstrahoidaan niin että ne tuottavat deduktiivisen rungon sisään alaluokkia, joista muodostetaan yläluokkia. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 88–90; Vilka 2023.)

Alkuperäistutkimuksista haetaan ilmiön kannalta merkityksellisiä kuvauksia, jotka voivat olla sana, sanpari, lause tai asiakokonaisuus tiivistelmissä, tulososassa, pohdinnassa tai johtopäätöksissä. Tämä tutkimuskysymykseen vastaava analyysiyksikkö poimitaan aineistosta ja ryhmitellään samanlaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella suhteessa käytettyyn luokittelumuotoon ja pelkistetään. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään samanlaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella ja abstrahoidaan alaluokiksi, yläluokiksi ja mahdollisesti pääluokiksi. Luokittelu esitetään taulukkona tai kuviona, johon on koottu tuotettu tulos. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 88–90.)

Analyysivaiheen luotettavuutta voidaan arvioida sen perusteella, vastaavatko saadut tulokset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Luotettavuutta kuvaa myös, onko analyysivaihe kuvattu niin yksityiskohtaisesti ja läpinäkyvästi, että se on helposti toistettavissa. Luotettavuutta parantaa myös kahden tai useamman tutkijan mahdollisuus osallistua aineiston käsittelyvaiheeseen. Keskeistä on katsauksen tulosten tarkastelu ja vertaaminen suhteessa aikaisempaan kirjallisuuteen, mikä tulee avata pohdintaosassa. (Kangasniemi & Pölkki 2015, 94.)

Analyysivaiheessa valitaan soveltuva analyysimenetelmä, mukaan valitut julkaisut järjestellään ja luokitellaan ja niiden tuloksista tehdään yhteenvetoa (Kangasniemi-Pölkki 2015, 84,94). Tämän opinnäytetyön

analyysimenetelmäksi valikoitui teorialähtöinen sisällönanalyysimenetelmä. Tämän opinnäytetyön analyysiyksikön perustana oli Engelin biopsykososiaalinen malli, josta on johdettu kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien luokittelu teorialähtöisesti fyysisiin ja psykososiaalisiin menetelmiin. Analyysiyksiköksi valikoitui tutkimuskysymyksiä kuvaava sana/sanapari/lause. Aineistoa tarkasteltiin tutkimuskysymysten kautta ja etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistoa luettiin useita kertoja kaikkien ilmaisujen keräämiseksi. Kun nämä analyysiyksiköt eli tutkimuskysymysten vastaukset on poimittu, ne pelkistetään kääntämällä tarvittaessa kirjakielelle. Tärkeä on huomioida asiasisällön säilyminen pelkistämisen aikana. Tämän jälkeen aineistoa koodataan ja merkitään esim. väreillä sekä luokitellaan. (Kangasniemi-Pölkki 2015, 90.)

Opinnäytetyöni analyysivaiheessa analyysiin valitut tutkimukset numeroitiin, tutkimustulokset ja johtopäätökset nostettiin esiin ja korostettiin erivärein ja alleviivaamalla. Tutkimuksista etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, mitkä yhdisteltiin ja taulukoitiin erilliselle lomakkeelle. Tämän jälkeen vastaukset pelkistettiin ja pelkistetty aineisto koodattiin eri värien avulla. Sen jälkeen etsittiin samaa tarkoittavat asiat nimeämällä luokat selkeästi sisältöä kuvaavalla termillä ja muodostettiin niistä alaluokkia, Seuraavaksi esimerkki pelkistämisestä ja alaluokkien muodostamisesta (taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki aineiston alkuperäisilmaisun pelkistämisestä ja alaluokan muodostamisesta

Alkuperäisilmaisu	Alaluokka
Sanallisen rentoutusharjoituksen kuunteleminen	Ohjattu rentoutuminen
Keskittyminen hengitykseen	Tietoinen hengittäminen
Instrumentaalinen improvisaatio	Aktiivinen musiikin tuottaminen

Seuraavassa vaiheessa alaluokkia vertailtiin keskenään ja yhdisteltiin samaa tarkoittavat alaluokat yläluokaksi. Alla (taulukko 2) on kuvaus alaluokan muodostamisesta yläluokaksi. Tässä opinnäytetyössä aineiston luokittelussa ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta saatiin ensin alaluokkia ja nämä ryhmiteltiin edelleen kymmeneksi yläluokaksi, jotka muodostuivat vastauksiksi tutkimuskysymykseen.

Taulukko 2. Esimerkki alaluokan muodostamisesta yläluokaksi

Alaluokka	Yläluokka
Ohjattu rentoutuminen	Rentoutumiseen perustuva tekniikka
Tietoinen hengittäminen	Mindfulness
Aktiivinen musiikin tuottaminen	Musiikkiterapia
Instrumenttien avulla ilmaisu	
Passiivinen musiikin kuunteleminen	

Aineistoa abstrahoidessa eli käsitteellistettäessä on tavoitteena muodostaa käsitteistä vastaus tutkimuskysymyksiin. Jokaisessa analyysin vaiheessa palataan aineiston tarkasteluun, jotta aineiston analysointi on edennyt loogisesti ja aineistoa kunnioittaen. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 114–115.)

Sisällönanalyysimenetelmän viimeisessä raportointivaiheessa tulokset raportoidaan muodostettujen pää- yläluokkien mukaan. Raportissa kuvataan analyysin ja luokittelun eteneminen ja raportointivaihetta on hyvä havainnollistaa esim. taulukolla edistämään tulosten luotettavuutta. Raportointivaiheeseen sisältyy myös olennaisena osana pohdintaosio, missä saatuja tutkimustuloksia verrataan aiempiin tutkimustuloksiin. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 116.)

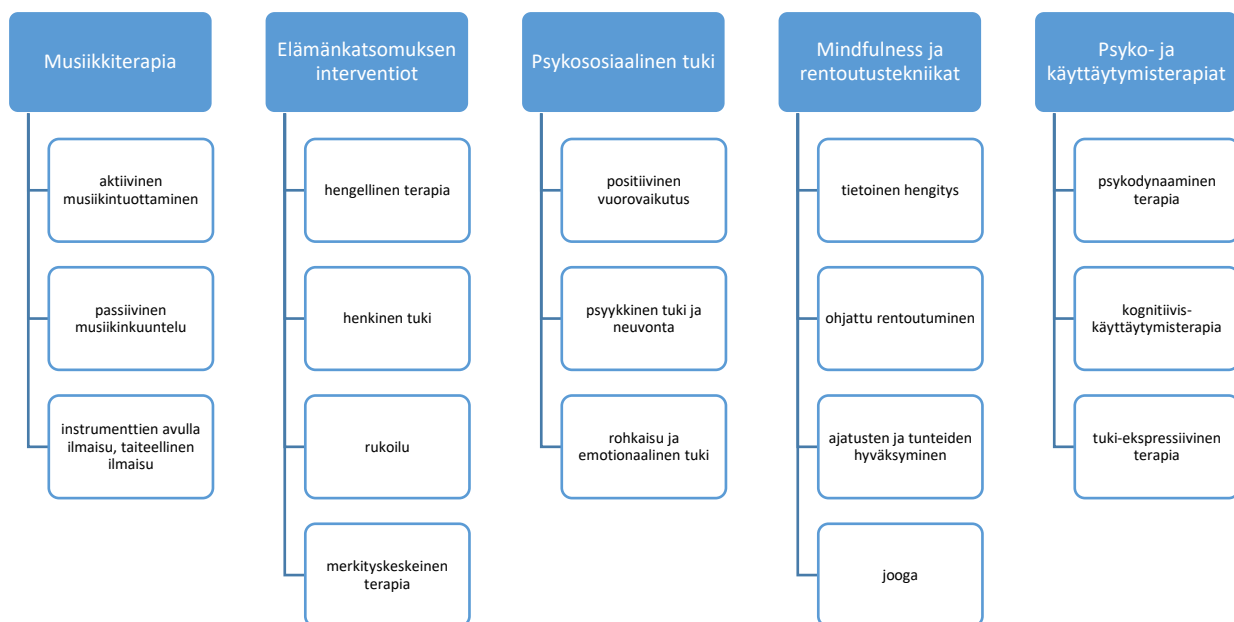
Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset raportoidaan luvussa 7. Tulososion alaotsikot on nimetty analyysivaiheessa muodostettujen yläluokkien mukaan.

8 TULOKSET

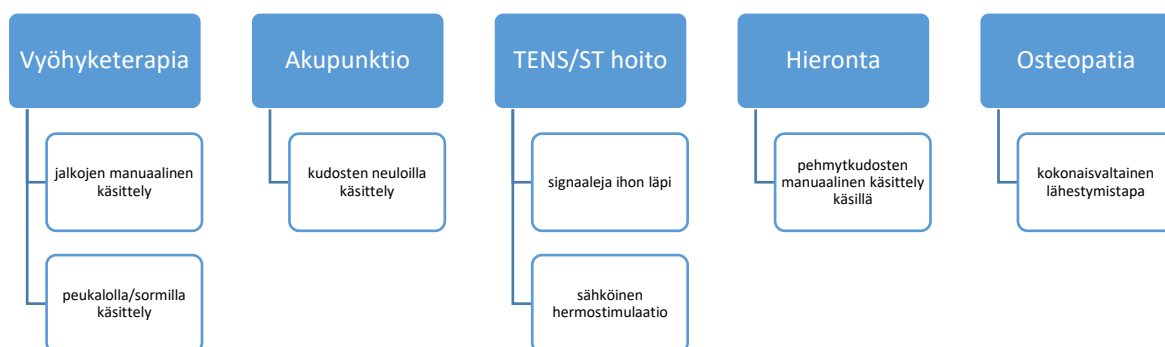
Tulokset on kuvattu siten, että ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Ensin kuvataan palliatiivisessa hoidossa käytettyjä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Menetelmien jaottelun viitekehyksenä on käytetty Engelin biopsykososiaalista mallia, josta on johdettu analyysirungoksi psykososiaaliset menetelmät ja fyysiset menetelmät. Selkeästi suurempi osa tutkimuksista eli 10 tutkimusta, kuvasivat psykososiaalisia menetelmiä, joten niistä saatiin enemmän tutkimustietoa ja näyttöä. Seuraavaksi kuvataan asioita, jotka edistävät lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. Nämä asiat esitellään hoitajan, potilaan ja omaisen näkökulmasta.

8.1 Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät palliatiivisessa hoidossa

Analyysin pohjalta muodostettiin 10 yläluokkaa palliatiivisen hoidon aikana käytetyistä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Alla olevissa kuvissa (kuva 5 ja 6) on koottu analyysin pohjalta nousseet 10 kivunhoidon lääkkeettömää menetelmää vastauksena ensimmäiseen tutkimuskysymyksen.



Kuva 5. Palliatiivisen hoidon aikana käytetyt psykososiaaliset kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät



Kuva 6. Palliatiivisen hoidon aikana käytetyt fyysiset kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät

Psykososiaaliset menetelmät

Schmid ym. (2018) tutkimuksessa nousi esiin musiikkiterapian positiiviset vaikutukset psykofysiologisessa hyvinvoinnissa. Kaikki katsaukseen kootut tutkimukset raportoivat musiikkiterapian eduista ja myönteisistä vaikutuksista palliatiivisessa hoidossa sekä potilaan että terveydenhuollon tarjoajan näkökulmasta. Potilaat liittivät musiikkiterapiaan kivun lievittymisen ohella tunteiden ilmaisun ja rentouttavan ja rauhoittavan vaikutuksen sekä lisääntyneen hyvinvoinnin. Jaettu positiivinen kokemus musiikkiterapiasta näytti helpottavan yhteyttä potilaiden ja perheenjäsenten välillä. Suurimman hyödyn toi musiikkiterapia, johon osallistui perheenjäseniä ja jossa huomioidaan osallistuvien yksilöiden musiikilliset mieltymykset. (Schmid ym. 2018)

Myös Gaon ym. (2018) tutkimuksen mukaan musiikkiterapia oli tehokas keino lievittää kipua ja psyykkisiä oireita parantumattomasti sairailta potilailla. Lisäksi havaittiin positiivisia vaikutuksia ahdistukseen ja masennukseen, mikä parantaa kokonaisuutena potilaiden elämänlaatua. Tutkimustuloksissa havaittiin suurta heterogeenisyyttä ja suurin osa parantumattomasti sairaiden potilaiden musiikkiterapiasta saaduista parannuksista heijastui pääasiassa heidän psykologiseen hyvinvointiinsa. (Gao ym. 2018.)

Samoin Gallagherin ym. (2017) tutkimuksessa palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden perheenjäsenet ilmoittivat musiikkiterapian välittömästä positiivisesta vaikutuksesta potilaaseen ja itseensä. Positiiviset muutokset kivussa, masennuksessa ja ahdistuksessa olivat tilastollisesti merkitseviä. Musiikkiterapialla oli merkittävä vaikutus oireisiin, kuten kipuun, masennukseen ja ahdistuneisuuteen ja siitä oli hyötyä molemmille potilaille ja heidän perheenjäsenilleen. (Gallagher ym. 2017.)

Pitkäniemen ym. (2020) tutkimuksen mukaan musiikki-interventioiden hyödyt syöpäpotilaiden hoidossa liittyivät ensisijaisesti kivun ja ahdistuneisuuden lievitykseen ja musiikkiterapialla näyttäisi olevan erityisesti elämänlaatua parantava vaikutus. Palliatiivisessa hoidossa hyödyt liittyivät positiiviseen

vaikutukseen elämänlaatuun ja henkisen hyvinvointiin sekä kivun ja stressin lieventymiseen. (Pitkäniemi ym. 2020.)

Warth ym. (2020) tutkimuksessa psykososiaalisista interventioista kivun hallinnassa pitkälle edenneillä syöpäpotilailla tutkimusten tuloksissa havaittiin positiivinen vaikutus kivun vähenemisenä ja lisäksi esiintyi myönteisiä vaikutuksia elämänlaatuun ja emotionaaliseen ja eksistentiaaliseen ahdistukseen. Tulokset olivat heterogeenisiä ja tutkimuksen mukaan psykososiaalisten interventioiden tehokkain vaikutus liittyy ensisijaisesti ahdistuksen vähentämiseen kivun kokemuksen lieventämisessä. (Warth ym. 2020.) Toisaalta Ahmed ym. (2020) tutkimuksessa tulosten pohjalta pääteltiin, ettei ole riittävästi todisteita musiikkiterapian tehokkuudesta syöpäkivun hallinnassa.

Shatrin ym. (2019) tutkimuksessa havaittiin hengellisen tuen antamisen merkittävä vaikutus kivun lievittämiseen yhdistettynä lääkehoitoon. Hoitoja yhdistelemällä saatiin tilastollisesti merkittävä tulos. Tutkimuksen mukaan kipua esiintyy enemmän syöpäpotilailla ja vanhuksilla ja kivun asteeseen vaikutti merkittävästi masennus, mutta ei niinkään ahdistuneisuus ja unihäiriöt. Tutkimuksen mukaan kipua lievittää optimaalisesti hoito, johon liitetään psykososiaalinen ja henkinen terapia. (Shatri ym. 2019.)

Rafiin ym. (2020) tutkimuksessa palliatiivisesta kivunhoidosta kotiympäristössä nousivat esiin psykologiset ja rentoutumismenetelmät. Omaishoitajat näkivät nämä menetelmät tehokkaana osana kivunhoitoa ja vähentävän potilaan kipulääkkeiden tarvetta. Tutkimuksessa havaittiin, että kivunlievitysmenetelmien hyödyntämisessä oli hierarkkinen taso. Ei-farmakologiset lähestymistavat kivun lievittämiseen koettiin turvallisina ja kivun lievitys aloitettiin psykologisilla ja emotionaalisilla menetelmillä. Tutkimuksen mukaan psykologinen tuki ja käyttäytymiseen liittyvät interventiot voivat olla erittäin tehokkaita potilaiden kivun lievittämisessä, koska ahdistus, masennus ja toivottomuus voivat lisätä syöpäpotilaiden kipua ja kärsimystä, (Rafii ym. 2020.)

Munkombwen ym. (2020) tutkimus nosti esiin sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen merkittävän vaikutuksen palliatiivisen hoidon ei-farmakologisessa kivunhoidossa. Sairaanhoitajat näkivät sairaanhoitajan ja potilaan välisen suhteen keskeisenä onnistuneen ei-farmakologisen

kivunhallinnan kannalta sekä yksilöllisen tiedon saamiseksi potilaskohtaisista ja tehokkaimmista kivunlievityskeinoista. Rakentamalla ja ylläpitämällä suotuisia terapeutisia vuorovaikutussuhteita potilaiden kanssa sairaanhoitaja voi tunnistaa potilaiden tarpeiden monimuotoisuuden, tukea läheisiä potilaiden hoitoon ja tunnistaa esteiden olemassaolon optimoidakseen kivunhallinnan joko kaiselle yksittäiselle potilaalle. Hoitajan näkökulmasta hoitaja-potilassuhdetta voidaan pitää ei-lääketieteellisenä kivunhallintamenetelmänä. (Munkombwe ym. 2020.)

Myös Hochbergin ym. (2018) tutkimuksessa korostettiin vuorovaikutuksen ja kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen lähestymistavan merkitystä palliatiivisessa hoidossa ja kivunhallinnan onnistumisessa. Avainasemassa on määrittellä yhdessä hoidon tavoitteet ja rakentaa ja toteuttaa ennakoivahoitosuunnitelma. (Hochberg ym. 2018.)

Warthin ym. (2019) tutkimuksessa tarkasteltiin lyhyiden psykososiaalisten interventioiden vaikutuksia palliatiivisilla potilailla. Interventioina olivat koulutetun terapeutin tai sairaanhoitajan tarjoama psykoterapia, elämäkatsauksen interventiot, mielen ja kehon interventiot ja luoviin taiteisiin perustuvat terapiat. Tutkimuksessa nousi esiin lyhyiden psykososiaalisten interventioiden positiiviset vaikutukset elämänlaatuun sekä emotionaaliseen ja eksistentiaaliseen ahdistukseen. Tämä tukee psykososiaalisten interventioiden käyttöä palliatiivisessa hoidossa, koska ne parantavat tehokkaasti elämänlaatua ja vähentävät tunne- ja eksistentiaalista kärsimystä, ja siksi niitä tulisi tarjota potilaille palliatiivisen hoidon aikana. (Warth ym. 2019.)

Myös Warthin ym. (2020) tutkimuksessa tutkittiin palliatiivisen hoidon aikaisten psykososiaalisten interventioiden vaikutuksia kipuun. Mukana olevissa tutkimuksissa eniten käytettyjä menetelmiä olivat rentoutustekniikat, kognitiivinen käyttäytymisterapia, musiikkiterapia, mindfulness- ja muut hyväksyntäpohjaiset interventiot. Tutkimuksessa havaittiin pieni, mutta merkittävä vaikutus kivun voimakkuuteen. Vaikutusten määrät olivat hyvin heterogeeniset tutkimusten välillä, eikä näyttöä löytynyt minkään interventiotyypin paremmuudesta. Vaikka löydökset olivat ristiriitaisia, psykososiaalisia interventioita voidaan

suositella täydentämään kokonaisvaltaista hoitoa kivun lievittämiseksi palliatiivisilla potilailla. (Warth ym. 2020.)

Guanin ym. (2021) tutkimuksessa lyhyen viiden minuutin tietoisien hengityksen vaikutuksesta kipuun palliatiivisen hoidon syöpäpotilailla ei noussut esiin merkittäviä vaikutuksia kivun lievitykseen. Osallistujat ilmoittivat jonkin verran kivun lievittymistä, vaikka se ei yltänyt tilastollisesti merkitsevälle tasolle. Lyhyemmät ei-farmakologiset hoitovaihtoehdot voivat kuitenkin hyödyttää suuresti palliatiivisen hoidon potilaita, koska he kohtaavat haasteita kustannusten, ajan sekä heikon fyysisen, henkisen ja emotionaalisen kyvyn suhteen. (Guan ym. 2021.)

Ahmedin ym. (2020) tutkimuksessa Indian Society for Study of Pain (ISSP) suosituksessa aikuisten syöpäkivun täydentävistä hoidoista nousi esiin psykologisten interventioiden hyöty potilailla, joilla on syöpäkipua ja psyykkistä kärsimystä. Laajimmin käytettynä psykososiaalisena hoitomuotona mainittiin kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT). Suositus korostaa myös psykoedukaation sekä fyysisen ja täydentävän hoidon merkitystä syövän kivun hallinnan lisähoitona. (Ahmed ym. 2020.)

Fyysiset menetelmät

Andersonin ym. (2021) tutkimuksessa tulokset osoittivat jalkavyöhyketerapian vähentävän merkittävästi syöpäpotilaiden kipua jo yhden istunnon jälkeen. Vaikutukset pahoinvointiin eivät olleet tilastollisesti merkittäviä, mutta voivat olla kliinisesti merkittäviä elämänlaadun parantuessa. Integratiiviset hoidot, kuten vyöhyketerapia, osoittavat myönteisiä tuloksia syöpäpotilaiden oireiden hallinnassa. (Anderson ym. 2021.) Myös Ahmed ym. (2020) tutkimuksen mukaan vyöhyketerapian havaittiin vähentävän ahdistusta, mutta näyttö vaikutuksesta kivunlievittämiseen oli rajallinen syöpäpotilaiden keskuudessa (Ahmed ym. 2020).

Komalin ym. (2022) tutkimuksessa Scrambler-terapia (ST) neuromodulatorisen hoidon muotona paransi merkittävästi elämänlaatua potilailla, jotka kärsivät pään ja kaulan sekä rintasyövän aiheuttamasta kohtalaisesta tai vaikeasta kivusta. Tutkimuksen mukaan ST-hoito voi vähentää morfiinin tarvetta ja siten vähentää morfiinin sivuvaikutuksia. ST-hoidon ei-invasiivinen luonne,

helppokäyttöisyys, korkea turvallisuusprofiili ja vähäiset sivuvaikutukset tekevät siitä turvallisen menetelmän syövän kivun hoidossa. Tutkimuksen mukaan lääkkeettömiä hoitomuotoja, kuten ST, on sisällytettävä syövän kivun hallintaan. (Komal ym. 2022.)

Ahmed ym. (2020) tutkimuksen mukaan akupunktio ei ole yksinään tehokas, mutta integroituna lääkehoidon kanssa johti lisääntyneeseen kivun lievitykseen, nopeampaan kivunlievityksen alkamisaikaan ja parempaan elämänlaatuun. Hierontahoidon rooli kivun lievittämisessä ei ollut vakuuttava, mutta sen vaikutuksista nostettiin esiin, että se voi auttaa herättämään hyvän olon tunteen ja siten vähentää stressiä ja ahdistustasoa. (Ahmed ym. 2020.)

Siemensin ym. (2020) tutkimus osoitti transkutaanisen sähköisen hermostimulaatio- hoidon (TNS) tehokkaaksi, turvalliseksi ja hyvin siedetyksi edenneen syövän hoidossa palliatiivisilla kipupotilailla. Tulokset osoittivat, että potilaat kokivat keskimääräisesti kivun vähentymistä, sekä positiivisia vaikutuksia mielialaan, kävelykykyyn ja ihmissuhteisiin. (Siemens ym. 2020.)

Steelin ym. (2018) tutkimuksessa syöpäpotilaat ilmoittivat positiivisia kokemuksia osteopaattisesta hoidosta. Osteopatian edut kuvattiin kokonaisvaltaisena, meditatiivisena ja ei-lääketieteellisenä lähestymistapana. Osallistujat kuvailivat osteopaattisten hoitojen auttavan useisiin syöpään liittyviin oireisiin kuten kipuun, väsymykseen ja unihäiriöihin. Osteopaattisen hoidon tarjoaminen helposti saatavilla olevassa paikassa edullisesti tai ilman kustannuksia tunnistettiin osteopatian käytön jatkamisen mahdollistajina. (Steel ym. 2018.)

8.2 Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät

Seuraavaksi kuvataan lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä edistäviä tekijöitä hoitotyöntekijöiden, potilaan ja omaisten näkökulmasta.

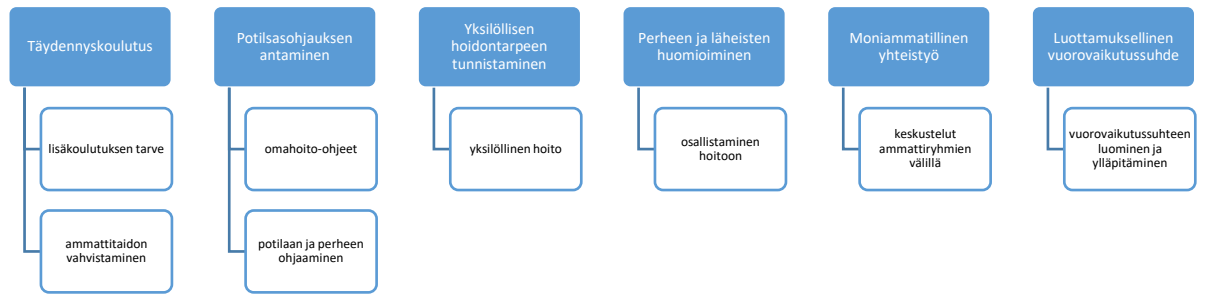
Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Koulutuksen merkitys kivunhoidon ei-farmakologisten menetelmien käyttöä edistävänä tekijänä nousi selkeästi esiin joko täydennyskoulutuksena, opetussuunnitelmaan sisältyvänä tai erikoiskoulutuksena. (Munkombwe ym. 2020; Anderson ym. 2021). Tämä edellyttää riittävää resurssointia henkilöstön ja taloudellisten tekijöiden suhteen. Myös yksinkertaisempien tekniikoiden opettaminen, esim. vyöhyketerapiatekniikat, lisäkoulutuksena vuodeosaston sairaanhoitajille mainittiin. Näitä tekniikoita voi sairaanhoitaja ohjata ja opettaa myös potilaille ja omaisille omahoidon tueksi (Anderson ym. 2021).

Sairaanhoitajat pitävät luottamuksellista sairaanhoitaja-potilassuhdetta keskeisenä ei-farmakologisen kivunhallinnan kannalta palliatiivisessa hoidossa. Hoito tulee yksilöidä kunkin potilaan yksilöllisten kivunhallintatarpeiden mukaan. Haasteellista on hallita kipua potilailla, joilla on uskomuksia, jotka eivät tue kivun hallintaa, jolloin sairaanhoitajat nostivat esiin vuorovaikutustaitojen kehittämisen ja opetuksen tarpeen. (Munkombwe ym. 2020.)

Sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen merkitys kivunhallinnassa nousi esiin keskeisimpänä asiana hoidon onnistumisessa. Hyvää hoitajan ja potilaan välistä suhdetta voidaan pitää jo itsessään ei-farmakologisena kivunhallintamenetelmänä. (Munkombwe ym. 2020.) Moniammatillinen lähestymistapa lievittää tehokkaasti kipua ja muita syöpään liittyviä oireita, mikä liittyy elämänlaadun ja oiretaakan paranemiseen. (Hochberg ym. 2018; Warth ym. 2020)

Alla olevassa kuvassa (kuva 7) on esitelty analyysin pohjalta muodostuneet tulokset kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävästä tekijöistä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta.



Kuva 7. Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät omaisten näkökulmasta

Positiivinen vuorovaikutussuhde nähdään onnistuneen palliatiivisen hoidon pääelementtinä. Potilaan ja omaishoitajan positiivinen vuorovaikutus helpottaa kivun arviointia ja kivunhoitomenetelmän valintaa. Omaishoitajat kokivat lääkkeettömien menetelmien olevan tehokkaita ja vähentävän kipulääkkeiden tarvetta. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät, psykologinen ja emotionaalinen tuki sekä rentoutusmenetelmät, nähtiin turvallisina ja ensisijaisina valintoina kivunhoidossa. (Rafii ym. 2020.)

Tarve tiedon lisäämiselle kivunhallintaprosessista- ja menetelmistä nousi esiin, sekä terveydenhuollon ammattilaisten tuki kivunhallinnan laadun parantamiseksi kotona. Tämä edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten arviointia omaishoitajien tiedoista, taidoista ja kyvystä palliatiivisen hoidon kivunhallinnassa. (Rafii ym. 2020.) Psykososiaalisen terapian hyötynä nousi esiin yhteinen ja voimaannuttava kokemus musiikkiterapiasta; terapialla oli merkittävä vaikutus oireisiin, kuten kipuun, masennukseen ja ahdistukseen sekä potilailla että osallistuneilla perheenjäsenillä. Perheenjäsenten mukaanotto on arvokas voimavara saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon. (Gallagher ym. 2017; Munkombwe ym. 2020.)

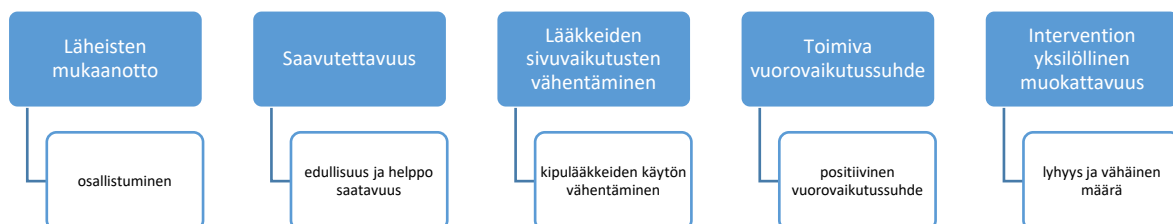
Alla olevassa kuvassa (kuva 8) on esitelty analyysin pohjalta muodostuneet tulokset kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävästä tekijöistä omaisten näkökulmasta.



Kuva 8. Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät omaisten näkökulmasta

Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät potilaan näkökulmasta

Palliatiivisen potilaan näkökulmasta edistäviä tekijöitä mainittiin käytettävän menetelmän edullisuus, turvallisuus, saatavuus sekä yksilöitävyys (Pitkäniemi ym. 2020). Palliatiivisen hoidon interventioiden on mukauduttava erityisiin vaatimuksiin, koska potilaat voivat olla voimavaroiltaan heikkoja ja fyysinen tila saattaa vaihdella nopeasti. Tästä johtuen suositeltavimpia menetelmiä ovat lyhyet interventiot ja rajallinen määrä hoitokertoja. Hyvin lyhyetkin psykososiaaliset interventiot voivat parantaa elämänlaatua ja vähentää emotionaalista ja eksistentiaalista kärsimystä palliatiivisen hoidon aikana. (Warth ym. 2019; Warth ym. 2020.)



Kuva 9. Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät potilaan näkökulmasta.

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö saattaa vähentää kipulääkkeiden käyttöä ja mahdollisia sivuvaikutuksia (Komal ym. 2022). Onnistunut viestintä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on keskeistä ja turvaa potilaiden toiveiden mukaisen hoidon. (Hochberg ym. 2018.) Yllä olevassa kuvassa (kuva 9) on esitelty analyysin pohjalta muodostuneet tulokset kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävästä tekijöistä potilaan näkökulmasta.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelua

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoinnin tulosten perusteella voidaan todeta, että lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on käytössä palliatiivisen hoidon aikana useita erilaisia. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään yhdistettynä lääkkeellisen kivunhoitomenetelmän kanssa. Oleellista on terveydenhuollon ammattilaisen tuki päätöksenteon mahdollistamiseksi ja yksilöllisesti soveltuvan lääkkeettömän kivunhoidon menetelmän valitsemiseksi. Menetelmän valinnassa ja hoidon onnistumisessa korostuvat moniammatillinen yhteistyö ja läheisten tuki. Seuraavaksi tarkastellaan tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia, verrataan saatuja tuloksia aiempaan tämän tutkimuksen

teoreettisessa viitekehyksessä esitettyyn tietoon sekä esitellään niiden yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Kivunhoidon lääkkeettömät menetelmät

Katsauksen aineiston perusteella tutkituimpia ja tästä näkökulmasta käytetyimpiä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä olivat psykososiaaliset menetelmät (Gallagher ym. 2017; Schmid ym.2018; Gao ym.2018; Pitkäniemi ym. 2020; Ahmed ym. 2020; Warth ym. 2019; Warth ym. 2020; Shatri ym. 2019; Rafii ym. 2020; Munkombwe ym. 2020; Hochberg ym. 2018; Guan ym. 2021).

Psykososiaalisten menetelmien käyttö palliatiivisen hoidon aikaisessa kivunhoidossa on linjassa aiempien tutkimusten perusteella kivun biopsykososiaalisen mallin viitekehukseen. Engelin mallin mukaan ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus, ja kivun kokemisessa vaikuttavat dynaamisena jatkumona toisiinsa keho, henkisyys, yhteisöllisyys sekä ympäristö. (Ojala 2022, 25.)

Kivun biopsykososiaalinen malli tarjoaa teoreettisen viitekehksen moniammatillisen näkökulman tarpeelle palliatiivisessa hoidossa. Tämä kokonaisvaltainen malli ottaa huomioon biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden väliset dynaamiset vuorovaikutukset. Biopsykososiaalinen malli kuvaa kivun kokemisen prosesseja ja ohjaa suuntaamaan myös psykologisia ja sosiaalisia interventioita kivun hoitamiseen. (Ojala 2022, 27; Ojala 2020, 89–91.) Tätä tukee myös palliatiivisen hoidon keskeisenä tavoitteena oleva pyrkimys vaalia potilaan ja läheisten elämänlaatua ja lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. (Saarto ym. 2018, Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Psykososiaalisten menetelmien käytössä korostui niiden vaikutus kivun lievittämisen ohella muihin elämänlaatua heikentäviin oireisiin, kuten emotionaaliseen ja eksistentiaaliseen ahdistukseen ja masennukseen (Guan ym. 2021; Warth ym. 2019; Warth ym. 2020; Gao ym. 2018; Gallagher ym. 2017; Schmid ym. 2018; Shatri ym. 2019). Nämä psyykkiset oireet näyttävät liittyvän useasti kivun kokemiseen ja näiden oireiden väheneminen näyttäytyi myös kivun kokemuksen lievittymisenä. Tutkimustulokset olivat osittain heterogeenisiä ja tulokset vaihtelivat, mutta tuloksilla on kliinisesti merkittävä rooli yksittäisen potilaan kohdalla. Tämä on linjassa aiempien tutkimusten kanssa ja merkittävää

palliativisen hoidon aikana, koska oiretaakan vähentäminen kokonaisuudessaan parantaa potilaiden elämänlaatua (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Ranganathan ym. 2014).

Tutkimuksissa nousi esiin lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien mahdollinen vaikutus farmakologisen kivunhoidon tarpeen vähenemisenä ja näin lääkehoidon sivuvaikutusten ja kustannusten vähenemisenä (Komal ym. 2022; Rafii ym. 2020). Palliativisilla potilailla fysiologiset muutokset sekä immunitettiin heikkeneminen lisäävät herkkyyttä monille kipulääkkeille. Lääkehoidon riskit kasvavat monisairailla ja monilääkityillä potilailla ja kivunhoito ja kipulääkeannokset tulisi suunnitella yksilöllisesti, jotta vältettäisiin kipulääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. (Pesonen 2011, Saarto ym. 2018, Rapo-Pylkkö 2022.) Tämä on linjassa aiempaan kirjallisuuteen, jonka mukaisesti lääkkeettömät hoitomuodot, moniammatillinen yhteistyö sekä kivun seuranta ja arviointi parantavat hoidon turvallisuutta ja vähentävät kipulääkkeiden haittavaikutusriskiä (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019, Kalso ym. 2009; Rapo-Pylkkö 2022.)

Merkittävänä tuloksena nousi myös esiin läheisten merkitys kivunhoidossa ja lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien edistäjinä, tukijoina ja osallisina. (Rafii ym. 2020; Munkombwe ym. 2020; Gallagher ym. 2017; Pitkäniemi ym. 2020). Läheiset nähdään merkittävänä voimavarana ja tukena palliativisen potilaan kivunhoidossa sekä kivun arvioinnissa ja seurannassa. Läheisten osallistuminen musiikkiterapiaan vaikutti positiivisesti myös omaisten elämänlaatuun. (Gallagher ym. 2017.) Pitkäniemen ym. (2020) mukaan jaettu positiivinen kokemus musiikkiterapiasta näytti edistävän yhteyttä potilaiden ja perheenjäsenten välillä. Tämä on linjassa palliativisen hoidon tavoitteen kanssa pyrkimyksenä tukea myös läheisten elämänlaatua. Palliativisen hoidon suositusten mukaan läheisten elämänlaatu tulee huomioida potilaan ohella ja lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä (Saarto ym. 2018, 8; Palliativinen ja saattohoito 2019.)

Tuloksissa nousi esiin lyhyiden psykososiaalisten interventioiden myönteiset vaikutukset kivunhallintaan ja elämänlaadun tukemiseen ja siksi niitä tulisi tarjota parantumattomasti sairaille potilaille palliativisessa hoidossa. (Warth ym.

2019, Warth ym. 2020; Ahmed ym. 2020; Shatri ym. 2019). Tutkimuksissa todettiin, että psykososiaalisilla interventioilla voi olla myönteinen vaikutus pitkälle edenneiden syöpäpotilaiden kivun vaikeusasteeseen sekä muihin yleisiin oireisiin, kuten masennukseen ja ahdistukseen. Löydökset olivat osittain ristiriitaisia, mutta yksilöiden kannalta merkittäviä. Näyttö tukee psykososiaalisten interventioiden käyttöä palliatiivisessa hoidossa, koska ne parantavat selvästi elämänlaatua ja vähentävät tunne- ja eksistentiaalista kärsimystä. Tämä on linjassa aiempiin tutkimuksiin psykologisten, sosiaalisten ja henkisten tarpeiden huomioimisen tärkeydestä, jotka liittyvät kuolemaan johtavaan sairauteen. Psykososiaalisen ja henkisen tuen tarve on hyvin yleinen terminaalista sairautta sairastavilla potilailla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Haho 2017; Saarto ym. 2018). Siksi psykososiaalisia menetelmiä, jotka soveltuvat erityisesti palliatiiviseen hoitoon tulee tarjota ja kehittää.

Lyhyiden interventioiden merkitys korostuu elämän loppuvaiheen hoidossa ja pienetkin vaikutukset voivat hyvinkin olla merkittäviä elämänlaadun, henkisen ja eksistentiaalisen ahdistuksen suhteen. Palliatiivisen hoidon erityispiirteenä interventioiden on mukauduttava erityisiin vaatimuksiin, joihin voi sisältyä fyysinen heikkous ja nopeasti muuttuva vointi ja rajoitettu määrä aikaa työskennellä potilaan kanssa. Tutkimusten mukaan interventioiden välillä ei näyttäytynyt eroa menetelmän tehokkuuden suhteen. (Warth ym. 2019; Warth ym. 2020.) Tämä on oleellinen tieto palliatiivisessa hoidossa, koska tehokas kivunhallinta on yksi merkittävä tekijä elämänlaadun tukemisessa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Palliatiivisessa hoidossa on olennaista arvioida moniammatillisesti erilaisia kivun hoitovaihtoehtoja biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Biopsykososiaalisen integraation näkökulmasta biopsykososiaalista näkökulmaa sisältävä hoito pystyy vähentämään kipua merkittävästi ja psykososiaaliset interventiot voivat myös ehkäistä parantumattoman sairauden ja sen hoidon sosiaalisesti heikentäviä vaikutuksia. Palliatiivisessa hoidossa sairaanhoitajan rooli ammattilaisena on arvioida yksilöllisesti potilaiden kivunhoitomenetelmien tarvetta ja käyttöä sekä auttaa, tukea ja ohjata menetelmien vallinnassa sekä tunnistaa ja poistaa kivunhoidon esteitä.

Palliativisessa hoidossa käytettyjä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on paljon ja niiden vaikutusmekanismit- ja kohteet eroavat toisistaan. Menetelmien vasteet miten ne vaikuttavat kipuun ja elämänlaatuun kokonaisuutena ovat hyvin yksilöllisiä. Menetelmien sopivuus riippuu monesta tekijästä ja yksilön tarpeet ja toiveet tulee huomioida hoitoja suunnitellessa. Tämä on linjassa myös aiempaan tutkimusnäyttöön perustuvien lääkkeettömien hoitomuotojen suhteen, joita ovat mm. sähköstimulaatiohoidot, TNS, kognitiivis-behavioraalinen terapia, mindfulness, liikunta, jooga, akupunktio, musiikki, kylmä- ja lämpöhoito, kivunhallintaryhmät ja vertaistukiryhmät, fysikaaliset hoidot, psykososiaalinen tuki, rentoutus sekä asento- ja liikehoidot. (Haanpää 2020; Kipu 2017; Miranda ym. 2018; Palliativinen ja saattohoito 2019; Valvira 2023.) Tuloksissa näkyy samankaltaisuutta ja ne ovat linjassa aiempiin tutkimuksiin nähden.

Kipu on yksi tärkeimmistä kliinisistä oireista palliativisessa hoidossa. Kipu on subjektiivista, monimuotoista, ja se voi ilmetä hyvin eri tavalla yksilöittäin riippuen heidän fyysisestä ja psykologisesta tilastaan. Kipu tunnustetaan yhä enemmän yhdeksi merkittävimmistä hyvinvoinnin haasteista, joka vaikuttaa merkittävästi yksilön elämänlaatuun. Kivun pääasiallinen vaikutus liittyy elämänlaatuun ja useat tutkimukset ovat osoittaneet, että lisääntynyt kipu liittyy elämänlaadun heikkenemiseen kaikissa elämän alueilla. Elämänlaatua voidaan pitää myös kivunhallinnan onnistumisen mittarina. Tämä on sopusoinnussa kokonaiskivun käsitteen kanssa, joka sisältää huomion kivun sosiaaliin, psykologisiin ja henkisiin näkökohtiin fyysisen kivun lisäksi ja kaikkien näiden näkökohtien vaikutuksen elämänlaatuun. (Ojala 2022, 52–54; Luomajoki 2020, 90–92; Saarto ym. 2018, 8–10,22) Kivunhoidon menetelmien vaikutus näkyy kivun lievittymisen ohella yksilöllisesti myös muiden oireiden hallinnan paranemisella, mikä vaikuttaa kokonaisvaltaisesti elämänlaatuun. Kivun ja elämänlaadun näkökulmien yhdistäminen lisää kokonaisvaltaista ymmärrystä ja hoidon laadun paranemista loppuelämän hoidossa.

Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävät tekijät

Kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien käyttöä edistävinä tekijöinä nousi esiin vuorovaikutuksen merkitys (Munkombwe ym. 2020; Hochberg ym. 2018). Myös Rafiin ym. (2020) tutkimuksessa korostui potilaan ja omaishoitajien välinen positiivinen vuorovaikutus hoidon onnistumisen perusedellytyksenä. Vuorovaikutussuhteen tärkeys todetaan myös Hochberg ym. (2018) tutkimuksessa, jossa korostetaan palliatiivisen hoidon pääpainon olevan toimiva vuorovaikutus potilaan ja hänen perheensä kanssa ja onnistunut viestintä varmistaa annetun hoidon olevan potilaiden toiveiden mukaista. Toimiva vuorovaikutussuhde voidaan nähdä itsessään yhtenä lääkkeettömänä kivunhoidon menetelmänä (Munkombwe ym. 2020). Tämä todetaan myös aiemmissa tutkimuksissa ja sen toteutumista tukee myös ennakoivan hoitosuunnitelman toteuttaminen ja laaja-alainen käyttö palliatiivisessa hoidossa. Toimiva ja dialoginen vuorovaikutus luo perustan määrittellä hoidon tavoitteet ja rakentaa ennakoiva hoitosuunnitelma hoitolinjan mukaisesti. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Brinkman-Stoppelenburg ym. 2014; Detering ym. 2010; Ranganathan ym. 2014; Smith ym. 2012.)

Toimiva vuorovaikutussuhde on merkityksellinen hoidon suunnittelussa yhdessä potilaan ja omaisen kanssa ja keskeistä on palliatiivisen hoidon osa-alueiden kokonaisvaltainen huomioiminen sekä erityisesti potilaan ja omaisten toiveiden ja tarpeiden kuuleminen, dialoginen keskustelu. (Saarto ym. 2018, 9–11.) Palliatiivisessa hoidossa sairaanhoitajat ovat tärkeässä roolissa hoitotyön ammattilaisin, jotka tunnistavat, arvioivat ja suunnittelevat potilaiden kivunhoitoa. On tärkeää myös tutkia sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä palliatiivisen hoidon potilaiden kivunhoidosta, sillä se lisää tietämystä kroonisen kivun hallinnassa palliatiivisessa hoidossa.

Tutkimusten mukaan läheiset nähtiin erittäin tärkeänä tukevana tekijänä ja yhteistyökumppanina (Munkombwe ym. 2020; Gallagher ym. 2017). Läheisten merkitys palliatiivisessa hoidossa on korostunut ja hoidon tavoitteena on suositusten mukaan huomioida myös läheisten elämänlaatua ja lievittää kokonaisvaltaisesti kärsimystä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Tätä havaintoa tukevat myös muut tutkimukset, joissa korostetaan potilaan ja läheisten

elämänlaatua, oireiden hallintaa ja vuorovaikutusta palliatiivisessa hoidossa. (Ranganathan ym. 2014; Saarto ym. 2018, 9–11.)

Potilaiden yksilölliset tarpeet ja tilanteet tulee ottaa huomioon kivunhoidon menetelmiä suunniteltaessa ja suunnattavat menetelmät yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti (Munkombwe ym. 2020). Tämä on linjassa kansallisen ja kansainvälisten suositusten sekä mukaan. Jokainen potilas on ainutlaatuinen yksilöllisen perhetilanteen, taloudellisen tilanteen ja sairauden hyväksymisen suhteen. Palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat ovat taudin etenemisen eri vaiheissa palliatiivisen hoidon aikana ja omaavat erilaiset kivunhallintatarpeet. Kivunhallinnan menetelmät tulee yksilöllisesti vastata potilaiden erityistarpeita. Tämä seikka korostaa, kuinka tärkeää on, että sairaanhoitajalla on riittävät tiedot ja taidot kivunhoidon yksilöllistämiseen. Sairaanhoitajien kivunhallintaa koskevan asiantuntijakoulutuksen puutteen tiedetään olevan este tehokkaalle kivunhoidolle. Myös ennakoivan hoitosuunnitelman mukaan hoito tulee yksilöidä ja suunnitella asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019, Saarto ym. 2018, Ranganathan ym. 2014.) Tutkimusten mukaan farmakologisten ja ei-farmakologisten kivunhallintamenetelmien integroiminen tarjoaa potilaille suurimman kivunhallintahyödyn (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Koulutuksen ja täydennyskoulutuksen merkitys nousi esiin myös useassa tutkimuksessa. (Munkombwe ym. 2020; Hochberg ym. 2018; Andersson ym. 2021). On tärkeää selvittää potilaan kivunhallintatarpeet ja valita kullekin yksittäiselle potilaalle parhaiten sopivan yhdistelmä. Jotta tämä olisi mahdollista, sairaanhoitajat tarvitsevat erikoiskoulutusta sekä palliatiivisen hoidon että erityispotilasryhmien hoidossa. Palliatiivisen hoidon ja oirehoidon osaaminen on onnistuneen ja laadukkaan palliatiivisen ja kivunhoidon edellytys ja osaaminen tulee turvata koulutuksen avulla. Tämä on linjassa tutkimusten ja kansallisten suositusten ja laatukäsikirjan kanssa. (Finne-Soveri 2022, 54; Saarto ym. 2019b, 180–181; Saarto ym. 2022, 32.)

Tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että palliatiivisen hoidon aikaiseen kivunhallintaan tarvitaan monialaisia interventioita ja hoito tulee suunnitella ja toteuttaa moniammatillisesti. Tämä on sopusoinnussa nykyisen

potilaskeskeisen käsityksen kanssa, jossa hoidon tulee olla yksilöllistä ja osallistavaa ja ottaa potilas ja läheiset mukaan hoidon suunnitteluun (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Tutkimusten mukaan palliativisen hoidon yhdistäminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa parantumattomasti sairaan potilaan sairauskeskeiseen hoitoon johtaa parempaan elämänlaatuun ja oireiden hallintaan sekä potilastyytyväisyyteen ja kustannustehokkuuteen. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Smith, ym. 2012)

9.2 Tulosten merkitys ja hyödynnettävyys

Tutkimuksessa esiteltiin aikuisten ja iäkkäiden palliativisen hoidon aikana käytettyjä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Tuloksissa ei tullut esille, että mikään lääkkeetön kivunhoitomenetelmä olisi muita parempi, mutta tulokset toivat näyttöä palliativisen hoidon aikana käytetyistä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä ja toivat esiin menetelmien positiivisia vaikutuksia kivunhallintaan ja elämänlaadun paranemiseen. Tulosten perusteella näyttäytyi hyöty yksilölle kivun lievittymisenä ja positiivinen vaikutus elämänlaatuun yksilöllisesti valitusta ja lääkkeelliseen kivunhoitoon integroidusta kivunhoidon lääkkeettömästä menetelmästä. Tutkimusten mukaan psykososiaalisten menetelmien etuna nähdään niiden positiivinen vaikutus elämänlaatuun kokonaisuutena positiivisena vaikutuksena kivun lievittymisen lisäksi myös muihin oireisiin kuten masennuksen ja ahdistuneisuuden lievittymisenä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että palliativisen hoidon piirissä olevilla potilailla on yksilöllisiä tarpeita ja toiveita sekä yksilöllinen elämäntilanne ja sairauden etenemisen vaihe, mikä pitää huomioida ja tukea päätöksentekoa kivunhoitomenetelmän valinnan suhteen. Hoitohenkilökunnalla tulee olla osaaminen ja valmiudet eri menetelmistä ja valmiudet arvioida potilaan kipua ja valita sopivat kivunhoitomenetelmät sekä tukea ja sitouttaa potilas hoitoon.

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä tulee tarjota ja tukea päätöksentekoa menetelmien valinnassa lääkkeellisen kivunhoidon lisänä (Ahmed ym. 2020; Munkombwe ym. 2020; Warth ym. 2019; Warth ym. 2020; Hochberg ym. 2018). Tämän perusta on moniammatillinen näkökulma kivunhoitoon (Hochberg ym. 2018; Steel ym. 2018). Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät tukevat ja edistävät merkittävästi palliativisen potilaan ja läheisten elämänlaatua

(Ahmed ym. 2018; Warth ym. 2019; Warth ym. 2020; Gallagher ym. 2017). Tuloksissa korostettiin hoitajan vuorovaikutusosaamista, ammattitaitoa ja koulutusta (Hochberg ym. 2028; Munkowmbwe ym. 2020). Hoitajakontakti koettiin tärkeäksi (Munkombwe ym. 2020; Hochberg ym. 2018; Steel ym. 2018).

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää palliatiivisen hoidon aikaisen lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä kehitettäessä. Jatkossa tulisi hyödyntää ja kehittää lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttöä, ohjausta, arviointia ja seuranta palliatiivisen hoidon aikana. Tämä edellyttää koulutuksen ja resurssien lisäämistä. Koulutetun henkilökunnan valmiuksia tukea potilaan päätöksentekoa menetelmän valinnan suhteen tulee lisätä, jolloin heillä on osaamista ohjata potilaista lääkkeettömän kivunhoidon menetelmien käyttöön. Moniammatillisen yhteistyön käyttöä tulee lisätä ja vahvistaa kautta linjan.

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö integroituna farmakologisen hoidon kanssa on linjassa Käypä hoito- suosituksen kanssa. Palliatiivisen hoidon viitekehyksessä pääpaino on elämänlaadun tukemisessa ja vaalimisessa niin potilaan kuin läheisten osalta. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyöty näyttäytyy tutkimusten mukaan kivun lieventymisen lisäksi positiivisina vaikutuksina kokonaisvaltaisesti elämänlaadun kohenemisena.

Toimeksiantajalle suunnatun kehittämissuosituksen perustana on tutkimustuloksista noussut tieto koulutuksen merkityksestä onnistuneen kivunhallinnan perustana ja lääkkeettömien menetelmien käytön edistämiseksi (Andersson ym. 2021; Munkombwe ym. 2020; Hochberg ym. 2018). Myös toimiva vuorovaikutussuhde ja moniammatillinen yhteistyö näyttäytyi merkittävänä seikkana edistämään kivunhallintaa ja lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käyttöä (Munkombwe ym. 2020; Rafii ym. 2020; Hochberg ym. 2018).

Kehittämissuosituksena toimeksiantajalle nousi esiin palliatiivisen hoidon opetukseen sisältyvän tutkitun tiedon merkitys lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä osana palliatiivista oirehoitoa ja kivunhoitoa. Palliatiivisen hoidon erikoiskoulutuksessa osallistujina ovat jo peruskoulutuksen omaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt, joiden ammattitaitoa ja kokemusta kannattaa hyödyntää opetuksen ja sen sisällön kehittämisessä. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja verkostoitumisen edistäminen on tärkeää, ja sitä tulisi korostaa

koulutuksessa. Myös eettistä osaamista ja itsereflektointia sekä valmiuksia eettisten haasteiden käsittelyyn tulee edistää. Tutkitun tiedon implementointi käytäntöön pohjautuu vankkaan ja ajantasaiseen tutkittuun tietoon, jonka pohjalta on hyvä jalkauttaa tietoa käytäntöön. Ammattitaitoa ja kokemusta tulee hyödyntää jo koulutuksen aikana yhteisöllisesti oppimalla ja moniammatillista vertaisoppimista hyödyntämällä.

Opetuksellisesti digiajan mahdollisuuksia voisi hyödyntää myös kivunhoidon lääkkeettömien menetelmien digisivustojen muodossa yhtenä kustannustehokkaana vaihtoehtona potilaan hoidossa, esim. ohjausmateriaalin tuottaminen digialustoille. Digialustojen kehittämistä potilaan tarpeista lähtien tulee hyödyntää ja palliatiivisen hoidon aikana potilaat hyötyisivät helposti saavutettavissa olevista vaihtoehdoista. Hoitajien koulutusta digialustojen- ja sovelluksiin liittyen tulee myös kehittää ja samoin perheiden ohjausta niiden käyttöön ottamisessa. On tärkeää kehittää erilaisten etäjärjestelmien käyttöä yksilöllisesti perheiden tarpeista lähtien. Tämä tulee huomioida koulutuksessa tuemalla valmiuksia kehittää helposti saavutettavia palveluja ja menetelmiä. Tämä on tärkeää erityisesti matalan kynnyksen palveluiden saatavuuden edistämisen näkökulmasta, koska palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden voimavarat voivat olla heikot tai epävakaat ja helposti saatavia menetelmiä tulisi olla tarjolla ja saavutettavissa.

Työelämän tulee myös tukea sairaanhoitajien osallistumista oman erikoisalansa koulutuksiin sekä erikoistumisopintoihin. Myös työnohjaus ja perehdytys on tärkeää kliinisessä työssä osaamisen varmistamisessa. Sairaanhoitajat omaavat työkokemuksen ja lisäkoulutuksen myötä hyvät valmiudet itsenäiseen työskentelyyn esim. hoitajavastaanoitoilla tai konsultoivina tiimeinä tuemaan ja edistämään kivunhoitoa palliatiivisessa hoidossa. Kehittämisessä voidaan hyödyntää tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama Tutkimuseettinen neuvottelukunnan (TENK) ensimmäisen kansallisen ohjeistus hyvästä tieteellisestä käytännöstä julkaistiin vuonna 1994 ja päivitetty ohje 2023. Ohjeella pyritään edistämään hyvää tieteellistä käytäntöä ja ehkäisemään siihen kohdistuvia

loukkauksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023,7.) Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita ovat eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuullisuus. Hyvä tieteellinen käytäntö koostuu sisäistetyistä menettelytavoista, joilla taataan hyvän tieteellisen käytännön toteutuminen koko tieteellisen prosessin ajan. (Eriksson ym. 2012, 29–30; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 11; Vilkkä 2021b.)

Kirjallisuuskatsauksen eettiset lähtökohdat perustuvat tieteellisessä tutkimuksessa yleisesti noudatettavaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisiin periaatteisiin. Tämä tarkoittaa tutkijan noudattavan yhteisesti sovittuja käytäntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, toimeksiantajaan, rahoittajaan ja koko yhteisöön. Katsaukseen tulee valita tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät, jotka perustuvat asianmukaisiin tietolähteisiin ja huolelliseen ja läpinäkyvään analyysiin. Katsauksen teksti tulee olla tarkkaa ja siinä tulee näkyä tutkijan menetelmäosaaminen. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 117.)

Kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan toisten tutkijoiden tekemiä tutkimuksia ja siinä tulee olla kunnioittava, rehellinen ja rakentava suhteessa muiden tutkimuksiin. Tärkeää on pitää koko prosessin ajan mielessä laadunarviointi, läpinäkyvyys ja pyrkimys tiedon hyödynnettävyyteen. Prosessinaikaiset pulmat tulee tuoda esiin ja avata raportoinnissa. (Vilkkä 2023.)

Tieteellisen työn tekemisessä huomioidaan avoin ja läpinäkyvä suunnittelu, toteutus ja dokumentointi. Suunnittelussa huolehditaan tieteelliseen toimintaan mahdollisesti tarvittavista luvista, suostumuksista ennen tutkimusaineiston keruun aloittamista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 11.) Tieteellinen toiminta tulee toteuttaa oman tieteenalan sääntöjen ja ohjeistusten mukaisesti, johon liittyy oleellisesti eettisen ajattelun sisäistäminen. Oleellista on noudattaa voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä sekä salassapittoa, luottamuksellisuuteen ja vaitiolovelvollisuuteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023,14–15). Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijan vilpitöntä ja rehellistä toimintaa ja arvostusta toisia tutkijoita kohtaan. Tutkijoiden tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. (Hirsijärvi ym. 2009, 24; Vilkkä 2021b.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti noudattamalla huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Asianmukaiset toimintatavat huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan niin lähdeviitteiden merkitsemisessä, raportoinnissa sekä aineiston käsittelyssä. Tutkimusetiikka tulee huomioida luotettavassa tutkimuksessa ja tätä lisää ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä koskeviin eettisiin ohjeisiin perehtyminen. (Arene 2019, 9,11.) Tärkein tutkimusta ohjaava tekijä on ajantasainen lainsäädäntö, sillä tutkimuksen eettisyys pohjautuu lainsäädäntöön (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 5; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 7–8).

Koska tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu. Opinnäytetyötä varten laadittiin opinnäytetyösopimus, jonka allekirjoittivat yhteistyötahon edustaja ja ohjaava opettaja sekä opiskelija tutkija. Opinnäytetyösopimuksessa määritellään osapuolien vastuut, asemat, velvollisuudet ja oikeudet. Tämän opinnäytetyön tekemiseen ei liity rahoitusta eikä tekijään liity muitakaan sidonnaisuuksia. Tiedonhaku ja tutkimusmenetelmä olivat sopimuksen mukaisia. Tutkimuksen etiikalle luovat perustan laadukas tutkimussuunnitelma ja oikea tutkimusasetelma. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 6–7; Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 5.)

Opinnäytetyön tekemisessä pyrittiin noudattamaan prosessin kaikissa vaiheissa tarkkuutta ja huolellisuutta. Tutkimusprosessi avattiin mahdollisimman tarkasti, jotta lukija pystyy ymmärtämään tutkimuksen etenemisen vaiheet. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijalta muiden tutkijoiden ja tutkimustulosten kunnioittamista ja arvostamista. Tutkijan tulee noudattaa huolellisuutta ja avoimuutta sekä tiedon esittämisessä että tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 5; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 7–8; Vilka 2020,71; 2023, 99.)

Tutkimuksen luotettavuuskriteereinä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, luotettavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus näkyy tulosten kuvaamisena totuusarvon mukaisesti, jolloin lukija saa käsityksen tutkimuksen vahvuuksista ja rajoituksista sekä analyysin vaiheista. Vahvistettavuus näkyy tutkimusprosessin selkeänä kirjaamisena, jotta prosessin etenemistä voi seurata ulkopuolinenkin. Tulosten siirrettävyyttä tulee voida arvioida, jolloin tutkimukseen liittyvistä

tekijöistä tulee olla riittävästi tietoa. Luotettavuus näkyy koko tutkimusprosessissa ja tutkijan tulee ymmärtää oman asemansa ja taustansa tutkijana ja miten se vaikuttaa tutkimustuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 6; Vilkkä 2015, 193, 196–197.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuus on huomioitu tutkimuksen selkeällä raportoinnilla ja tulosten tarkalla kuvauksella. Vahvistettavuus on pyritty huomioimaan kuvaamalla koko opinnäytetyön tutkimusprosessi mahdollisimman johdonmukaisesti. Vahvistettavuutta saattaa heikentää tutkimuksen tekijän vasta kehitymässä olevat taidot tutkimusprosessin toteuttamisessa, koska aiempaa kokemusta ei ole. Tutkimuksen luotettavuutta tulee aina arvioida, ennen kuin tutkimusta ja siitä saatua tietoa voidaan hyödyntää (Vilkkä 2015, 196–198.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tutkimusprosessin eri vaiheita arvioimalla, koska siihen vaikuttavat tutkijan tekemät valinnat ja ratkaisut. Tällöin luotettavuuden arvioinnissa huomioidaan erityisesti tutkimuksen tarkoitus, tutkimusasetelma ja tutkimusmetodin soveltuvuus, analyysin toteutus, tulkinta ja etiikka. Tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla, sillä laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä voidaan pitää itse tutkijaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 6, Vilkkä 2015, 196–197.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi aineistoon perehtymiseen ja tiedonhakuun käytetty määrällisesti suuri aika. Tutkimuksen tekemiseen käytetty aika, tutkijan sitoumukset, aineiston keruu, tutkimuksen analysointi ja luotettavuuden arviointi sekä tutkimuksen esittäminen vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 6.)

Luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin tiedonhakuvaiheessa apuna informaation osaamista. Luotettavuutta lisää myös tutkimusprosessi tarkka kuvaaminen ja raportointi (Vilkkä 2015, 197). Aineiston analysointiin käytettiin suomennettua Joanna Briggs instituutin arviointikriteeristöä, mikä myös lisää tutkimustulosten luotettavuutta (Danielsson-Ojala 2015, 120–121). Tutkimustulokset on raportoitu mahdollisimman tarkasti ja niitä on arvioitu ja vertailtu aiempiin tutkimustuloksiin. Tutkimustuloksia pitää arvioida, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia (Kangasniemi & Pölkki 2015, 92–94).

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää tutkijan yksin työskentely. Erityisesti tiedonhakuvaiheessa ja katsausartikkeleiden valintaprosessissa sekä analysointivaiheessa toisen tutkijan kanssa keskustelu ja asioiden prosessointi olisi parantanut opinnäytetyön luotettavuutta. (Vilkkä 2023, 104). Yksin tehtävään opinnäytetyöhön ja omaan tekstiin saattaa helposti sokaistua, jolloin se saattaa heikentää luotettavuutta (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 113–114). JBI-arviointikriteeristön käytöstä ei tutkijalla myöskään ollut aiempaa kokemusta, mikä saattaa heikentää arvioinnin luotettavuutta. Englanninkielisten julkaisujen suomentamisessa käytettiin apuna käännöstyökaluja, mutta käännösvaiheessa saattaa niistä huolimatta tulla virheitä. Luotettavuuden haasteita toi myös puuttuva aiempi kokemus kirjallisuuskatsauksen tekemisessä.

Aineiston kattavuudella tarkoitetaan aineiston määrän olevan riittävä suhteessa analyysin pohjalta esitettyihin tulkintoihin. Otoksoon suuruus korreloi tulosten luotettavuuteen ja suuremmat otoskoot lisäävät tulosten luotettavuutta. (Vilkkä 2021, 187; Vilkkä 2023.) Luotettavuutta lisäsi kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten suuret otoskoot neljässä kirjallisuuskatsauksessa. Valittujen tutkimusten otoskoot vaihtelivat kokonaisuudessaan laadullisen tutkimuksen $n=15$ systemaattisen kirjallisuuskatsauksen $n=969$.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta 16 julkaisua. Julkaisujen määrään vaikutti myös maksullisuus poissulkukriteerinä ja se rajasi etenkin uudempia julkaisuja ulkopuolelle. Tällä voi olla vaikutusta opinnäytetyön luotettavuuteen. Opinnäytetyön tutkimusaineiston saturaatio toteutui osittain, sillä musiikkiterapiaa ja psykososiaalisia terapioiden käsitteleviä tutkimustuloksia oli useampia. Aineiston riittävyttä voidaan arvioida saturaatiolla eli kylläntymispisteellä. Kun pienikin aineisto alkaa toistamaan itseään, eikä tuo enää tutkimusongelman kannalta enää uutta tietoa, siitä voidaan tehdä laajempia kuin vain kyseiseen aineistoon liittyviä päätelmiä (Vilkkä 2015, 152–153).

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyön tutkimustuloksista nousi esiin johtopäätöksiä seuraavanlaisia päätelmiä:

1. Lääkkeetön kivunhoidon menetelmä tulee valita moniammatillisesti potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan.
2. Erityisesti psykososiaalisten menetelmien etuna näyttäytyy kivun lievittymisen ohella positiivinen vaikutus elämänlaatuun ja kokonaiskärsimyksen lievittymiseen.
3. Myös lyhyiden psykososiaalisten interventioiden käyttö tuo positiivisia vaikutuksia kivun lievittymisenä ja elämänlaadun paranemisena ja niitä voidaan suositella palliativisen hoidon aikana.
4. Toimiva vuorovaikutussuhde ja moniammatillinen yhteistyö näyttäytyi merkittävänä seikkana edistämään kivunhallintaa ja lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käyttöä.

Jatkotutkimusehdotuksina esitetään seuraavaa:

1. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen kivunhallinnassa ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytön edistämiseksi.
2. Miten lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö vaikuttaa kipulääkkeiden käyttöön ja elämänlaatuun?
3. Millaiset lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat käytössä lasten palliativisen hoidon aikana?
4. Mitä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään iäkkäiden saattohoidossa?
5. Sairaanhoidajan tehtävänkuvan kehittäminen lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käytön edistämiseksi palliativisessa hoidossa.

LÄHTEET

Ahmed, A., Thota, R., Bhatnagar, S., Jain, P., Ramanjulu, R., Salins, N., Chatterjee, A. & Bhattacharya, D. 2020. Indian society for study of pain, cancer pain special interest group guidelines on complementary therapies for cancer pain. *Indian journal of palliative care republication* 26, 198–202. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7444574/#:~:text=doi%3A%C2%A010.4103/0973%2D1075.285695> [viitattu 10.6.2023].

Anderson, K., Downey, M. 2021. Foot Reflexology: An Intervention for Pain and Nausea Among Inpatients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs* 25, 539–545. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9246290/> [viitattu 10.6.2023].

Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulun rehtorineuvosto Arene ry. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578 [viitattu 19.7.2023].

Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens J., Van der Heide, A. 2014. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 28, 1000–25. Saatavissa: <https://doi.org/10.1177/0269216314526272> [viitattu 2.6.2023].

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi kahden kipumittarin vertailu. *Lääkärilehti* 26, 2547–2553. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/#:~:text=RAI-LTC-mittarissa%20kirjataan%20kivun%20tiheys%2C%20voimakkuus%20ja%20sijainti%20viimeksi,kipu%2C%20voimakkuus%20ja%20sijainti%20viimeksi,kipul%2C%20voimakkuus%20ja%20sijainti%20viimeksi,kipu%20arvioidaan%20RAI-AC-mittarilla%20erikseen%20omana%20kokonaisuutenaan.> [viitattu 10.5.2023].

Danielsson-Ojala, R. 2015. Joanna Briggs institut katsaus. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. (toim.) Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Detering, K-M., Hancock, A-D. & Reade, M-C. 2010. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 340, 1345. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844949/#:~:text=.%20doi%3A%C2%A010.1136/bmj.c1345> [viitattu 2.6.2023].

Duodecim. 2018. Hyvä palliatiivinen hoito lievittää kärsimystä ja vaalii elämänlaatua. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/2018/01/12/hyva-palliatiivinen-hoito-lievittaa-karsimysta-ja-vaalii-elamanlaatua/> [viitattu 19.4.2023].

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åsted-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. 4.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Euroopan ihmisoikeussopimus 20.5.1999/63.

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. 2022. Laatuksikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. THL. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/144066#:~:text=https%3A//urn.fi/URN%3AISBN%3A978%2D952%2D343%2D834%2D7> [viitattu 9.5.2023].

Forsius, P., Hammar, T., Finne-Soveri, H. & Alastalo, H. 2021. Elämän loppuvaiheen hoidon osaaminen kaipaa vahvistusta iäkkäiden palveluissa. THL. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/143514#:~:text=https%3A//urn.fi/URN%3AISBN%3A978%2D952%2D343%2D795%2D1> [viitattu 4.5.2023].

Gallagher, L., Lagman, R., Bates, D., Edsall, M., Eden, P., Janaitis, J. & Rybicki, L. 2017. Perceptions of family members of palliative medicine and hospice patients who experienced music therapy. *Support Care Cancer* 25, 1769–1778. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3578-y>. [viitattu 10.6.2023].

Gao, Y., Wei, Y., Yang, W., Jiang, L., Li, X., Ding, J. & Ding, G. 2018. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 57, 319–329. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.504> [viitattu 10.6.2023].

Guan, N., Beng, T., Sue-Yin, L. & Kanagasundram, S. 2021. The Effect of 5-Min Mindful Breathing on Pain in Palliative Care Cancer Patients: A Randomized Controlled Study. *Indian J Palliat Care* 27, 83-88. Verkkolehti. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8121240/#:~:text=doi%3A%2C%2A010.4103/IJPC.IJPC_122_20 [viitattu 9.6.2023].

Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. *Duodecim* 126, 2873–6. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo99247.pdf> [viitattu 27.4.2023].

Haanpää, M. 2020. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00142> [viitattu 1.5.2023].

Haho, A. 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* 33, 72. Verkkolehti. Saatavissa: <https://finna.fi/Record/arto.000067771?checkRoute=1> [viitattu 29.4.2023].

Hallikainen, M. 2019. Muistisairaahan hoito. Duodecim oppiportti. E-kirja. Saatavissa: https://www.oppiportti.fi/op/mho00067/do?p_haku=llääkkeetön%20kivunhoito#q=lääkkeetön%20kivunhoito [viitattu 27.4.2023].

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim* 4, 385–392. Saatavissa: <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.xamk.fi/xmedia/duo/duo10822.pdf> [viitattu 16.5.2023].

Heiskanen, T. 2017. Syöpäkivun hoito vs. palliatiivinen hoito – Miksi kivun hoidon erityisosaamista tarvitaan. *Kipuviesti* 2, 8–9. Saatavissa: <https://bin.yhdistysavain.fi/1596852/vulknxvf8ue8WIECuH9K0XwWws/Kipuviesti%202017.pdf> [viitattu 16.5.2023].

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hochberg, U., Perez; J.& Borod, M. 2018. New frontier: cancer pain management clinical fellowship. *Support Care Cancer* 26, 2453–2457. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://doi:10.1007/s00520-018-4085-5>. [viitattu 10.6.2023].

Holopainen, R. 2020. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Holopainen, R. 2020b. Psykologisesti informoitu hoito. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Hotus s,a. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Saatavissa: <https://www-hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/> [viitattu 3.5.2023].

Hyvä Saattohoito Suomessa. 2010. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9> [viitattu 19.4.2023].

Hänninen, J. 2020. Työnä kuolema. 1.painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

IASP. 2010. Access to pain management. Declaration of Montreal. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/#:~:text=The%20Declaration%20of%20Montr%C3%A9%20document%20developed%20during,IASP%20and%20the%20International%20Pain%20Summit%20Steering%20Committee.> [viitattu 10.5.2023].

IASP. 2019. Palliative care for the older person in pain. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/palliative-care-for-the-older-person-in-pain/> [viitattu 16.5.2023].

Ikätalo. 2023. Terveyskylä. WWW-sivusto. Päivitetty 8.2.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo> [viitattu 29.4.2023].

Inkeroinen S. & Virtanen, H. 2020. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus kivunhoidossa. *Kipuviesti* 1, 19–21. Saatavissa: <https://bin.yhdistys-avain.fi/1596852/Zb67ABadQeqtD8894Iuv0XwWwq/Kipuviesti%201-2020.pdf> [viitattu 16.5.2023].

JBI arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle. 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hotus. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/jbi-kriteerit-laadulliselle-tutkimukselle-ja-selosteosa-2.pdf> [viitattu 16.6.2023]

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., Vainio, A. & Aho, H. 2018. Kipu. E-kirja. Duodecim. Oppiportti. Julkaistu 30.10.2018. Saatavissa: <https://www.oppoportti.fi/op/opk04493> [viitattu 16.6.2023].

Kalso, E. 2021. Kivun uusi määritelmä. *Lääkärilehti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/kivun-uusi-maari-telma> [viitattu 24.4.2023].

Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. (toim.) 2009. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2.uudistettu painos. Tampere: Lääkelaitos. Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf [viitattu 24.4.2023].

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2015. Aineiston käsittely kirjallisuuskatsauksen ydin. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Kipu. 2017. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Julkaistu 22.08.2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103> [viitattu 23.4.2023].

Kivunhallintatalo. 2018. Terveyskylä. WWW-sivusto. Päivitetty 20.12.2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo> [viitattu 29.4.2023].

Komal, K., Vishwajeet, S., Nand, D., Joris, G. & Sushma, B. 2022. Scrambler Therapy Enhances Quality of Life in Cancer Patients in a Palliative Care Setting: A Randomised Controlled Trial. *Indian J Palliat Care* ;28, 287–294. Verkkojulkaisu. Saatavissa: https://doi.org/10.25259%2FIJPC_94_2021 [viitattu 10.6.2023].

Kroonisen kivun ensitieto-opas. 2012. Suomen kipu ry. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://bin.yhdistysavain.fi/1593165/Ogg47F/muhVOCIY3PFY960V/-L2q/ensitieto-opas.pdf>

[viitattu 22.4.2023].

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2017:4 Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä. Helsinki: STM. Saatavissa: https://julkaisut/valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 26.4.2023].

Kouri, J-P. 2020. Stimulaatiohoidot ja invasiiviset menetelmät. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P.(toim.) Ammatilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23, 138–148. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/TarjaPoelkki/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa_a/links/551b0ad80cf2fdce84384f32/Sisaelloenanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessaetutkimuksessa.pdf [viitattu 8.5.2023].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lamppu, P. 2022. Effects of staff training on end-of-life care in long-term care facilities. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/338301#:~:text=http%3A//urn.fi/URN%3AISBN%3A978%2D951%2D51%2D7840%2D4%20http%3A//hdl.handle.net/10138/338301> [viitattu 5.5.2023].

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2015. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Lemetti, T.& Ylänen, M. 2015. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, A.& Suhonen, R.(toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Liimatainen, N., Rahko, E. & Liisanantti, J. 2018. Syöpäkivun hoitoa kehittämällä voidaan vähentää päivystyskäyntejä. *Lääkärilehti* 22, 1428–1433. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/pdf/2018/SLL222018-1428.pdf> [viitattu 15.6.2023].

Luomajoki, H. 2020a. Kivun fysiologiaa -missä tapahtuu mitään? Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P.(toim.) Ammatilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Luomajoki, H. 2020b. Kliininen päättely ja tules viitekehys. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammatilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Maldonado, C. 2017. Pain relief- from analgesica to alternative terapiest. E-kirja. Saatavissa: https://kaakkuri.finna.fi/Record/nelli29_mamk.410000001586712?sid=2956460178 [viitattu 5.5.2023].

Marttinen, M., Ilola, J., Hänninen, M., Forsen, P. & Paananen, M. 2022. Kivun kera -hoitomalli suunnitelmallisuutta kroonisen kivun hoitoon. *Suomen yleislääkärit GFR ry*. 7. Verkkojulkaisu. Saatavissa:

<https://lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleislääkä-rit%20GFP%20ry&i=45b302a6-545c-11ed-b676-001-55d640030a> [viitattu 5.5.2023].

Mikkonen, J. 2020. Manuaalisen terapian merkitys. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Mikkonen, J. 2020b. Jooga, hengitys ja rentoutuminen. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Miranda, H., Reilimo, M. & Kaila-Kangas, L. 2018. Kivunhallintaryhmät työterveyshuollossa-Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti. Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti 03/2018. Vantaa: Helsingin kaupungin työterveysliikelaitos. Saatavissa: <https://www.hel.fi/static/liitteet/tyke/KivunhallintaryhmatLoppuraportti2018.pdf> [viitattu 27.4.2023].

Munkombwe, W., Petersson, K. & Elgán, C. 2020. Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *J Clin Nurs* 29, 1643–1652. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/jocn.15232> [viitattu 10.6.2023].

Niela-Vilen, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Ojala, T. 2020. Kipu on kokemus. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J, Ekström, K. & Kouri, J-P.(toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Ojala, T. 2022. Mitä on kipu. Keuruu: Tuumakustannus.

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Julkaistu 04.10.2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063> [viitattu 25.4.2023.]

Payne, S., Froggart, K., Sowerby, E., Collingridge Moore, D., Hockley, J., Kyllänen, M., OosterveldVlug, M., Pautex, S., Szczerbińska, K., Van Den Noortgate, N. & Van Den Block, L. 2019. PACE Steps to Success Programme. THL. Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE-toimintamalli+Kuusi+askelta+palliativisen+hoidon+kehittamiseen.pdf/ace7b20c-c35b4ef7-94f1-ebba332ae8> [viitattu 7.5.2023].

Pelto, A-K., Hökkä, M., Kajula, O. & Kaakinen P. 2019. Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliativisessa hoidossa – integroitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva Hoitotyö 17, 22–29. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2019082124966.pdf> [viitattu 8.5.2023].

- Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients : Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/28175#:~:text=http%3A//urn.fi/URN%3AISBN%3A978%2D952%2D10%2D7343%2D4%20http%3A//hdl.handle.net/10138/28175> [viitattu 5.5.2023].
- Pitkäniemi, J., Malila, N., Tanskanen, T., Degerlund, H., Heikkinen, S. & Seppä, K. (toim.) 2022. Syöpä 2020. Tilastoraportti suomen syöpätilanteesta. Saatavissa: https://syoparekisteri.fi/assets/files/2022/06/Syopa-2020-raportti_fin.pdf [viitattu 18.5.2023].
- Pitkäniemi, A., Sihvonen, A., Särkämö, T., & Soinila, S. 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. *Suomen lääkärilehti* 75, 1843–1848. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL372020-1843.pdf> [viitattu 10.6.2023].
- Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) 2014. Lääkäri saattajana. 1.painos. Helsinki; kustannus oy Duodecim.
- Rafii, F., Taleghani, F. & Khatoni, M. 2020. The Process of Pain Management in Cancer Patients at Home: Causing the Least Harm - A Grounded Theory Study. *Indian J Palliat Care* 26, 457–467. Verkkolehti. Saatavissa: https://doi:10.4103/IJPC.IJPC_8_20. [viitattu 10.6.2023].
- Ranganathan, A., Gunnarsson, O. & Casarett, D. 2014. Palliative care and advance care planning for patients with advanced malignancies. *Ann Palliat Med* 3, 144–149. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi:10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.04>. [viitattu 19.7.2023].
- Rannikko, S. 2021. Eettiset kysymykset kivunhoidossa. *Kipuviesti* 2, 45–48. Verkkolehti. Saatavissa: https://bin.yhdistys-avain.fi/1596852/vDYe7gcNqXSwnBTuf7j10XwWwp/Kipuviesti_2_21_web.pdf [viitattu 16.5.2023].
- Rapo-Pylkkö, S. 2019. Miten arvioida muistisairaana kipua? *Kipuviesti* 2, 27–32. Verkkolehti. Saatavissa: <https://bin.yhdistys-avain.fi/1596852/ZPfIR5mMAa8Q2v4K70Pn0XwWwr/Kipuviesti%202-2019.pdf> [viitattu 16.5.2023].
- Rapo-Pylkkö, S. 2022. Ikäihmisten turvallinen ja vaikuttava kivun lääkehoito. *Kipuviesti* 1, 13–19. Verkkolehti. Saatavissa: https://bin.yhdistys-avain.fi/1596852/KZh9xIL7wDMYj6qEP27s0XwWwo/Kipuviesti_1-2022_web.pdf [viitattu 9.5.2023].
- Röning, T. 2020. Psykologin työkalut. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.
- Saari, T. 2022. Kokonaisvaltaisesti kivusta tutkijan ja kokijan silmin. *Finnanest* 4, 259–262. Turun yliopisto. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www-terkko-helsinki-fi.ezproxy.xamk.fi/medic/?sivu=haku&hakusanat=%22Turun+yliopisto%22> [viitattu 5.5.2023].

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). 2015. Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. STM Raportteja ja muistioita 2017:44. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0> [viitattu 10.5.2023].

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1.painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Saarto T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. 2019a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja 2019:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>. [viitattu 27.4.2023].

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä. 2019b. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>. [viitattu 27.4.2023].

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Juntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. THL. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/144065#:~:text=https%3A//urn.fi/URN%3AISBN%3A978%2D952%2D343%2D824%2D8> [viitattu 28.4.2023].

Salminen, A. 2022. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.unvaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 9.5.2023].

Schmid, W., Rosland, J., Von Hofacker, S., Hunskaar I. & Bruvik, F. 2018. Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care - an integrative review. *BMC Palliat Care* 20, 17–32. Verkkojlehti. Saatavissa: <https://doi:10.1186/s12904-018-0286-4>. [viitattu 9.6.2023].

Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., Agung, R., Abdullah, V. & Elita, D. 2019. Factors Associated with Pain in Palliative Patients and the Role of Spiritual Services in Pain Management. *Acta Med Indones* 51, 296–302. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.actamedindones.org/index.php/ijim/article/view/1096/pdf> [viitattu 9.6.2023].

Siemens, W., Boehlke, C., Bennett, M., Offner, K., Becker, G. & Gaertner, J. 2020. Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain inpatients in specialist palliative care—a blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial. *Support Care Cancer* 28, 5323–5333. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007%2Fs00520-020-05370-8> [viitattu 11.6.2023].

Sipola, V. 2019. Eksistentiaalisen tuen merkitys elämän päättymisen kohtaamisessa 26.02.2019. Kirkkohallitus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/12429036/Eksistentiaalisen+tuen+merki+tys+elämän+päättymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+pdf/21dfp6f6-b287-8dea-fb2> [viitattu 29.4.2023].

Smith, T., Temin, S., Alesi, E., Abernethy, A., Balboni, T., Basch, E., Ferrell, B., Loscalzo, M., Meier, D., Paice, J., Peppercorn, J., Somerfield, M., Stovall, E. & Von Roenn, J. 2012. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* 10, 880–887. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi:10.1200/JCO.2011.38.5161> [viitattu 19.7.2023].

Suomen Kipu ry s.a. Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://bin.yhdistys-avain.fi/1593165/Oskw56JF5VvKfpXQ05Ik0V-KjL/Menetelmiä-lääkkeettömään-kivunhoitoon.pdf> [viitattu 27.4.2023].

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2021a. Kuolemansyyt 2021. Verkkojulkaisu ISSN=1799–5051. Helsinki: Tilastokeskus. Päivitetty 09.12.2022. Saatavissa: <https://stat.fi/tilasto/ksyyt> [viitattu 22.7.2023].

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2021b. Väestöennuste. Verkkojulkaisu ISSN=1798–5137. Päivitetty 30.9.2021 Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: <https://stat.fi/tilasto/vaenn> [viitattu 22.7.2023].

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuosto.fi/handle/10024/162455#:~:text=http%3A/urn.fi/URN%3AISBN%3A978%2D952%2D00%2D5457%2D1> [viitattu 27.4.2023].

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2015. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A73/2015.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Steel, A., Tricou, C., Monsarrat, T., Ruer, M., Deslandes, C., Sisoix, C. & Filbet, M. 2018. The perceptions and experiences of osteopathic treatment among cancer patients in palliative care: a qualitative study. *Support Care Cancer* 26, 3627–3633. Verkkolehti. Saatavissa: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/29728845/#:~:text=PMID%3A%2029728845-.DOI%3A%2010.1007/s00520%2D018%2D4233%2Dy,-> [viitattu 10.6.2023].

Syöpäjärjestöt s.a. Siirtyy palliativiselle hoitolinjalle. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.syopajarjestot.fi/potilaanpolku/siirtyy-palliativiselle-hoitolinjalle/> [viitattu 10.5.2023].

Tarnanen, S. 2020. Kipu ja harjoittelu. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P.(toim.) Ammattilaisen kipukirja. 1.painos. Lahti: VK-kustannus.

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 9, 540–544. Verkkolehti. Saatavissa: [https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/?public=9d66e4eb74367c0737ba4ae394336d1b#reference-10itys-vanhuksen-saattohoidossa-\(laakarilehti.fi\)](https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/?public=9d66e4eb74367c0737ba4ae394336d1b#reference-10itys-vanhuksen-saattohoidossa-(laakarilehti.fi)) [viitattu 9.5.2023].

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyskylä. 2023. Väestön ikääntyminen Suomessa. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.terveyskyla/ikatalo/ikaantyneelle/ika-ja-arki/vaeston-ikaantyminen-suomessa> [viitattu 19.4.2023].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. E-kirja. Saatavissa: <https://www.elibrary.com/reader/9789520400118> [viitattu 19.7.2023].
 Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf [viitattu 17.7.2023].

Tutkimustiedon laadun arvioiminen s.a. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/> [viitattu 23.5.2023].

UKK-instituutti. 2022. Liikkumisen vaikutukset. Päivitetty: 29.9.2022. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ukkinstituutti/liikkuminen/liikkumisen-vaikutukset/>[viitattu 10.5.2023].

Valvira. 2023. Mitä kipu on? WWW-dokumentti. Saatavilla: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-erityistilanteita/kivun-hoito>[viitattu 10.5.2023].

Vilka, H. 2020. Akateemisen lukemisen ja kirjoittamisen opas. Keuruu: PS-kustannus.

Vilka, H. 2021a. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Keuruu; PS-kustannus.

Vilka, H. 2021b. Tutki ja kehitä. 5.päivitetty painos. PS-kustannus. E-kirja. Saatavissa: <https://www.kaakkuri.finna.fi> {viitattu 3.5.2023}.

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Art house oy. Helsinki. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/Record/kaakkuri.229784?sid=2940495690> [viitattu 24.4.2023].

- Warth, M., Kessler, J., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. & Ditzen, B. 2019. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med* 33, 332–345. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/30648926/#:~:text=PMID%3A%2030648926-.DOI%3A%2010.1177/0269216318818011,-> [viitattu 10.6.2023].
- Warth, M., Zöller, J., Köhler, F., Aguilar-Raab, C., Kessler, J. & Ditzen, B. 2020. Psychosocial Interventions for Pain Management in Advanced Cancer Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Oncol Rep* 21;22, 3. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi:10.1007/s11912-020-0870-7>. [viitattu 10.6.2023].
- WHO. 2014a. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance. PDF-dokumentti. Saatavissa: <C:\Users\sanna\Downloads\Global Atlas of Palliative Care.pdf> [viitattu 17.7.2023].
- WHO. 2014b. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/documents/920256/1449649/who+palliative.pdf/85df63d2-572c-4e14-acea-b1bba68554d4> [viitattu 16.5.2023].
- WHO. 2023. Palliative care. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [viitattu 25.4.2023].
- Xamk s.a. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntija -erikoistumiskoulutus 30 op. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/avoimen-amkn-kurssit/palliatiivisen-hoidon-asiantuntija-erikoistumiskoulutus-30-op-2/> [viitattu 10.5.2023].
- Xamk strategia s.a. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/xamk/strategia/> [viitattu 3.5.2023].

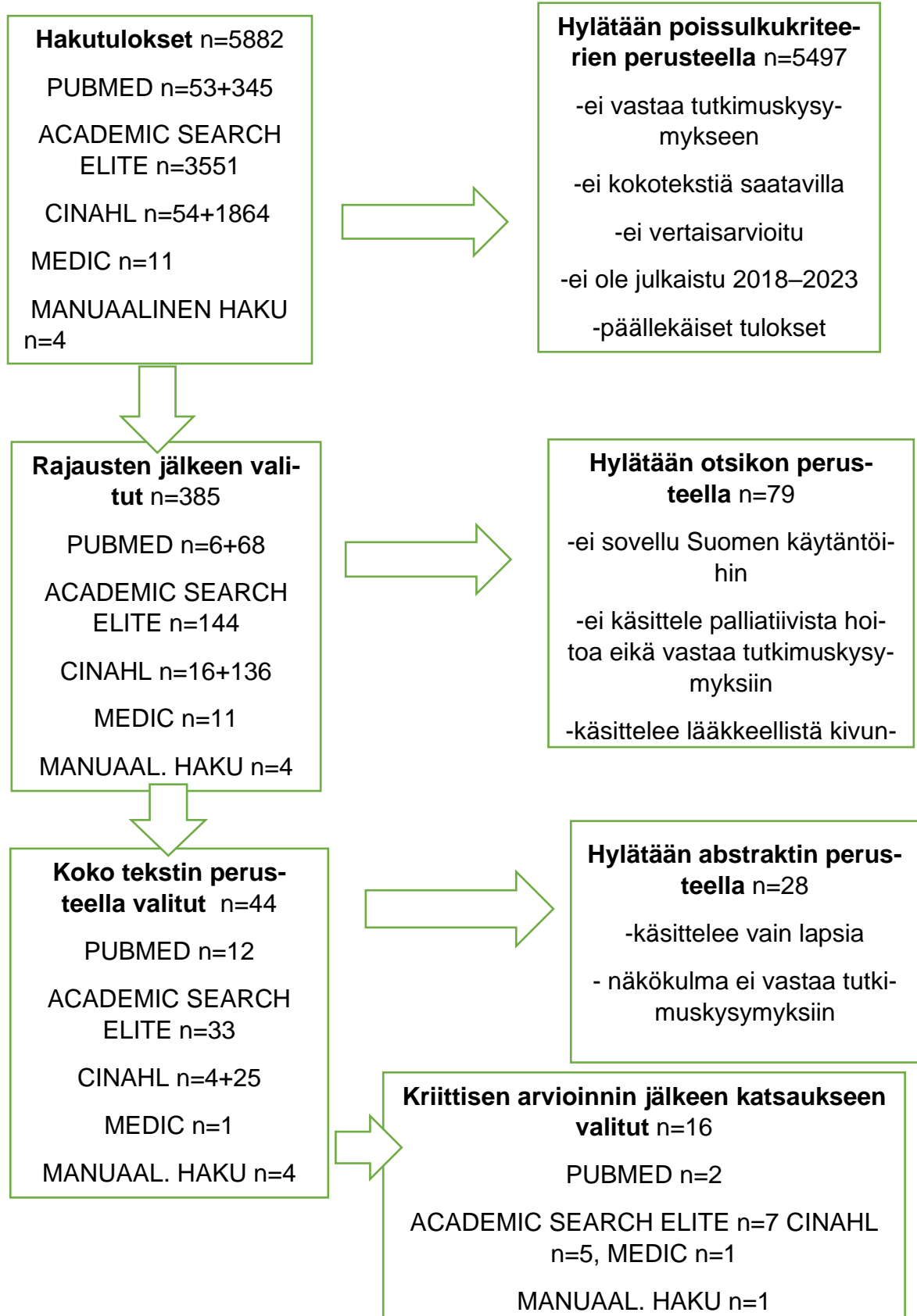
Taulukko tutkimusten tiedonhaun kuvaus

Tietokanta	Hakusanat/-lausekkeet	Hakutulokset	Otsikko	Abstrakti	Kokoteksti	Kriittisesti valittu katsaukseen
PUBMED	("non-pharmaceutical pain treatment" OR "pain relief") AND ("palliative care" OR "terminal care") AND ("geriatric" OR "old people" OR "elderly")	53	6	0	0	0
PUBMED	("pain management" OR "non-pharmacologic pain relief") AND ("palliative care" OR "terminal care")	345	68	12	6	2
Academic search Elite (EBSCO)	("pain management" OR "non-pharmacologic	3551	144	33	17	7

	pain relief") AND ("palliative care" OR "terminal care")					
CINAHL	("non-pharmaceutical pain treatment" OR "pain relief") AND ("palliative care" OR "terminal care") AND ("geriatric" OR "old people" OR elderly")	54	16	4	0	0
CINAHL	("non-pharmaceutical pain treatment" OR "pain relief") AND ("palliative care" OR "terminal care")	1864	136	25	16	5
MEDIC	(" pain management" OR "pain	11	11	1	1	1

	relief") AND ("palliative care" OR "terminal care")					
Manuaalinen haku		4	4	4	4	1
Yht.		5882	385	79	44	16

Prosessi-kuvaus tutkimusten valinnasta analyysiin.



Nro	Bibliografiset tiedot:	Tutkimuksen tarkoitus:	Kohdejoukko, aineiston koko, aineistonkeruun menetelmä	Keskeiset tulokset
1,	Schmid, W., Rosland, J., Von Hofacker, S., Hunskår I. & Bruvik, F. 2018. Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care - an integrative review. <i>BMC Palliat Care</i> 20, 17–32. USA	Kuvata käyttäjien ja tarjoajien näkemyksiä musiikkiterapiasta palliativisessa hoidossa	Aikuiset, integratiivinen kirjallisuuskatsaus, 12 artikkelia; 9 kvantitatiivista ja 3 kvalitatiivista tutkimusta	Yksilöllisen musiikkiterapian positiivinen vaikutus useisiin oireisiin ja tarpeisiin, mikä parantaa yksilön elämänlaatua palliativisessa hoidossa, positiivinen psykofysiologinen muutos.
2.	Shatri, H., Putranto, R., Irawan, C., Adli, M., Agung, R., Abdullah, V. & Elita, D. 2019. Factors Associated with Pain in Palliative Patients and the Role of Spiritual Services in Pain Management. <i>Acta Med Indones</i> 51, 296–302. Indonesia	Määrittää palliativisen potilaan kipuun liittyvät tekijät, selvittää psykologisten tekijöiden ja kivun kaksisuuntainen suhde sekä henkisten tekijöiden rooli kivun lievittämisessä.	Aikuiset, /iäkkäät, n= 285 palliativista potilasta, poikkileikkaustutkimus	Kivunhallintaan liittynyt psykososiaalinen ja henkinen terapia lievittää kipua optimaalisesti.
3.	Anderson, K., Downey, M. 2021. Foot Reflexology: An Intervention for Pain and Nausea Among Inpatients With Cancer. <i>Clin J Oncol Nurs</i> 25, 539–545. USA	Arvioida jalkavyöhyketerapian vaikutusta kipuun ja pahoinvointiin syöpäpotilailla.	Aikuiset/iäkkäät, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, n=40 syöpäpotilasta	Jalkavyöhyketerapia vähentää merkittävästi syöpäpotilaiden kipua verrattuna perinteiseen hoitoon yksin. Vaikutukset pahoinvointiin eivät

				olleet tilastollisesti merkittäviä.
4.	Rafii, F., Taleghani, F. & Khatooni, M. 2020. The Process of Pain Management in Cancer Patients at Home: Causing the Least Harm - A Grounded Theory Study. <i>Indian J Palliat Care</i> 26, 457–467. Iran/Intia	Tutkia syöpäpotilaiden ja omaishoitajien kokemuksia kivunhoidosta kotona.	Aikuiset/iäkkäät, laadullinen haastattelututkimus, grounded theory, n=20 potilasta, 32 omaishoitajaa.	Psykologiset ja rentoutumismenetelmät olivat perheen omaishoitajien ja potilaiden ensisijaisia valintoja kivunhoidossa, vähensivät kipulääkkeiden tarvetta.
5.	Guan., N., Beng, T., Sue-Yin, L. & Kanagasundram, S. 2021. The Effect of 5-Min Mindful Breathing on Pain in Palliative Care Cancer Patients: A Randomized Controlled Study. <i>Indian J Palliat Care</i> 27, 83–88. Kiina	Tutkia 5 minuutin tietoisesti hengityksen vaikutusta kivun vähentämiseen palliativisessa hoidossa.	Aikuiset/iäkkäät n= 60 syöpäpotilasta, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, osanalyysi.	Interventiosta ei noussut esiin tilastollisesti merkittävää vaikutusta kivun vähentämiseen.
6.	Munkombwe, W., Petersson, K. & Elgán, C. 2020. Nurses' experiences of providing non-pharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. <i>J Clin Nurs</i> 29, 1643-1652. Sambia	Tutkia sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä kroonisen kivun hallinnan ei.farmakologisista hoidoista palliativisessa hoidossa.	Aikuiset n=15 sairaanhoitajaa jotka osallistuvat palliativiseen hoitoon, kvalitatiivinen haastattelututkimus.	Hyvää hoitajan ja potilaan välistä suhdetta voidaan pitää ei-farmakologisena kivunhallintamenetelmänä, ei-armakologisen ja farmakologisen hoidon yksilöllinen yhdistäminen.
7.	Gao, Y., Wei, Y., Yang, W.,	Arvioida musiikkiterapian	Aikuiset, n= 11	Musiikkiterapia voi

	Jiang, L., Li, X., Ding, J. & Ding, G. 2018. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. <i>J Pain Symptom Manage</i> 57, 319-329. Kiina	tehokkuutta palliatiivisen hoidon aikana fysiologisten ja psykologisten tulosten parantamisessa.	satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, 969 osallistujaa, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi.	merkittävästi lievittää kivun voimakkuutta parantumattomasti sairailta potilailla, positiivinen vaikutus henkiseen tilaan, mukaan lukien ahdistusta, masennusta ja emotionaalista toimintaa.
8.	Pitkäniemi, A., Sihvonen, A., Särkämö, T. & Soinila, S. 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. <i>Suomen lääkäri-lehti</i> 75,1843–1848. Suomi	Kuvata erilaisten kliinisten kiputilojen hoidosta tehtyjä musiikki-interventiotutkimuksia ja tarkastella musiikin kipua lievittäviä vaikutusmekanismeja.	Aikuiset, syöpäkipu cocranekatsaus 52 tutkimusta, meta-analyysissä 11 rct:tä palliatiivisessa hoidossa, katsausartikkeli	Palliatiiviseen hoitoon yhdistettynä kertamuotoinenkin yksilöity musiikkiterapia voi vähentää potilaiden kokemaa ahdistuneisuutta ja kipua sekä auttaa stressin ja kivun hallinnassa.
9.	Warth, M., Kessler, J., Koehler, F., Aguilar-Raab, C., Bardenheuer, H. & Ditzgen, B. 2019. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. <i>Palliat Med</i> 33, 332–345. Saksa	Tarkastella ja syntetisoida todisteita lyhyistä psykososiaalisista interventiosta palliatiivista hoitoa saavilla potilailla.	Aikuiset, 15 satunnaistettua tai ei-satunnaistettua kliinistä tutkimusta, n=248, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi.	Lyhyiden psykologisten interventioiden myönteiset vaikutukset elämänlaatuun, emotionaaliseen ja eksistentiaaliseen ahdistukseen.

10.	Komal, K., Vishwajeet, S., Nand, D., Joris, G. & Sushma, B. 2022. Scrambler Therapy Enhances Quality of Life in Cancer Patients in a Palliative Care Setting: A Randomised Controlled Trial. <i>Indian J Palliat Care</i> ;28, 287–294. Intia	Arvioida st-terapian tehokkuutta syöpäpotilailla elämänlaadun parantamisessa minimoimalla kipua ja opioidien saantia.	Aikuiset/iäkivät, n=80 potilasta joilla pään, kaulan ja rintakehän syöpä, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Kivun lievittyminen ja elämänlaadun paraneminen sekä morfiinin käytön väheneminen, positiivinen yhteisvaikutus kipuun ja opioidin käyttöön
11.	Warth, M., Zöller, J., Köhler, F., Aguilar-Raab, C., Kessler, J. & Ditzen, B. 2020. Psychosocial Interventions for Pain Management in Advanced Cancer Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. <i>Curr Oncol Rep</i> 21;22, 3. Saksa	Syntetisoida todisteita psykososiaalisten interventioiden vaikutuksista kipuun edenneillä syöpäpotilailla.	Aikuiset, 11 artikkelia, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi.	Psykososiaalisilla interventiolla on positiivinen vaikutus kivun vaikeusasteeseen ja ehkäisevä vaikutus muihin oireisiin mm. masennukseen ja ahdistukseen. Vaikutusten suuruus ei vaihdellut eri interventiotyypeissä.
12.	Hochberg, U., Perez, J. & Borod, M. 2018. New frontier: cancer pain management clinical fellowship. <i>Support Care Cancer</i> 26, 2453–2457. USA	Interventiokatsaus syöpäkipuhoidon koulutusohjelman esittely.	Tutkimusartikkeli, poikkitieteellinen lähestymistapa.	Kehitetty poikkitieteellinen lähestymistapa syöpäkipuhoidon, monitieteinen tiimityö samanaikaisesti vuorovaikutuksessa- Lähestymistapa lievittää tehokkaasti kipua ja oireita vähenemistä.

13.	Ahmed, A., Thota, R., Bhatnagar, S., Jain, P., Ramanjulu, R., Salins, N., Chatterjee, A. & Bhattacharya. D. 2020. Indian society for study of pain, cancer pain special interest group guidelines on complementary therapies for cancer pain. <i>Indian journal of palliative care republication</i> 26, 198–202. Intia	Indian Society for Study of Pain (ISSP), syöpäkipu Special Interest Group (SIG) -ohjeet aikuisten syöpäkipun täydentävistä hoidoista tarjoavat jäsenllyyn, vaiheittaisen lähestymistavan, joka auttaa parantamaan syöpäkipun hallintaa ja tarjoamaan potilaille vähintään hyväksyttävää elämänlaatua.	Aikuiset, tutkimuskatsaus.	SIG-ohjeet aikuisten syöpäkipun täydentävistä hoidoistakorostaa psykologian kasvatuksen merkitystä, täydentävä hoito suositellaan lisähoitona syövän kivun hallinnassa.
14.	Gallagher, L., Lagman, R., Bates, D., Edsall, M., Eden, P., Janaitis, J. & Rybicki, L. 2017. Perceptions of family members of palliative medicine and hospice patients who experienced music therapy. <i>Support Care Cancer</i> 25, 1769–1778. USA	Tutkia potilaan ja perheenjäsenten käsityksiä kokemasta musiikkiterapiasta palliativissa hoidossa	Aikuiset, n=50, interventio kyselytutkimus.	Musiikkiterapialla oli merkittävä vaikutus kipuun, masennukseen ja ahdistukseen sekä potilailla ja perheenjäsenillä, tärkeää ottaa perheenjäsenet mukaan istuntoon.
15.	Steel, A., Tricou, C., Monsarrat, T., Ruer, M., Deslandes, C., Sisoix, C. & Filbet, M. 2018. The perceptions and experiences of osteopathic treatment among	Selvittää osteopaattista hoitoa saavien syöpäpotilaiden kokemuksia.	Aikuiset, n=16, kvalitatiivinen puolistrukturoitu haastattelututkimus	Positiivisia kokemuksia osteopaattisesta hoidosta kivun lievittymisenä ja elämänlaadun paranemisenä.

	cancer patients in palliative care: a qualitative study. <i>Support Care Cancer</i> 26, 3627-3633. Ranska			
16.	Siemens, W., Boehlke, C., Bennett, M., Offner, K., Becker, G. & Gaertner, J. 2020. Transcutaneous electrical nerve stimulation for advanced cancer pain inpatients in specialist palliative care-a blinded, randomized, sham-controlled pilot cross-over trial. <i>Support Care Cancer</i> 28, 5323-5333. Saksa	Tens-hoidon tehokkuuden ja turvallisuuden arviointi syöpäkivun hoidossa.	Aikuiset, n=20 syöpäpotilasta, sokkoutettu, satunnaistettu, valekontrolloitu pilottitutkimus.	Puolet potilaista ilmoitti ainakin lievistä kivunlievityksestä, turvallinen hoito

JBI-laadunarviointi taulukko

Tutki- mus	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Ko- ko- nais- pis- teet
1. Sch- mid ym. 2018	?	K	K	K	K	E	E	K	?	K	6/10
2. Shatri ym. 2019	K	K	K	K	K	K	E	K	E	K	8/10
3. An- derson ym. 2021	K	K	K	K	K	K	E	K	E	K	8/10
4. Rafii ym. 2020	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	9/10
5. Guan ym. 2021	K	K	K	K	K	E	E	K	E	K	7/10
6. Mun- kombwe ym. 2020	K	K	K	K	K	E	K	K	K	K	9/10
7. Gao ym. 2018	K	K	K	K	K	E	K	K	E	K	8/10
8. Pitkä- niemi ym. 2020	NA	NA	NA	K	K	K	NA	NA	K	K	5/10
9. Warth ym. 2019	K	K	K	K	K	K	K	K	E	K	9/10
10. Ko- mal ym. 2022	K	K	K	K	K	E	K	K	E	K	8/10
11. Warth	K	K	K	K	K	E	K	K	E	K	8/10

ym. 2020											
12. Hoch- berg ym. 2018	NA	NA	NA	K	K	K	NA	NA	K	K	5/10
13. Ah- med ym. 2020	K	NA	K	NA	NA	K	K	NA	E	K	5/10
14. Gal- lagher ym. 2017	K	K	K	K	K	K	E	K	E	K	8/10
15. Steel ym. 2018	K	K	K	K	K	K	E	K	E	K	8/10
16. Sie- mens ym. 2020	K	K	K	K	K	K	E	K	K	K	9/10

Kriteerit arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle 2018).



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija _____	Päiväys _____			
Tekijä(t) _____	Vuosi _____	Nro _____		
Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommenteja (mukaan lukien hylkäyksen syy):
