

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Hanna Pulkkinen
Krista Tikka

HOITAJIEN KOKEMUKSIA SAATTOHOITOPOTILAAN
KIVUNLIEVITYKSESTÄ

Opinnäytetyö
Elokuu 2015



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Hanna Pulkkinen, Krista Tikka

Nimike
Hoitajien kokemuksia saattohoitopotilaan kivunlievityksestä

Toimeksiantaja
Paletti-hanke

Tiivistelmä

Saattohoidon päämääränä on potilaan kärsimysten lievittäminen. Hoitamalla saattohoitopotilaan kipua hyvin vältetään potilaan tarpeetonta kärsimystä sekä parannetaan elämänlaatua.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivunlievityksestä. Tehtävänä oli selvittää, miten saattohoitopotilaiden kivunlievitysprosessi toteutuu eri yksiköissä. Tutkimuskysymyksiä olivat, miten saattohoitopotilaan kipua arvioidaan, mitä erilaisia kivunlievityskeinoja käytetään ja mikä on sairaanhoitajan merkitys saattohoitopotilaan kivunlievityksessä. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineistonanalyysi tehtiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Kohderyhmänä olivat perusterveydenhuollon sairaanhoitajat.

Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajat toivovat enemmän yhdenmukaisuutta saattohoitopotilaan kivunarviointiin. Kivunlievitysmenetelmiä käytettiin monipuolisesti ja yksilöllisesti jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla. Sairanhoitajat kokivat oman työnsä merkittäväksi saattohoitopotilaan kokonaishoitoprosessissa. Tutkimustulosten mukaan hoitajien koulutukset ja erikoistumisopinnot koettiin tärkeänä saattohoidon kehittämiseksi.

Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan käyttää hyödyksi saattohoidon kehittämisessä. Jatkotutkimusehdotuksena voisi kehittää kipu- ja oiremittareiden käyttöä saattohoitopotilaan kivunarvioinnissa.

Kieli
suomi

Sivuja 40
Liitteet 6
Liitesivumäärä 9

Asiasanat
saattohoito, kivunhoito, sairaanhoitaja



THESIS
May 2015
Degree Programme in
Nursing
Tikkariinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Hanna Pulkkinen, Krista Tikka

Title
Nurses' Experiences of Pain Relief Among Patients in End-of-Life Care

Commissioned by
Paletti Project

Abstract

The main aim of end-of-life care is to alleviate suffering experienced by patients. By treating pain well in end-of-life patients, unnecessary suffering can be avoided and the quality of life can be improved.

The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences of pain relief among patients in end-of-life-care. The main task was to find out how end-of-life patients' pain relief process was implemented in different units. The research questions were: How is pain assessed in end-of-life patients, what different pain relief methods are used, and what is the nurse's role in the pain management process among end-of-life patients? The thesis was conducted by using a qualitative method, in which the research data was collected using focused interviews among nurses in primary health care. The data was analysed by using the content analysis method.

The results revealed that nurses want more consistency in the pain assessment of end-of-life patients. Pain relief methods were used diversely and individually for each end-of-life patient. Nurses viewed their own role as significant in the comprehensive care process of end-of-life patients. On the basis of the research results, nurses' further training and specialization studies were considered important in the development of end-of-life care.

Information gained in this study can be used to develop end-of-life care. A proposal for further research could be to develop the use of pain assessment scales in end-of-life patients' pain assessment.

Language
Finnish

Pages 40
Appendices 6
Pages of Appendices 9

Keywords
end-of-life care, pain management, registered nurse

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Saattohoito.....	6
3	Saattohoitopotilaan kipu.....	7
3.1	Kivun luokittelu.....	8
3.2	Kivun arviointi.....	10
3.3	Kivun lääkehoito.....	12
3.3.1	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli.....	12
3.3.2	Opioidit ja muut voimakkaat kipulääkkeet.....	13
3.3.3	Kipulääkkeiden antotavat.....	14
3.4	Kivun lääkkeetön hoito.....	15
4	Sairaanhoitajan merkitys kivunhoidossa.....	16
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	19
6	Opinnäytetyön toteutus.....	19
6.1	Laadullinen menetelmä.....	19
6.2	Aineistonkeruu.....	20
6.3	Aineiston analyysi.....	21
7	Kokonaisvaltainen ja systemaattinen kivunarviointi.....	22
7.1	Aisteihin perustuva kivunarviointi.....	22
7.2	Kivun arviointi kommunikoiden.....	23
7.3	Kipu- ja oiremittarit kivunarvioinnissa.....	24
8	Kivunlievityskeinojen moninaisuus.....	24
8.1	Kivunlievitys lääkkeettömin keinoin.....	25
8.2	Kivunlievitys lääkehoidolla.....	26
9	Sairaanhoitajan iso ja vastuullinen merkitys.....	28
9.1	Vastuullinen toimija.....	28
9.2	Konkreettinen toteuttaja.....	29
9.3	Kokonaisuuden koordinoija.....	29
9.4	Kivunhoidon kirjaaja.....	30
9.5	Kivunhoidon kehittäjä.....	30
10	Pohdinta.....	31
10.1.	Tutkimustulosten tarkastelu.....	31
10.2	Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu.....	34
10.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	35
10.4	Ammatillinen kasvu ja kehitys opinnäytetyöprosessin aikana.....	37
10.5	Tutkimuksen jatkokehittämisehdotukset.....	38
	Lähteet.....	40

Liitteet

Liite 1	Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)
Liite 2	Suostumuslomake
Liite 3	Teemahaastattelurunko
Liite 4	Aineiston analyysi: tutkimuskysymys 1
Liite 5	Aineiston analyysi: tutkimuskysymys 2
Liite 6	Aineiston analyysi: tutkimuskysymys 3

1 Johdanto

Saattohoidon tavoitteena on turvata potilaalle arvokas loppuelämä. Päämääränä on potilaan kärsimysten lievittäminen. Moni potilas on kivulias ennen kuolemaa ja kuollessaan. Hoitamalla hyvin kipua vältetään potilaan tarpeetonta kärsimystä sekä parannetaan elämänlaatua. Kivun hoito on moniammatillista toimintaa, jossa hoitajat ovat avainasemassa tunnistamassa potilaan kipua ja viestimässä siitä lääkärille. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 56.) Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (Sairaanhoidajaliitto 1996) sekä erilaiset lait, esimerkiksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Terveystieteiden laaki (1326/2010) velvoittavat hoitotyön ammattilaisia toimimaan kokonaisvaltaisesti potilaan etujen ja oikeuksien mukaisesti. Sairaanhoidajan yksi tärkeä tehtävä on lievittää kärsimystä eli potilaan sairauksista tai muista syistä johtuvia kipuja tulee helpottaa. Tällä tavalla parannetaan potilaiden elämänlaatua sekä ylläpidetään mahdollista toimintakykyä saattohoitovaiheessa. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyy myös vahvasti hoitotyössä. Nämä tehtävät ja ammattieettiset velvollisuudet näkyvät saattohoitopotilaan hoitotyössä. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Keskeinen eettinen ongelma saattohoitopotilaan kivunhoitoon liittyen on aliohoito. Useiden tutkimusten mukaan hoitaja useimmiten ali- kuin yliarvioi potilaan kiputuntemusta. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2008, 133.) Hoitajilla voi olla pelkoja kipulääkkeiden aiheuttamasta riippuvuudesta, niiden väärinkäytöstä sekä mahdollisista sivuvaikutuksista (Heikkinen yms. 2004, 58). Koemme, että aiheemme ja tutkimuksemme on ajankohtainen ja tarpeellinen, koska saattohoitopotilaiden kivun aliohoito on yleistä ja se vaikuttaa kokonaisvaltaisesti saattohoitopotilaan hoitotyöhön.

Opinnäytetyömme aihe on rajattu saattohoitopotilaiden kivunhoitoon. Tutkimuksemme toimeksianto tulee Paletti-hankkeesta, jonka tarkoituksena on kehittää palliatiivista ja saattohoitoa. Paletti-hanke toimii Pohjois-Karjalan maakunnassa saattohoidon osaamisen vahvistamiseksi sekä rakenteiden kehittämiseksi asiantuntijayhteistyönä ajalla 1.4.2013 – 31.5.2015 (Karelia-ammattikorkeakoulu 2013). Tutkimuksemme kohdistuu perusterveydenhuoltoon maakunnan alueella. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivunlievityksestä.

2 Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa, jonka tarkoituksena on mahdollisimman arvokkaan ja hyvän loppuelämän tuottaminen potilaalle. Saattohoidossa olennaista on potilaan oireidenmukainen hoito, esimerkiksi potilaan kipujen hoito. (Hänninen 2001, 47.) Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ”Hyvä saattohoito Suomessa” -saattohoitosuosituksien (2010), joita tulisi noudattaa Suomessa. Näissä suosituksissa keskeisesti esille nousevat saattohoidon linjaukset, saattohoidon saamisen oikeus sekä saattohoidon osaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän kehittämään syövän hoitoa vuosina 2010–2020. Työryhmän tehtävänä on laatia ehdotukset, joiden avulla syöpäsairauksien hoitoa kehitetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b, 11.) Yhtenä tavoitteena on, että jokainen syöpäpotilas saa hyvää oire- ja saattohoitoa sitä tarvitessaan hoito- tai asuinpaikasta riippumatta. Perusterveydenhuollon rooli kasvaa syövän palliatiivisessa hoidossa. Valtaosa näistä potilaista hoidetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla, pitkäaikaissairaaloissa, vanhusten hoitolaitoksissa ja kotihoidossa. Osin saattohoitopotilaita hoidetaan myös erikoissairaanhoidon akuuttisairaaloissa. Hoidon taso on kirjavaa, palliatiivisen hoidon osaajista on pulaa ja konsultaatiomahdollisuudet riittämättömät. Siksi työryhmän tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon osaamista ja konsultaatiomahdollisuuksia palliatiivisessa ja saattohoidossa. Samalla huolehditaan riittävästä palliatiivisen erikoisalalan koulutuksesta lääkäreille ja hoitajille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b, 63 - 65.)

Suomessa lait määrittävät saattohoitoa ja etenkin saattohoitopotilaan oikeuksia. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) oikeuttaa potilaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus kunnioittavaan ja ihmisarvoiseen kohtaamiseen sekä potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Terveysturvalaki (1326/2010) määrittää saatavia palveluita sekä etenkin niiden laatua ja potilasturvallisuutta. Kuntien on siis terveydenhuoltolain mukaan järjestettävä asukkaiden tarvitsemat sairaanhoitopalvelut.

YK:n antama vuonna 1975 julkaistu kuolevan oikeuksien julistus (liite 1) on myös voimakkaasti esillä saattohoidon toteutuksessa. Kuolevan oikeuksien julistus korostaa potilaan oikeuksia, joiden tulee toteutua kuolevan potilaan hoidossa. Julistuksessa painotetaan etenkin potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Yhtenä oikeutena kuolevalla potilaalla on olla kärsimättä kipua, mikä tarkoittaa riittävää kivunhoitoa saattohoitovaiheessa. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2004, 51.)

Saattohoitovaiheessa oireenmukainen hoito jatkuu aktiivisena. Huomioon otetaan potilaslähtöisyys sekä potilaan hoitotahto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 14). Sairausten edetessä tai oireiden pahentuessa on tärkeää muistaa kivunhoidon mahdollinen tehostaminen muiden toimien, esimerkiksi perushoidon, ohella (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 17 - 18).

3 Saattohoitopotilaan kipu

Kipu on yleinen oire monella saattohoitopotilaalla. Loppuvaiheen syöpäpotilailla ja aids-potilailla kipu on hyvin yleistä. Sydänsairauksissa, keuhkohtaumataudissa sekä munuaissairauksissa kipu on melko yleistä. Edennyttä syöpää sairastavilla läpilyöntikipua esiintyy hyvin usein. (Käypä hoito-suositus 2012.)

Vuonna 2001 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin omaisten näkökulmasta kuolevien vanhuspotilaiden hoitoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa kuolevien potilaiden oireista ja ongelmista sekä miten omaisten näkökulmasta näihin tarpeisiin vastattiin. Tutkimuksen mukaan 22 % arvioi kivunhoitoa hyväksi. Tulosten mukaan kipua esiintyi kuolevilla potilailla 57 % (kohtalainen kipu). Tuloksista tulee myös esille, että kivuliailla potilailla esiintyi enemmän avuttomuuden tunnetta. Tutkimuksen tulosten mukaan omaiset pitivät hoitoa huonona, mikäli potilas koki voimakkaasti kipua tai oireet eivät olleet hallinnassa. (Miettinen 2001, 9 - 10.)

Jatkuva, kova kipu alentaa elämän miellyttävyyttä sekä vähentää toimintakykyä. Kivulla on myös selkeä vaikutus mielialaan. Potilaat ajattelevat saattohoitovaiheen kivun liitty-

vän aina kuoleman lähestymiseen eli sitä pidetään tavanomaisena. Kipuja hoidettaessa tulee muistaa tuottaa potilaalle hyvää, sillä huono kivunhoito alentaa elämänlaatua edelleen ja lisää potilaan kärsimyksiä. (Hänninen 2003, 72 - 77.) Kivunhoidon tavoitteena on kivun poistaminen kokonaan tai ainakin sen lievittäminen. Hyvät kivunhoitomenetelmät ovat potilaskeskeisiä. Kivusta kärsivällä on oikeus saada tietoa erilaisista kivunlievitysmenetelmistä, niiden vaikuttavuudesta ja seurauksista. Hänellä on oikeus kivun lievittämiseen ja oikeus päättää, millaista kipua on valmis sietämään. Potilaalla on oikeus valita käytetty kivunlievitysmenetelmä. (Heikkinen ym. 2004, 135.)

Kivun määrittely ja diagnosointi vaikuttavat myös kivun hoidon valintaan (Hänninen 2003, 72). Hoitotyössä korostetaan kivun subjektiivisuutta. Omakohtainen kokemus kivusta on ainoastaan kivun kokijalla itsellään, joten kivun ymmärtäminen vaatii oma-kohtaista kokemusta. Hoitajan on siis tärkeää ymmärtää, kuinka kokonaisvaltainen ja laaja-alainen kiputuntemus on. Kaikessa toiminnassa hoitajan on pyrittävä tavoitteelliseen ja tehokkaaseen kivunlievitykseen. (Anttila ym. 2008, 133.)

3.1 Kivun luokittelu

Kipu voidaan jakaa ja määritellä eri tavoin, esimerkiksi akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti eli äkillinen kipu saa alkunsa fysiologisesti kipusäikeiden herkistymisestä ja sen muuttuessa voimakkaaksi ja pitkäkestoiseksi. Keskushermostossa tapahtuu muutoksia, jotka johtavat kiputuntemukseen. (Hänninen 2003, 73.) Krooninen eli pitkäaikainen kipu kestää pidempään kuin akuutti kipu. Akuutti ja krooninen kipu voidaan erottaa sillä, että akuutissa kivun lievittyminen alkaa vaurion paranemisen myötä, mutta krooninen kipu voi jatkua kudosten paranemisajan jälkeenkin. (Vainio 2009a.)

Kipua voidaan myös luokitella sen syntymekanismin avulla. Nosiseptisen kivun aiheuttajana on kudsvaurio tai -muutos, joka saa kipuhermopäätteet aktivoitumaan. Iskemia, tulehdukset ja kasvaimet ovat tyypillisiä nosiseptisen kivun aiheuttajia. Sisäelinkipu eli viskeraalinen kipu kuuluu nosiseptiseen kipuun. Neuropaattinen kipu johtuu hermorunkojen tai keskushermoston kipuratojen häiriöstä eli vaurio tai toimintahäiriö on itse hermostossa. Kipua, jonka aiheuttajana ei ole kudosisä vaurio eikä hermovaurio kutsutaan

idiopaattiseksi kivuksi. Tähän kipuun ei löydy elimellistä syytä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 351.)

Joskus kipu tulkitaan virheellisesti vain fyysiseksi, vaikka ihminen kokee sen kokonaisvaltaisena. Ihminen ei välttämättä erottele fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia taustasyitä. Osaltaan kulttuuri sanelee sen, kuinka kipua saa ilmaista. Ilmaisun muodosta käytetään termiä kipukäyttäytyminen. (Anttila ym. 2008, 133.) Fyysistä kipua voidaan mitata esimerkiksi erilaisilla kipumittareilla ja -asteikoilla. Mittauksella saadaan tietoa kivun luonteesta ja kestosta. Tätä tietoa voidaan käyttää hyväksi hoitoa miettiessä ja samalla mahdollisesti osataan erottaa ”varsinainen kipu” muista kipua aiheuttavista tekijöistä. (Hänninen 2003, 75.)

Kipuelämys aistitaan aivoissa, jonne kipuaisti välittää viestin kipuratoja pitkin. Samalla aktivoituvat myös tunne-elämään osallistuvat aivojen osat, jotka tuottavat aistimukseen kärsimyselementin. Kipu on kokemus ja elämys, johon vaikuttavat potilaan uskomukset ja asenteet. Potilas tulisi nähdä kokonaisuutena, jossa huomioidaan myös potilaan psyyke, elämäntilanne sekä odotukset. Psykkinen stressi vahvistaa kipua ja vaikuttaa myös siihen, miten ihminen käyttäytyy ja reagoi. Kipu itsessään jo verottaa voimia ja heikentää unen laatua. Kivut ja väsymys altistavat masennukselle ja ahdistukselle ja kuormittunut mieli voi myös oireilla fyysisinä kipuina. Kivusta, unettomuudesta ja ahdistuksesta syntyy helposti kierre, jossa psyykkiset ja fyysiset oireet vahvistavat toisiaan. Ihmisen mielellä on kipukokemukseen vahva vaikutus. (Sajantola 2013, 51.)

Saattohoitopotilas käy läpi monenlaisia tunteita: pelkoa ja ahdistusta, kieltämistä ja sopeutumista. Nämä tunnetilat aiheuttavat psyykkistä ja henkistä kipua, jotka vaikuttavat myös kivun kokonaiskokemukseen. Lisäksi kivun kertominen hoitohenkilökunnalle voi olla potilaalle vaikeaa, koska potilaalle kivun lisääntyminen voi aiheuttaa ajatuksia sairauden pahenemisesta ja mahdollisesta kuoleman lähestymisestä. Potilas tai omaiset voivat ajatella, että voimakkaammista kipulääkkeistä on enemmän haittaa. Monet tekijät vaikuttavat kivun kohtaamisen kokonaisuuteen. (Hänninen 2003, 75.)

3.2 Kivun arviointi

Kivun säännöllinen arviointi sekä kirjaaminen ovat perusedellytyksenä hyvälle kivunhoidolle (Käypä hoito -suositus 2012). Hoitaja saa arvokasta tietoa potilaan kivun laadusta ja voimakkuudesta aktiivisesti tarkkailemalla. Pahentuvaa kipua ilmaisevat usein kireä leuka, tiukasti suljetut silmät ja suu, laajentuneet silmäterät, suun supistelu, sierainten laajentuminen ja kulmakarvojen sekä otsan rypistyminen. Potilas saattaa elehtiä levottomasti tai asettua asentoon, jossa kipu helpottuu. Kivuliaan potilaan vartalo on tavallisesti jäykkä, hän on arka käsittelylle tai hän ei halua liikkua. Potilas saattaa voida huonosti ja oksennella, ja hänen ihonsa on kalpea ja kylmänhikinen. Kivun lisääntyessä potilas saattaa huokailla ja ähkiä, ja hän muuttuu jännittyneeksi, tuskaiseksi ja ärtyneeksi. (Anttila ym. 2008, 134.)

Tärkein seikka potilaan kivun arvioinnissa ja hoitamisessa on se, että hoitaja kysyy potilaalta hänen kivuistaan. Kivun vähentämiseksi toimitaan hoitotyön sekä lääketieteen keinoin, ja taas uudelleen potilaalta kysytään tuntemuksia ja toimitaan sen mukaan. Ilman perusteellista kivun arviointia ja kirjaamista potilaan kivunlievitys ei ole suunnitelmallista. Lyhyesti kehä siis kulkee arvioinnin kautta toimintaan ja tästä jälleen uudelleen arviointiin. (Kassara ym. 2006, 362.) Hyvä viestintä edistää näytön mukaan potilaiden avautumista. Hoitajat, joiden lähestymistapa koetaan huomioivaksi, empaattiseksi ja joustavaksi, pystyivät paremmin helpottamaan potilaan avautumista. Viestintää vahvistavina tekijöinä koetaan myös hoitajien osoittama aito välittäminen sekä huoli potilaasta. Tämä sisältää hyvän katsekontaktin, empatian, vuoropuhelun, asianmukaisen äänensävyyn sekä koskettamisen. Hoitajilla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot sekä positiivinen asenne, jotta viestintä olisi toimivaa potilaiden kanssa. (Jylhä & Holopainen 2010.)

Tässä käytetään mittausvälineenä erilaisia kipumittareita ja -asteikkoja, esimerkiksi visuaalianalogiasteikkoa eli VAS-mittaria tai erilaisia kipupiirroksia. VAS-mittari on esimerkiksi 10 cm pitkä viiva, johon potilas merkitsee kipunsa määrän nollan (ei kipua) ja kymmenen (pahin mahdollinen kipu) välille. (Vainio 2009b.) On olemassa myös sanallisia apuvälineitä, joilla voidaan kuvata kipua. Keskeistä on käyttää samaa mittaria toistuvien arviointien apuvälineenä, jotta saadaan mahdollisimman kattavasti tietoa ja pysytään arvioimaan hoidon vaikuttavuutta jatkumona. (Hänninen 2003, 81 - 82.)

Edmonton Symptom Assessment Scale eli ESAS on validoitu työväline, joka toimii kipujanana eli VAS-mittarin periaatteella ja on helppokäyttöinen. Mittari kartoittaa kymmenen tavallisinta ja haitallisimmaksi koettua oiretta asteikolla 0-10. Mittari kiinnittää huomiota erillisiin oireisiin niin, että ne eivät jää huomiomatta. (Salminen & Salmenoja 2007.)

Kipua arvioidaan sekä säännöllisesti että tarvittaessa erilaisissa tilanteissa. Arvioitaessa potilasta pyydetään kertomaan kivun laadusta ja sijainnista. Samalla havainnoidaan potilaan kipukäyttäytymistä. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013) Kivun laadusta ja voimakkuudesta hoitaja saa tietoa pyytämällä potilasta kertomaan kivuistaan, tarkkailemalla, käyttämällä kipua kuvaavia asteikkoja sekä mittaamalla tiettyjä elintoimintoja (Anttila ym. 2008, 133). Potilaan kuunteleminen, kivun yksilöllisyyden ymmärtäminen, taito tunnistaa potilaan kipua ja viestit oikein ovat hyvän kivunhoidon edellytyksiä (Kassara ym. 2006, 355). Kivulle reagoivia mitattavia elintoimintoja ovat hengitystiheys ja -taajuus, verenpaine sekä pulssi. Näiden arvot kohoavat kivun lisääntyessä. Elimistön lämpö taas laskee kivun lisääntyessä. Mittaustulosten tulkinnessa käytetään vertailukohtina normaaliarvoja. (Anttila ym. 2008, 134.)

Sellaisen potilaan kohdalla, joka ei pysty kommunikoimaan, havainnoidaan kipukäyttäytymistä. Havainnointimittarit ovat vielä kehittämisasteella. Havainnointimittareita käytettäessä kivun arviointi perustuu toistuvasti samoihin kriteereihin, joten arviointikerrat ovat silloin keskenään verrannollisia. (Salanterä ym. 2008.) Mittareista yksi on Pain Assessment in Advanced Dementia Scale eli PAINAD-mittari. Kipumittari rakentuu viidestä eri havaintokategoriasta, jotka ovat hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohdutettavuus. Kipua arvioidaan yhteenlaskettujen kokonaispisteiden perusteella, jossa 10 vastaa voimakkainta kipua ja 0 kivutonta tilaa. (Björkman, Sorva & Tilvis 2007, 4 - 5.)

Suomessa on tehty tutkimus saattohoitopotilaiden kivunhoidosta. Tutkimuksessa selvitettiin miten laadukas kivunhoito toteutuu perusterveydenhuollossa. Tuloksissa tuli esille tarve saada ohjeistetusta lääkehoidon yleisiin periaatteisiin. Ohjeita tarvittiin esimerkiksi kivun arviointiin sekä kipumittareiden käyttöön. Tarvetta oli käytännönläheiselle

kivunhoidon ohjeille. (Tuura, Nikula, Järvimäki, Antikainen, Kynsilehto, Tähtinen, Vasala & Nuutinen 2005).

3.3 Kivun lääkehoito

Kivun lääkehoidossa voidaan soveltaa esimerkiksi WHO:n suosittamaa kipulääkkeiden portaittaista annostelua. Käytännössä tämä tarkoittaa lääkityksen aloittamista tulehduskipulääkkeillä. Jos niiden teho yksistään ei riitä, lisätään kivunhoitoon heikko opioidi ja tarvittaessa myöhemmin vahvempi opioidi. Suunniteltaessa kivun lääkehoitoa on tärkeää erottaa nosiseptiivinen, neuropaattinen ja idiopaattinen kipu toisistaan. (Kassara, ym. 2006, 358.) Ensisijaisesti saattohoitopotilaiden kivunlievitykseen käytetään vahvoja opioideja (Käypä hoito -suositus 2012).

Lääkehoito perustuu potilaan tarpeisiin ja se toteutetaan suunnitelmallisesti. Kipulääkkeen määrä, antoajankohta ja antoreitti suunnitellaan yksilöllisesti potilaalle perustuen kivun arviointiin. (Salanterä ym. 2013.) Hoitajan tehtävänä on toteuttaa kipulääkitys lääkärin määräysten pohjalta. Tärkein tehtävä on arvioida kivun vaikuttavuutta eli esimerkiksi oliko lääkeannos riittävä, miten kauan kipu pysyi poissa ja miten kauan kesti ennen kuin potilaan kipu lievittyi. Kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi on jatkuvaa, ja siihen osallistuvat sekä hoitaja että potilas. (Kassara ym. 2006, 360.)

3.3.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Anti-inflammatoriset analgeetit eli tulehduskipulääkkeet ovat prostaglandiinisynteesiä estäviä lääkkeitä. Ne lievittävät kipua, vähentävät tulehdusta ja alentavat kuumetta. Niitä käytetään lihas- ja luustoperäisissä kipu- ja tulehdustiloissa. Tulehduskipulääkkeitä ovat esimerkiksi asetyylisalisylihappo (ASA), ibuprofeeni, naprokseeni ja diklofenakki. (Kassara ym. 2006, 359.) Niitä voi käyttää parasetamolin vaihtoehtona huomioiden tulehduskipulääkkeiden tavanomaiset haittavaikutukset ja vasta-aiheet. (Käypä hoito 2012). Tulehduskipulääkkeiden tyypillisiä haittavaikutuksia ovat maha-suolikanavan ärsytys ja munuaisten verenkierron huononeminen. (Kassara ym. 2006, 359).

Parasetamoli on peruslääke lievään kipuun (Käypä hoito 2012). Sillä on kipua lievittävä ja kuumetta alentava vaikutus, mutta sillä ei ole tulehdusta lievittävää vaikutusta. Parasetamoli estää prostaglandiinisynteesiä keskushermostossa, ja se toimii vain heikosti ääreiskudoksissa. Se ei ärsytä vatsan limakalvoa, mutta on isoina annoksina haitallinen maksan toiminnalle. (Kassara ym. 2006, 359.)

Eri tulehduskipulääkkeitä ei saa käyttää samanaikaisesti. Niiden yhteiskäyttö ei lisää lääkkeiden tehoa, mutta saattaa pahentaa haittavaikutuksia. Jos tulehduskipulääkkeen teho ei riitä, sitä voidaan täydentää miedolla opioidilla. Nämä vaikuttavat eri tavalla, joten potilaan kipua voidaan lievittää tehokkaammin. (Kassara ym. 2006, 359.)

3.3.2 Opioidit ja muut voimakkaat kipulääkkeet

Opioidit vaikuttavat pääasiassa keskushermostossa oleviin opioidireseptoreihin. Ne jaotellaan tehonsa ja vaikutuksensa mukaan heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. Heikko opioidi on esimerkiksi kodeiini, keskivahva esimerkiksi buprenorfiini ja vahva esimerkiksi oksikodoni. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys, ummetus ja hengityslama. Eri opioideja ei tule käyttää samanaikaisesti, vaan lääkitystä vaihdetaan toiseen tai tehokkaampaan potilaan tilanteen mukaan. (Kassara ym. 2006, 359.) Opioideja käytetään keskivaikeiden ja vaikeiden kiputilojen hoitoon. Vahvat opioidit ovat tehokkaita syövän aiheuttaman kivun hoidossa, mutta ne ovat ilmeisesti tehokkaita myös muun kuin syöpään liittyvän, pitkäaikaisen kivun hoidossa. Opioidiannos on aina muokattava potilaskohtaisesti. Annosta voi suurentaa seuraten vastetta esimerkiksi 30 % kerrallaan. Iäkkäiden potilaiden kohdalla opioidien käytössä on noudatettava varovaisuutta käyttämällä pienempiä aloitusannoksia. (Käypä hoito -suositus 2012.) Käyttämällä samanaikaisesti tulehduskipulääkkeitä ja opioideja voidaan tarvittavan opioidin määrää vähentää (Hänninen 2008).

Trisykliset masennuslääkkeet ovat neuropaattisen kivun hoidon kulmakivi, sillä teho on osoitettu sekä sentraalisissa että perifeerisissä neuropaattisissa kiputuloissa. Kivunlievitysteho perustuu serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estoon. Lääkitys aloitetaan pieninä annoksina, jota nostetaan vähitellen kunnes saavutetaan riittävä teho. Tutkimuksissa erityisen tehokkaaksi on osoitettu venlafaksiini ja duloksetiini. (Haanpää 2007.)

Myös epilepsialääkkeitä voidaan käyttää neuropaattisissa kivuissa, erityisesti trigeminusneuralgian eli kolmoishermoston hoidossa. Vaikutusmekanismina voidaan pitää hermosolukalvojen natriumkanavien salpausta. Karbamatsepiini on trigeminusneuralgian hoidon peruslääke ja auttaa noin 70 %:lla potilaista. Samoin pregabaliini, gabapentiini ja lamotrigiini on osoitettu tehokkaaksi kontrolloiduissa tutkimuksissa. (Haanpää, 2007.)

3.3.3 Kipulääkkeiden antotavat

Lääkkeen antotapa ja lääkemuoto ovat riippuvaisia potilaasta ja hoitotilanteesta. Niitä valittaessa on otettava huomioon turvallisuus, hoitomyyntyvyys, tehokkuus ja kustannukset. Antotapa vaikuttaa esimerkiksi vaikutuksen alkamisaikaan, voimakkuuteen ja keston. Lääkkeiden antotavat jaetaan usein kahteen päätyyppiin, jotka ovat enteraalinen ja parenteraalinen. Enteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen antamista ruoansulatuskanavaan joko suun tai peräaukon kautta. Parenteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen antamista ruoansulatuskanavan ulkopuolelle eli kaikkia muita antotapoja. (Nurminen 2008, 17.)

Per os (p.o.) eli peroraalinen lääkitys otetaan suun kautta. Se on yksinkertaisin, turvallisin, luonnollisin sekä halvin lääkitysmenetelmä. Tabletti on tavallisin lääkemuoto. Suun kautta voidaan antaa myös oraalinesteitä, josta lääkeaine imeytyy usein paremmin ja nopeammin kuin kiinteästä. Muita suun kautta otettavia lääkeaineita ovat esimerkiksi kapselit, debotvalmisteet, suusumutteet ja resoribletit. Lääkkeitä voidaan antaa ruoansulatuskanavan kautta myös rektaalisesti eli peräsuoleen. Tätä antotapaa käytetään esimerkiksi silloin, kun potilas oksentelee eikä pysty ottamaan lääkkeitä suun kautta. Lääkemuotoja ovat peräpuikot (supot) sekä peräruiskeet. (Nurminen 2008, 18 - 25).

Parenteraalisessa annossa lääkkeen vaikutus saadaan nopeammin kuin suun kautta annettuna, mutta siinä riskit ovat suurempia. Tavallisimmin lääkkeitä annetaan intravenoosisesti (i.v.) eli laskimoon, intramuskulaarisesti (i.m.) eli lihakseen tai subkutaanisesti (s.c.) eli ihon alle. Sairaalahoidossa käytetään melko yleisesti laskimonsisäistä eli intravenoosia lääkitystä. Lääke laskimoon voidaan antaa nopeana kerta-annoksena

eli boluksena tai pitkäaikaisena jatkuvana infuusiona eli tiputuksena. Lihakseen eli intramuskulaarisesti annettuna lääke tehoaa melko nopeasti lihaksen runsaan verenkierron takia. Ihon alle eli subkutaanisesti pistettäväksi sopivat pienet lääkemäärät. (Nurminen 2008, 26 - 31.)

Usein saattohoitopotilaat kykenevät ottamaan lääkkeitä suun kautta, ainakin liuosmuodossa lähellä kuolemaansa, mutta usein siirrytään käyttämään muita antoreittejä. Tähän vaikuttavat potilaan kliininen tilanne ja tarvittavat lääkkeet. Saattohoitopotilaiden hoitotyössä turhia toimenpiteitä tulee välttää, esimerkiksi injektioiden antamista vältetään. (Korhonen & Poukka 2013, 129.)

Kipulääkkeitä on saatavilla myös laastarimuodossa (Iivanainen & Syväoja 2012, 400). Tarkoituksena on saada lääkeaine imeytymään ihon läpi verenkiertoon ja kulkeutumaan verenkierron kautta vaikutuspaikalleen. Laastarin avulla tavoitteena on saada pitkä vaikutusaika ja tasainen lääkeainepitoisuus. (Nurminen 2008, 36 - 37.) PCA-pumppu eli Patient Controlled Analgesia on laite, joka pumppaa lääkettä säiliöstä ihon alle tai suoneen. Lääkeannostelijaan voidaan annostella kipulääkettä ja/tai puudutusainetta. Lääkeannostelijan avulla on mahdollista annostella kipulääkettä tai puudutusainetta myös epiduraalitalaan esimerkiksi syöpäkipujen hoidossa saattohoitopotilaalle. Tarvittaessa potilas voi itse annostella lisäannoksen kipulääkettä nappia painamalla. Annostelijaan asetetaan tarkat turvarajat, jotka estävät liika-annostuksen. (Nurminen 2011, 318 - 319.)

3.4 Kivun lääkkeetön hoito

Lääkehoidon ohella myös muut hoitotyön auttamismenetelmät ovat tärkeitä potilaan kivun lievittämisessä, mutta niitä käytetään vähän (Kassara ym. 2006, 361). Lääkkeetömiä kivunlievityskeinoja ovat psykososiaalinen tukeminen, fysioterapia, kylmä- ja lämpöhoidot, hyvä perushoito ja asentohoito.

Koska toisen ihmisen läsnäolo tuo turvallisuutta, vähennetään kivuliaisuutta yksinkertaisimmin olemalla lähellä. Samoin koskettaminen on tehokas kivunlievityskeino. Myös rentoutuminen vähentää kipua laukaisemalla lihasjännitystä. Hoitajan tehtävä on kannustaa potilasta rentoutumiseen. (Anttila ym. 2008, 135.) Rentoutumisella tarkoitetaan

tilaa, jossa potilas on melko vapaa esimerkiksi ahdistuksesta. Tällöin ääreisverenkierto paranee, verisuonet laajenevat, verenpaine laskee ja lihasjännitys laukeaa. Tämän seurauksena kivun tuntemus lievittyy. (Kassara ym. 2006, 357.)

Kroonisen kivun hoitoon käytetään myös fysioterapiaa. Fysioterapian hoitomuotojen yksittäinen käyttäminen ei tuota tuloksia kivunhoidossa, mutta hoitokokonaisuutena ne tukevat lääkehoitoa sekä muita lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä. Eniten käytettyjä fysioterapian muotoja kivunlievityksessä ovat liikehoidot ja harjoitusohjelmat. Harjoittelun tarkoituksena on vähentää kipua, parantaa liikkuvuutta ja vahvistaa lihaksia. (Vainio 2009c.)

Kivunhoidossa käytetään myös kylmä- ja lämpöhoitoa. Kylmähoito vähentää verenkiertoa, lievittää kouristuksenomaista lihasjännitystä ja hidastaa kudosten aineenvaihduntaa. Kylmägeelipussin voi laittaa kipukohtaan, jos esimerkiksi potilaan olkapää on pitkän vuodelevon vuoksi kipeytynyt tai hänellä on nivelsärkyä. Pintalämpöhoito rentouttaa lihaksia ja parantaa ihon verenkiertoa. Lämpöhoitoa käytetään esimerkiksi liikeharjoitusten ensihoitona. (Kassara ym. 2006, 357 - 358.)

Laadukas perushoito vähentää potilaan kipua. Tähän kuuluu esimerkiksi hyvä asento-
hoito. (Anttila ym. 2008, 135.) Asentohoito on yksi tärkeimmistä kivunlievitysmenetelmistä, sillä asennonmuutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä (Kassara ym. 2006, 357). Perussairaudet on hoidettava huolella ja kaikki hoitotoimenpiteet suoritettava tavalla, joka ei aiheuta lisäkipua (Anttila ym. 2008, 135).

4 Sairaanhoitajan merkitys kivunhoidossa

Kivun hoito on moniammatillista toimintaa, jossa sairaanhoitaja on keskeisessä asemassa. Hoitajat kuuntelevat, havainnoivat ja aistivat eli arvioivat potilaan kipua jatkuvasti sekä viestivät huomioistaan lääkäreille. (Heikkinen ym. 2004, 56.) Kivunhoito onnistuu kuitenkin parhaiten, kun kaikki terveydenhuollon ammattilaiset ovat mukana potilaan hoidossa käyttäen heidän omaa kollektiivista osaamistaan. Moniammatillisesta osaami-

sesta huolimatta kivun arviointi ei voi olla objektiivista, sillä potilaan kokema kipu on aina omakohtaista. (Lugton & McIntyre 2005, 107.)

Kivun hoitotyö tarkoittaa kipua kokevan potilaan auttamista hoitotyön keinoin. Kivun hoitotyö ja päätöksenteko etenee hoitotyön prosessin mukaisesti eli tarpeen määrittelystä toiminnan toteuttamiseen ja hoidon arviointiin. Prosessiajattelu tekee kivun hoidosta harkittua ja tietoista toimintaa, ja se jäsentää kivun hoitamista. Kivun hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko näkyy kirjaamisessa, josta tulee ilmetä, mitä päätöksiä potilaan kivunhoitoon liittyen on tehty, millä perustein ja mikä vaikutus hoidolla on ollut. (Salanterä ym. 2013.)

Keskeisesti kivun hoitotyön prosessi on sairaanhoitajan toteuttama. Sairanhoitaja hoitaa potilasta kaikkina vuorokauden aikoina erilaisissa tilanteissa eli siksi hänellä on hyvät mahdollisuudet oppia tuntemaan potilas ja tunnistaa hänen kipuaan. Tavoitteellinen kivun hoitotyö edellyttää hoidon seurantaan jatkuvasti. Lääkäri vastaa kivun lääkehoidosta, mutta sairaanhoitaja on lääkehoidon toteuttajana. Eri ammattiryhmien lääkehoidon vastualueet ja työnjako perustuvat terveydenhuollon ammattihenkilölakiin ja asetukseen terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä ammattitoiminnan edellyttämässä koulutuksessa saatuihin vaatimuksiin. (Vallimies-Patomäki 2013, 44.)

Lääkehoidon suunnittelussa, arvioinnissa ja seurannassa tarvitaan sairaanhoitajan osaamista. He esimerkiksi voivat tehdä arvioinnissa tarvittavia mittauksia ja tutkimuksia. Lisäksi sairaanhoitaja toimii lääkkeiden ja lääkeneuvonnan antajana sekä lääkkeiden haitta- ja muiden vaikutusten seuraajana. (Erkko & Johansson 2013, 168.) Lääkehoito toteutetaan annetuilla lääkemääräyksillä, jotka perustuvat potilaan tarpeisiin (Salanterä ym. 2013). Lääkkeiden antamisajankohtien suunnittelu ja kirjaaminen vaatii sairaanhoitajalta lääkkeiden ominaisuuksien, lääkemuojojen sekä mahdollisten yhteisvaikutusten huomioimista (Erkko & Johansson 2013, 154).

Sairanhoitajan ja potilaan välinen suhde perustuu aina hoitosuhteeseen, niin myös saattohoitotyössä. Tavoitteena on vuorovaikutuksellisuus sekä yhteistoiminta potilaan parhaaksi. Sairanhoitajan tehtävä hoitosuhteessa on potilaan oikeuksien toteutuminen ja kokonaisvaltainen havainnointi. Tässä tapauksessa kivunhoitoon liittyen olennaista on

potilaan subjektiivisen kokemuksen pitäminen totena. Hoitosuhde vaatii rehellisyyttä ja luottamusta molemmin puolin. (Heikkinen yms. 2004, 42 - 43.)

Tuoreessa ulkomaalaistutkimuksessa on kuvattu sairaanhoitajien roolia syövän läpilyöntikivunhoidon hoidossa ja arvioinnissa. Tutkimuksen tuloksissa tulee esille, että sairaanhoitajat kokevat melko vaikeaksi ottaa kivun puheeksi potilaiden kanssa. Tutkimuksen tuloksien mukaan on tehty ohjelinjaukset, joiden mukaisesti syöpäkipua tulisi seurata ja hoitaa. Ohjelinjausten tavoitteena on parantaa potilaiden kivunhoitoa. Avainasemassa ohjeistuksessa ovat hoitajat ja hoitotyö, sillä hoitajilla on niin tärkeä rooli potilaan kivun arvioinnissa ja hallinnassa. (Buchanan, Geerling & Davies 2014, 126 - 129.)

Hoitosuhteessa keskustelu ja kommunikointi ovat avainasemassa. Tällöin annetaan potilaalle tunne siitä, että hän kykenee itse hallitsemaan kipujaan sekä kivunhoitoa. Sairaanhoitajan tehtävänä on antaa potilaalle tietoa kivun syistä, erilaisista hoitovaihtoehdoista ja niiden hyödyistä sekä mahdollisista haittavaikutuksista. (Grönlund & Huhtinen 2011, 58.)

Saattohoitopäätöksen saaneen potilaan lääkitys tulee arvioida uudestaan, ja useimmiten monia lääkityksiä lopetetaan. Lääkärin tulee määrittää potilaalle lisäksi tarvittavat lääkitykset esimerkiksi kipujen, hengenahdistuksen tai levottomuuden varalle. Tällöin sairaanhoitaja ennakoii tilannetta tietäen, mitä lääkettä potilaalle annetaan oireiden pahentuessa tai kokonaistilan huonontuessa. (Korhonen & Poukka 2013, 129.)

Kirjaaminen on yksi iso osa kivunhoitoa. Potilaslain 12.§ (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) määrittää, että terveydenhuollon ammattilaisen on merkittävä potilasasiakirjoihin tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta sekä seurannasta. Potilasasiakirjojen tarkoituksena on pääasiassa edistää hoidon jatkuvuutta ja sen vuoksi siihen on merkittävä kaikki tarpeelliset tiedot potilaan hoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 9-10.) Moniammatillinen potilaskertomus on turvallisen ja vaikuttavan lääkehoidon näkökulmasta katsottuna keskeisin asiakirja lääkehoitotietojen välittämisessä. Kirjaukset ovat myös näyttö toteutetusta lääkehoidosta, sen perusteista sekä vaikuttavuudesta, ja ne toimivat samalla hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden päätöksenteon tukena. (Erkko & Johansson 2013, 147 - 148.)

Lääkehoitoa koskevan tiedon täsmällistä sisältöä määrittävät sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito -opas (2006) sekä monet edellä mainitut säädökset. Potilaalle määrätystä ja annetuista lääkkeistä kirjataan potilastietoihin merkinnät, joista tulee selvittää muun muassa lääkkeen nimi tai vaikuttava aine, lääkemäärä, lääkkeen annostelu, antokerrat, annostelutapa sekä lääkkeen vaikutukset. Hoitokertomukseen tehdyistä merkinnöistä täytyy tulla ilmi lääkehoidon tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus, ohjaus sekä vaikutuksen seurantaan ja arviointiin liittyviä asioita. Lääkehoidon kirjaaminen edellyttää sairaanhoitajalta näyttöön perustuvan hoitotyön, lääkehoidon ja kirjaamisen sekä potilasturvallisuuden osaamista. (Erkko & Johansson 2013, 150 - 159.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivunlievityksestä. Kohderyhmänä haastatteluissa ovat perusterveydenhuollon sairaanhoitajat.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat seuraavat:

1. Sairaanhoitajan kokemuksia saattohoitopotilaan kivun arvioinnista
2. Sairaanhoitajan kokemuksia käytetyistä kivunlievityskeinoista
3. Sairaanhoitajan kokemuksia sairaanhoitajan merkityksestä saattohoitopotilaan kivunlievityksessä

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Laadullinen menetelmä

Työssämme käytimme laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tarkoituksena oli kuvata tiettyä ilmiötä eli tässä tapauksessa hoitajien kokemuksia. Laadulli-

nen tutkimus mahdollistaa ilmiön kuvaamisen todellisena sekä moninaisena ja haastatteleamalla saadaan mahdollisimman kattava tieto käsiteltävästä aiheesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-161). Tutkimukseen osallistujille laadimme haastattelujen suostumuslomakkeen (liite 2). Haastatteluista pyydettiin myös kirjalliset tutkimusluvut, joihin saimme viralliset kirjalliset vastaukset ennen kaikkia haastatteluja.

Laadullisen tutkimuksen haastattelumenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun, jolloin olennaista oli keskittyä tiettyihin ennalta määriteltyihin teemoihin, joiden kautta haastattelut etenivät (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Teemahaastattelun yhtenä tärkeänä osana on teemahaastattelurunko (liite 3), josta ilmenivät haastatteluteemat eli niin sanotut kysymykset, joihin haastattelulla haluttiin vastauksia. Haastattelurunko tehtiin tutkimustehtävien pohjalta. Haastattelurunko koostui pääasiassa teema-aiheluettelosta eikä niinkään kysymyksistä. Teema-aiheluettelon tarkoituksena oli tukea tutkijaa haastattelun aikana ja ohjata keskustelua. Teema-alueita tarkennettiin kysymyksillä, mutta kuten edellä mainittiin, kysymykset eivät olleet kovin yksityiskohtaisia. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 66 - 67.)

6.2 Aineistonkeruu

Haastattelujen kohdejoukkona olivat perusterveydenhuollon sairaanhoitajat, jotka työskentelevät erilaisissa työyksiköissä hoitaen saattohoitopotilaita. Toimitimme teemahaastattelurungot kaikkiin tutkimukseen osallistuviin yksiköihin hyvissä ajoin ennen haastatteluja ja haastateltavat olivat tutustuneet käsiteltäviin aiheisiin etukäteen. Ennen haastatteluja kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksesta ja siihen liittyvästä nimettömyyden säilymisestä. Kaikki haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, ja kaikilta haastateltavilta pyydettiin haastattelujen aluksi allekirjoitettu suostumuslomake. Kaikki haastattelut nauhoitettiin kannettavan tietokoneen äänitysohjelmalla.

Haastattelun tekemisen yhtenä tärkeänä osana ja luotettavuuden lisääjänä teemahaastattelurunko esitettiin ennen varsinaisia haastatteluja. Esitestaukseen osallistui yksi sairaanhoitaja. Esitestauksen haastattelu myös nauhoitettiin, jotta varsinaisissa haastatteluissa tiedämme nauhoituksen toimivan ja samalla saimme todentuntuisen esihaastattelun, joka valmisteli myös meitä varsinaisiin haastatteluihin. Esitestauksesta saatua tietoa

ei otettu mukaan opinnäytetyön tuloksiin. Esitestauksen jälkeen totesimme teemahaastattelurungon toimivaksi ja teemat vastasivat hyvin tutkimuskysymyksiin. Haastattelurunkoon ei tehty muutoksia esitestauksen jälkeen. Esitestauksella haastattelurungosta saatiin siis mahdollisimman luotettava. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 72 - 73.)

Varsinaisten haastattelujen kohdejoukon määrä oli neljä hoitajaa. Haastateltavat olivat iältään 38 - 62 -vuotiaita naisia. Työkokemusta haastateltavilla oli kertynyt 10 -19 vuotta. Haastattelut toteutettiin jokaisen haastateltavan työpaikalla ja työajalla. Haastattelutilat olivat toimivat, sillä ne olivat meille varattuja eli rauhallisia sekä mahdollistivat katsekontaktin haastattelujen aikana. Haastatteluajat olivat pääasiassa iltapäivisin. Haastattelut kestivät keskimäärän noin puoli tuntia, mikä tuntui olevan sopiva aika.

Haastattelemalla saatu nauhoitettu aineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Litterointi aloitettiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Tällöin nauhoitettu puhe kirjoitettiin tekstiksi kokonaan, jolloin aineiston analysointi ja päätelmät tehtiin kirjallisesta tuotoksesta. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 17 sivua.

6.3 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen ja litteroinnin jälkeen luimme aineiston läpi useamman kerran. Analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi. Lisäksi aineiston käsittelyyn valittiin aineistolähtöinen analyysimalli. Analyysimalleja on erilaisia, mutta valitsimme mallin, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen ns. kategorioiden luominen (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Olemme tehneet aineiston analyysistä mallikaaviot, jotka on jaoteltu tutkimustehtävien mukaisesti (liitteet 4 - 6).

Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa käytimme hyväksi erivärisiä kyniä, joiden avulla etsimme litteroidusta aineistosta tutkimustehtäviin vastaavia ilmaisuja. Analyysimallin mukaan aineiston pelkistäminen voi olla tiedon pilkkomista tai tiivistämistä. Klusteroinnissa eli aineiston ryhmittelyssä etsimme aineistosta käsitteitä, jotka tarkoittavat samaa asiaa. Nämä käsitteet ryhmiteltiin yhdeksi kokonaisuudeksi, jonka on tar-

koituksena tuoda esille kuvattavan ilmiön piirre, käsitys tai ominaisuus. Ryhmittelyn tarkoituksena on saada yksittäiset tekijät kiinnittymään yleisimpiin käsityksiin eli toisin sanoen tarkoituksena on tiivistää aineistoa. Ryhmittelyvaiheessa nimetään jo aineistosta ala- ja yläkategoriat, jotka yhdistetään kokonaisuudeksi yhdistävään kategoriaan. Abstrahoinnissa on tarkoitus siis käsitteellistää pelkistettyjä ilmaisuja eli ilmaisuista siirtää teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin, joita aineisto tarjoaa. (Ks. Tuomi ym. 2009, 108 - 111).

Opinnäytetyön tulokset pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja objektiivisesti. Tuloksissa nostimme esille aineistosta löytyviä ilmiöitä ja pyrimme liittämään suoria lainauksia haastatteluista. Tulokset pohjautuvat paljolti tekemiimme taulukoihin analyysin etenemisestä (liitteet 4 - 6).

7 Kokonaisvaltainen ja systemaattinen kivunarviointi

Tutkimustuloksista nousi esille hyvin monenlaisia saattohoitopotilaan kivunarviointikeinoja. Erilaisissa työympäristöissä toistuivat samanlaiset kivunarviointimenetelmät. Kivunarviointimenetelmän valintaan vaikutti eniten potilaan yleistila. Kivunarvioinnissa käytettiin hyväksi hoitajan suorittamaa havainnointia aisteihin perustuen, kommunikointia ja keskustelua potilaan kanssa sekä kipu- ja oiremittareita.

7.1 Aisteihin perustuva kivunarviointi

Hoitajat arvioivat saattohoitopotilaan koko kivunarviointiprosessin lähtevän potilaasta ja yleisvaikutelmasta. Potilaan ilmeet, eleet ja käyttäytyminen kertoivat kivun kokemisesta. Saattohoitopotilasta **havainnoitiin kokonaisvaltaisesti** katsomalla potilasta ja tulkitsemalla potilaan käyttäytymistä sekä reaktioita. Esimerkiksi dementoituneen potilaan kohdalla kiukkuinen käyttäytyminen kertoi kivun kokemisesta. Tulkitsemalla potilaan eleitä, esimerkiksi sitä, ettei hän syö, ei hymyile eikä liiku voitiin saada tietoa siitä, että potilas kokee kipua vaikka ei sitä itse pysty kertomaan. Kivunarvioiminen havainnoimalla ja palpoimalla kuvailtiin perustuvan hoitajan omiin vaistoihin sekä tulkintaan.

Hyväksi kivun mittaamiskeinoksi koettiin se, kun hoitaja katsoo potilasta ja on hänen vieressään.

”--kivunarvio lähtee yleensä siitä potilaasta ja yleisvaikutelmasta.”

”Yleensä se kiputuntemus ja aistimus on tulkittavissa ihan ensimmäiseksi, että eleistä, ilmeistä, siitä että potilas ei suostu liikkumaan tai jos on vanha demen-toitunut ihminen, joka ei osaa sanoa niin se on sitten kiukkunen.”

”Minun mielestä se on helppoo, sie näät sen kyllä ihmisestä jos se on kipee, kun vaan pysähdyt.”

Potilaan kipukohtan palpoin eli koskettaminen, onko jokin tietty paikka kipeä, mainittiin myös tärkeänä kivunarviointi menetelmänä.

”--koskettelemalla, että onko joku paikka esimerkiksi kipeä”

7.2 Kivun arviointi kommunikoiden

Potilaan kanssa keskustelu ja kommunikointi koettiin tärkeänä keinona saattohoitopotilaan kivunarvioinnissa. Hoitajat kysyivät potilaalta, onko kipua, millaista kipu on ja kuinka kovana potilas kivun tuntee. Jos potilas pystyy itse vastaamaan, painottui kivunarviointi hoitajan kysymyksiin potilaalta.

”-- jos pystyy vastaamaan, niin on se kysellään miten kokee ja miten kovana kokee sen kivun.”

”-- kyllähän se painottuu ihan siihen hoitajan kysymyksiin asiakkaalta.”

Omaisten kanssa keskustelua sekä kommunikointia pidettiin tärkeänä ja heidän huomiotaan käytettiin hyväksi potilaan kivunhoidossa. Omaisten kanssa keskustelu koettiin hyväksi varsinkin, jos saattohoitopotilas ei pysty itse kertomaan. Koska omaiset tuntevat potilaan ja osaavat tulkita potilaan reaktioita, koettiin omaisten huomiot tärkeäksi kivunarviointikeinoksi.

”Omaisten huomioita paljon käytetään sitten myös hyväksi.”

”Läheisen kertoma kokemus on aina tärkeä, jos asiakas ei pysty itse sanomaan.”

7.3 Kipu- ja oiremittarit kivunarvioinnissa

Erilaisten mittareiden käyttäminen kivun arvioinnissa oli vaihtelevaa. Tuloksissa mainittiin käytössä olevan ESAS -mittari, etenkin silloin kun potilas ei osaa itse arvioida kipuaan. Kipujana ja numeerinen kivunarviointi olivat myös käytettyjä menetelmiä, mutta ne koettiin merkityksettömänä muistamattoman potilaan kivunarvioinnissa, sillä potilas ei osaa asettaa kipuaan numeeriseen muotoon. Mittareita kritisoitiin myös kivun nopean muuttumisen vuoksi. Kivunarviointimittarit koettiin nimellisesti tutuiksi, mutta niitä ei käytetty kuitenkaan aktiivisesti. Yhdenmukaisia kipu- ja oiremittareita toivottiin enemmän eri yksiköiden käyttöön, jotta kivunarviointi olisi eri paikoissa samanlaista ja näin ollen myös kivunarviointi olisi systemaattisempaa.

”--semmosissa tapauksissa, että potilas osaa ite arvioida, niin sitten käytetään ESAS-mittaria.”

”--kipujanalla tai sitten numeraalisesti pyydetään asiakasta kertomaan sitä kivun arviointia.”

”Meillä on muistamattomia, eihän se niinku jos myö näytetään jana yks viiva kymmenen, et missä kohtaa siun kipu on, ei hyö ossaa sannaoo sitä.”

”Sikäli ne mittarit ei välttämättä oo hyviä, koska se kipuahan muuttuu koko ajan.”

”ESAS on silleen tuttu, mutta sitä pitäis varmaan enemmän käyttää.”

”--eri yksiköissäki ois niinku samanlaisia mittareita, että pystyttäis arvioimaan sitä kipua samalla tavalla.”

8 Kivunlievityskeinojen moninaisuus

Tutkimustuloksissa tuli esille monipuolisia saattohoitopotilaan kivunlievityskeinoja. Hoitajat toivat esiin erilaisia yksikössä käytettäviä kivunlievityskeinoja. Kivunlievityskeinojen valintaan vaikuttavat asiat olivat yksilöllisiä ja potilaslähtöisiä. Kivun kokemi-

nen on erilaista eri potilailla, joten kivunlievityskeino valittiin kivunarvioinnin perusteella. Kivunlievityskeinot on jaettu lääkkeettömiin ja lääkkeellisiin kivunlievityskeinoihin.

8.1 Kivunlievitys lääkkeettömin keinoin

Lääkkeettömässä kivunhoidossa kivunlievityskeinot jakautuivat potilaan psykososiaaliseen tukemiseen, potilaan turvallisen ympäristön luomiseen, optimaaliseen asentohoitoon sekä monipuolisiin apuvälineisiin. **Saattohoitopotilaan psykososiaalisen tukemisen** toteuttamisen keinoina käytettiin hoitajasta lähtevää läsnä olemista, kuuntelua, ajan antamista sekä potilaan koskettamista. Omaisten mukaan ottaminen hoitoon koettiin lievittävän saattohoitopotilaan kipua. Hoitajien mukaan omaisten mukana olo rauhoittaa tilannetta ja tekee turvallisen olon. Omainen voi esimerkiksi huomioida, kostuttaa suuta, pitää kädestä ja kuunnella. Psykososiaalisen tuen keinot koostuivat myös arjen pienistä asioista, esimerkiksi musiikin kuuntelusta tai potilaalle lukemisesta.

”--varmaan just sitä ajan antamista ja keskustelua.”

”Läheinen on siinä, huomioipi ja kostuttaa suuta ja pitää käestä ja kuuntelee.”

”--musiikki on semmonen rentouttava tai lukeminen.”

”Niistä arjen perusasioista se koostuu.”

Saattohoitopotilaan kipua lievitti hoitajien mukaan myös **potilaan turvallinen ympäristö**. Ympäristön merkitys korostui varsinkin kotona toteutettavassa saattohoidossa. Koti ja tuttu ympäristö loivat turvallisuuden tunnetta ja vähensivät kipua sekä ahdistusta. Tilojen ja muiden puitteiden turvalliseksi ja viihtyisäksi luominen koettiin olevan myös yksi tärkeä lääkkeetön kivunlievityskeino.

”--kodin merkitystä painotan, että tutussa ympäristössä ei pelota niin paljon, ja sitten ei myöskään koske niin paljon.”

”Yritetään luova semmoset puitteet ja nämä tilat.”

Optimaalinen asentohoito sekä **monipuoliset apuvälineet** olivat käytössä olevia lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja. Asentohoidolla ehkäistiin lisäkipua ja estettiin esimerkiksi painehaavojen syntymistä. Kivunhoidossa käytettäviä apuvälineitä käytettiin monipuolisesti. Käytettäviä apuvälineitä olivat esimerkiksi patjat ja kylmä- tai kuumageelipussit.

”Pyritään sitten asentohoidolla ehkäisemään niitä lisäkipuja.”

”--kaikki just apuvälineet tai tämmöset, että just niillä saahaan sitä oloa paremmaksi.”

”Mellä on erilaisia geelityynyjä, lämpötyynyjä, kylmätyynyjä. Niitä on hyvin paljon mahdollisuuksia.”

8.2 Kivunlievitys lääkehoidolla

Lääkehoidon toteuttamiseen koettiin olevan paljon mahdollisuuksia. Eri lääke muodot, erilaiset lääkkeen antotavat sekä monipuolinen lääkevalikoima mahdollistivat monipuolisesti käytettävän kipulääkehoidon. Hoitajien vastuu lääkehoidon toteuttajana oli suuri. Lääkehoidon koettiin olevan iso alue saattohoitopotilaan kivunlievityksessä. Lääkkeiden kerrottiin olevan hyviä, ja niillä saatiin saattohoitopotilas hyvin kivuttomaksi.

”Lääkkeet on nykyään aika hyviä, kyl niillä yleensä saadaan aika hyvin ihmiset kivuttomaksi.”

”Lääkehoito on tietysti se iso alue.”

Pääsääntöisesti lääkehoito toteutettiin **suun kautta annettavalla lääkehoidolla** niin kauan, kun potilas pystyi nielemään tabletteja. Lääkehoito aloitettiin peruskipulääkevalikoimalla, josta siirryttiin vahvempiin tarpeen mukaan. Tutkimustuloksissa tuli ilmi, että keskivahvoja opioideja ei käytetty paljon, vaan siirryttiin suoraan vahvoihin opioideihin. Nestemäiset suun kautta annettavat kipulääkkeet koettiin hyväksi tilanteessa, kun saattohoitopotilas ei enää pysty nielemään tabletteja, ja niitä käytettiinkin paljon.

”--pääsääntöisesti on niinku suun kautta se lääkehoito niin kauan tietenkin kun asiakas pystyy ne niin ottamaan.”

”Ihan peruskipulääkevalikoimalla lähetään ensi alkuun elikkä panadolhan se on se kaikkein turvallisim, buranaa hirveen harvoin käytetään koska siitä on sitten taas haittavaikutuksia. Sitte lähetään keskivahvoihin opioideihin. Elikkä jos ne ei auta, niin no nykyään ei käytetä hirveesti keskivahvoja vaan siirrytään suoraan näihin vahvoihin.”

”Nestemäiset kipulääkkeet on ollu minusta tosi hyviä. Että ne on hyviä siinä vaiheessa kun ei vaikka enää pysty nielemään tabletteja. Niistä on hyviä kokemuksia.”

Iholle asetettavia kipulaastareita käytettiin paljon. Laastareissa nähtiin hyvänä, kun annosta pystyi nostamaan nopeasti ja turvallisesti. Kipulaastareiden vaikuttavana aineena käytetään esimerkiksi fentanyyliä ja buprenorfiinia.

”Myö on koettu et se laastarihoito on kans hirmu hyvä.”

”Laastarithan ne oikeestaan on nyt syrjäyttänyt näitä kipupumppuja, että niillä laastareilla ja suun kautta mikstuuroilla pyritään menemään mahdollisimman pitkään.”

”Äskettäin tapahtuneessa saattohoidossa mentiin silleen, että per os lääkkeillä ihan melkein kuolemaan saakka, että sitten ehkä kaksi viikkoa oli kipulaastari. Ja sillä pärjäsi kyllä hyvin.”

Kipulääkeinjektioita ja lääkeannostelijoita käytettiin vaihtelevasti. Kipulääkeinjektioita ei mielellään käytetä, koska niiden koettiin aiheuttavan lisäkipua saattohoitopotilaalle. Kipulääkkeitä kuitenkin pistettiin injektiona joissakin tilanteissa joko lihakseen tai ihon alle. Lääkkeenantotavan valinta riippui hoitavasta lääkäristä ja potilaan kokonaistilanteesta. Kipulääkeannostelijoita oli käytössä eri yksiköissä, myös kotona tapahtuvassa saattohoidossa. Kipulääkeannostelijan valintaan vaikuttivat erilaiset seikat, eikä sen käyttöönottoon ollut olemassa tiettyä kriteeriä. Joskus kipulääkeannostelija koettiin hyväksi heti kivunhoidon alussa ja joskus taas annostelija otettiin käyttöön vasta, kun muut keinot oli kokeiltu.

”Ehkä sitten injektioita vähemmän, pyritään siihen että ei sitä pistämistä tulisi enää lisäkipua aiheuttamaan.”

”Kipupumppuja on ollu silleen, että toki sillon jos ne kivut on niin kovat ja muut keinot on kokeiltu ja ei auta. Tai sitten se on nähty hyväksi vaihtoehdoksi jo heti alussa että. Tai asiakas on sitä itsekin toivonut, että jos pelkää sitten niitä tulevia kipuja.”

Kivun **lääkehoidon tukilääkkeinä** käytettiin rauhoittavaa lääkettä tarpeen mukaan. Saattohoitopotilaan tuntiessa pelkoa myös kiputuntemus lisääntyi eli näin rauhoittavalla lääkehoidolla hoidettiin myös kipua. Tutkimustuloksissa tuli esille happi kivunlievityskainona. Kotisaattohoidossa hapen nähtiin olevan tärkeä elementti kivunhoidossa. Hapen saaminen voi rauhoittaa saattohoitopotilasta, ja näin myös kivuntuntemus vähentyi.

”Yleensä annetaan niinkun sekä kipulääkettä että sitte rauhottavaakin, et tavallaan kun ihminen on pelokas niin se kivunaistimuskin lisääntyy.”

”--ja se on tietysti yks semmonen kivunlievitysmuoto, että vaikka sille ei välttämättä olis niin suurta tarvetta sille hapelle, sen antamiselle, mut se kuitenkin voi rauhoittaa sitä asiakasta ja myös läheisiä että happea on siitä nopeasti mahdollista saada.”

9 Sairaanhoitajan iso ja vastuullinen merkitys

Tutkimuksen tuloksista ilmeni hyvin sairaanhoitajan kokonaisvaltainen merkitys saattohoitopotilaan hoidossa sekä kivunlievityksessä. Tuloksista voitiin lyhyesti jakaa nimikkeet vastuullinen toimija, konkreettinen toteuttaja, kokonaisuuden koordinoija, kivunhoidon kirjaaja sekä kivunhoidon kehittäjä. Näistä nimikkeistä koostui yhtenäinen kokonaisuus sairaanhoitajan toiminnasta saattohoitopotilaan kivunlievityksessä.

9.1 Vastuullinen toimija

Sairaanhoitajan vastuuta pidettiin merkittävänä ja suurena, kokonaisuudessaan sekä nimettynä omahoitajana. Omalla sairaanhoitajalla kerrottiin olevan se suurin vastuu. Mainittiin myös, että sairaanhoitajan on uskallettava ottaa vastuuta. Työvuoron aikana oli nimetty vastuusairaanhoitaja, jolla oli sen vuoron kokonaisvastuu. Lisäksi sairaanhoitaja oli kokonaisuuden hallitsija eli taho, joka pitää lankoja käsissä.

”Omalla sairaanhoitajalla on se suurin vastuu.”

”Tosi iso vastuu on, pitää uskaltaa ottaa sitä.”

”--vastuusairaanhoitaja, joka ottaa periaatteessa sen kokonaisvastuun vuorossa.”

”Sairaanhoitaja on se joka pitää niitä lankoja käsissä.”

9.2 Konkreettinen toteuttaja

Sairaanhoitaja oli saattohoitopotilaan kivunlievityksen konkreettinen toteuttaja, jonka työnkuvaan kuuluivat kivunarviointi, lääkintä sekä seuranta. Sairaanhoitaja toimi lääkeshoidon yhtenä asiantuntijana, kokonaisvaltaisena arvioijana sekä annettujen ohjeiden toteuttajana. Työyksiköissä oli käytössä myös ns. takasuunnitelma, jonka mukaan sairaanhoitajalla on mahdollisuus nostaa tai muuttaa lääkitystä. Lääkeannostelijoiden käyttäminen kuului sairaanhoitajien vastuulle. Heillä oli pumpunhallinnan päävastuu eikä kipupumppua oikeastaan saanut käyttää muut, kuin sairaanhoitajat.

”Nykypäivänä se on sairaanhoitajan vastuulla ihan tää kivunlievitys, seuranta ja arviointi pitkälle.”

”Sairaanhoitaja on lääkkeen valinnan asiantuntija.”

”--takasuunnitelma, että meillä on mahdollisuus sitten nostaa lääkitystä tai muuttaa.”

”Kipupumppuja ei oikeastaan muut saa käyttää kun sairaanhoitajat.”

9.3 Kokonaisuuden koordinoija

Sairaanhoitaja toimi koordinaattorina ja tiedonvälittäjänä sekä lääkärin että monien eri tahojen välillä. Sairaanhoitaja toimi yhteyshenkilönä potilaan ja erilaisten palveluiden sekä järjestöjen välillä: hän voi ohjata potilasta järjestöihin tai pyytää järjestöjä ottamaan yhteyttä potilaaseen. Lisäksi sairaanhoitaja toimi moniammatillisessa yhteistyössä ja viestinviejänä myös erilaisten tahojen kanssa liittyen saattohoitopotilaan kivunlievitykseen. Sairaanhoitaja oli saattohoitopotilaan kivun tiedonvälittäjä lääkärille sekä teki tiivistä yhteistyötä lääkärin kanssa potilaan kivunlievittämiseksi. Lisäksi sairaanhoitaja oli yhdyshenkilö erikoissairaanhoidon, mikäli potilas tarvitsi konsultaatiota sieltä.

”--lääkärin aisaparina yritetään sitten mieltä aina niitä parhaita vaihtoehtoja kunkin potilaan kohdalla.”

”--se sananviejä sitten eteenpäin siitä asiakkaan voinnista lääkärille.”

”Hän voi olla se linkki myös fysioterapiaan tai sitten vaikka niinku syöpäjärjestöön tai johonkin potilasjärjestöön, että sen niinku joutuu vähän niinkun kasaamaan sen porukan.”

”--konsultoidaan erikoissairaanhoitoo, jos koetaan että meillä ei oo keinoja auttaa.”

9.4 Kivunhoidon kirjaaja

Hoitotyön kirjaaminen oli yksi sairaanhoitajan tehtävä. Kirjaamiseen liittyen tuloksissa ilmeni paljon kirjaamisen kehittämistä. Hoitajat kokivat, että kivunhoidon kirjaamisen tulisi olla vielä systemaattisempaa. Tarvetta ilmeni myös siinä, että hoitajat oppisivat tarkemmin miettimään eri vaihtoehtoja kivunhoitotyöhön liittyen sekä sen myötä kirjaamaan niitä ylös.

”--jotenkin pitäis olla vielä systemaattisempaa.”

”--opittais tarkemmin miettimään niitä vaihtoehtoja ja kirjaamaan ylös.”

9.5 Kivunhoidon kehittäjä

Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat kävivät paljon erikoistumisopintoja saattohoitoon sekä kivunhoitoon liittyen. Sairaanhoitajilla koettiin olevan mahdollisuus päästä eri koulutuksiin. Saattohoidon kehittymisen avulla myös kivunhoito kehittyi siinä rinnalla. Haastatteluissa ilmeni, että jatkuvaa kehitystä pidettiin kuitenkin negatiivisena, sillä oli mahdotonta pysyä tuoreimman suosituksen perässä sekä toteuttaa uusinta ohjeistusta. Kuitenkin mainittiin, että erikoistumisopintoja käymällä saattohoidon kehittyminen tulee tietoisuuteen työyksiköihin. Lisäksi resursseja saattohoidon hyvälle toteuttamiselle pidettiin liian vähäisinä.

”Hoitajat kanssa käy niitä erikoisopintoja tai niitä, et sitä kautta se varmaan niinku tulee tietoisuuteen, että se myös kehittyi.”

”--tää saattohoitoa nostetaan pinnalle ja tämä kivunhoitoki siitä kehittyy varmaan samalla.”

”Kehittyy hirveesti nää kivunhoitomenetelmät ja lääkemenetelmät, että hirveen vaikee pysyä perässä aina, että mikä se on se tällä hetkellä paras vaihtoehto ja mitä suositellaan.”

”--silleen niinku vielä paremmilla resursseilla saisi vielä enemmän sitä paremmaksi.”

10 Pohdinta

Saattohoidon toteutus kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuollolle. On tutkittu, että kuolevan vanhuspotilaan kipu on ilmeisesti usein alihoidettua (Anttila ym. 2008, 133). Opinnäytetyössämme keskeistä on erityisesti kivunhoitomenetelmän valinta ja se, miten kipua arvioidaan ja hoidetaan. Kohdennamme tutkimuksen erityisesti sairaanhoitajan merkitykseen ja päätöksentekoon kivunhoidossa.

10.1. Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa meille laajakuvainen käsitys saattohoitopotilaan kivusta, kivun arvioinnista ja hoidosta. Hoitotyö korostaa kivun subjektiivisuutta. On tärkeää, että hoitaja ymmärtää, kuinka kokonaisvaltainen ja laaja-alainen kiputuntemus on. Hoitajan tulee kaikessa toiminnassaan pyrkiä tavoitteelliseen ja tehokkaaseen kivunlievitykseen. (Ks. Anttila ym. 2008, 133.) Hyvä ja asianmukainen kivunhoito toimii omalta osaltaan taustatekijänä oikeudenmukaisuuden toteutumiseksi sekä potilaan ihmisarvon kunnioittamiselle (Grönlund ym. 2011, 113).

Tutkimuksemme on siis ajankohtainen ja tarpeellinen, sillä saattohoitopotilaan kivunhoidossa näyttäisi olevan puutteita tutkimustiedon mukaan. Opinnäytetyömme keskittyi siihen, miten sairaanhoitaja osallistuu kivunhoidon arviointiin sekä toteuttamiseen. Edellisissä tutkimuksissa tulivat esille saattohoitopotilaan kivun alihoido ja hoitajien koulutustarve (Anttila ym. 2008, 133; Tuura ym. 2005).

Tutkimuksemme tuloksissa ilmeni, että potilaan kivun arvioinnissa kokonaisvaltaisuus on ehdottoman tärkeää ja kivunarviointimenetelmät tukevat tiiviisti toisiaan. Havainnoimalla ja potilasta katsomalla saadaan paljon tietoa, mutta sen tukena on myös kommunikoituva ja keskusteltava potilaan kanssa. Lisäksi omaisten huomioilla on suuri merkitys, etenkin siinä tilanteessa, jos potilas ei itse kykene kertomaan kivuistaan. Omainen tuntee potilaan parhaiten ja osaa tuoda omasta näkökulmastaan tietoa hoitajalle.

Mittareiden käyttäminen on saamamme tulosten perusteella aika vaihtelevaa. Tarkempia perusteluja mittareiden käyttämättömyydelle ei oikein ilmennyt haastatteluissa. Toisaalta syynä voi olla se, että hoitajien mielestä mittareilla on vaikea arvioida muistisairaana kipua eikä kaikkia mittareita ole tehty muistisairaana kivunarvioimiseksi. PAINAD-mittari on tarkoitettu muistisairaana kivunarviointiin oiremittarina, mutta sitä ei mainittu haastatteluissa eli yksiköissä ei tunnutta olevan tietoisia kaikista mahdollisista käytettävistä mittareista tai niitä ei vain ole otettu käyttöön. Ehkä mittareita käytetään vähän, koska kaikki mittarit eivät sovi yksilöllisesti tietyn potilaan kivunarviointiin. Lisäksi vaikeuksia käyttää mittaria ilmenee sen vuoksi, että potilaan kipua voi muuttua jatkuvasti. Nämä varmasti tuovat lisähaasteita mittareiden käyttöön.

Kivunarvioinnin kehittämiseksi hoitajat toivovat kuitenkin kivunarvioinnin yhdenmukaisuutta eri yksiköiden välillä. Erilaiset kipu- ja oiremittarit voisivat edesauttaa yhdenmukaista kivunarviointia ja yhdenmukaisen tiedonkulkua eri yksiköiden välillä, jos potilas siirtyy yksiköistä johonkin toiseen. Hoitajat myös toivovat kivun arvioinnin kirjaamiseen systemaattisuutta, jota voitaisiin myös yhdenmukaisella mittareiden käytöllä tuoda paremmin esille. Tuuran ym. (2005) tutkimuksessa tuli esille hoitohenkilökunnan tarve käytännönläheisille kivunhoidon ohjeille. Ohjeita kaivattiin kivunarviointiin sekä kipumittareiden käyttöön. Opinnäytetyömme tulosten perusteella kipumittareiden käyttöön kaivataan edelleenkin yhtenäistä linjausta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Anttila ym. 2008, 133) nousee esille, että saattohoitopotilaiden kipua alihoidettaisiin eli lääkitys ei olisi riittävää potilaan kipuun ja oireisiin nähden. Haastatteluissa ja saamissamme tuloksissa ilmeni, että saattohoitopotilasta lääkittää niin paljon kuin on tarpeen eli potilaasta on tavoitteena saada mahdollisimman kivuton. Lisäksi kivuttomuuteen on monia erilaisia keinoja: lääkkeettömiä ja lääkkeelli-

siä. Lääkkeettömät ja lääkkeelliset keinot tukevat tiiviisti toisiaan ja niitä käytetään yksilöllisesti jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla. Lääkkeettömissä keinoissa pyritään yleensä kokeilemaan kaikkea mahdollista, mistä voisi olla apua potilaan kivunlievityksessä.

Lääkkeettömät keinot olivat opinnäytetyötulostemme mukaan ensiarvoisen tärkeitä psyykkisen ja henkisen kivun lievityksessä. Tällöin korostuivat potilaan kanssa keskustelu ja ajan antaminen sekä muut psykososiaalisen tukemisen keinot. Potilas käy saattohoitovaiheessa läpi monia erilaisia tunteita ja ajatuksia, jolloin oli tärkeää antaa potilaalle tilaa asioiden läpikäymiseen sekä kuunnella häntä. Läsnäolo olikin yksi tärkeä sairaanhoitajan tehtävä saattohoitovaiheessa. Lääkkeettömillä kivunlievityskeinoilla tarkoitettiin myös erilaisten apuvälineiden käyttämistä kivunlievityksessä. Apuvälineitä tuli esille runsaasti ja tutkimuksemme tulosten perusteella niitä käytettiin hyvin laajasti. Varsinkin kotisaattohoidossa apuvälineiden käyttäminen kivunlievitykseen korostui. Saamissamme tuloksissa apuvälineiden kokeilemisen perusajatuksena oli kokeilla kaikkea, mikä voisi auttaa potilaan kipuun. Lisäksi potilaalle tehty turvallinen ja etenkin kodinomainen, tuttu ympäristö vähensi saamiemme tulosten mukaan kipua ja ahdistuneisuutta. Tällä on varmasti suuri merkitys saattohoitopotilaan näkökulmasta ja nykypäivänä kotisaattohoito on yleistymässä.

Lääkehoitoa käytettiin monipuolisesti hyväksi saattohoitopotilaan kivun helpottamiseksi ja tulosten mukaan lääkkeillä saatiin potilaat hyvin kivuttomiksi. Lääkehoito vaikutti olevan hyvin yksilöllistä jokaisen potilaan kohdalla ja lääkehoidon vaikuttavuutta arvioidaan hyvin paljon. Lääkehoidossa käytettiin paljon kipulaastareita sekä lääkeannostelijan kautta annettavaa kipulääkitystä. Nämä oli koettu hyvin tehokkaiksi keinoiksi lievittämään kipua ja osaltaan näiden menetelmien lisääntyminen oli vähentänyt injektioiden pistämistä. Lääkeannostelijoita kuitenkin käytettiin vaihtelevasti eikä niiden käyttönotolle noussut esille yksiselitteistä perustetta. Tuloksista tulkittuna lääkehoitoa käytetään monipuolisesti ja lääkemuoto sekä antotapa mietittiin yksilöllisesti potilaalle sopivaksi, jotta potilas saatiin kokonaan kivuttomaksi.

Sairaanhoitajan merkitys saattohoitopotilaan kivunlievityksessä nousi esille vahvasti. Sairaanhoitajalla oli vastuullinen merkitys kivun arvioinnissa, kivunhoidon toteuttamisessa sekä seurannassa. Sairaanhoitaja toimii lääkärin kanssa yhteistyössä ja ilmaisee

omat havaintonsa lääkärille, jotta lääkäri pystyy tekemään sopivat lääkemääräykset, jotka sairaanhoitaja sitten toteuttaa. Haastatteluissa tuli esille myös niin sanottu takasuunnitelma, jonka mukaan sairaanhoitajat voivat toimia tilanteissa, joissa lääkäri ei ole paikalla. Moniammatillisuus ei näkynyt tuloksissa kovin vahvasti, mutta jonkin verran vastuuta oli jaettu myös lähihoitajille. Sairaanhoitaja kuitenkin vaikutti olevan se päättöksentekijä ja koordinoija.

Positiivista oli huomata tuloksista, miten kaikissa hoitajissa näkyi aito rohkeus ja halu toimia potilaan hyväksi. Sairaanhoitajilla oli tarmokkuus kehittyä saattohoidossa ja yksiköissä hoitajat hankkivat koulutusta sekä lisäosaamista palliatiivisen ja saattohoidon alueelta. Koulutukset ja erikoistumisopinnot koettiin hyväksi asiaksi ja niitä suoritettiin yksiköissä ahkerasti. Koska saattohoitoa nykypäivänä korostetaan hyvin paljon ja sitä kehitetään, koettiin koulutukset hyvin tärkeäksi jatkossakin sekä sairaanhoitajille, että myös kaikille saattohoitoa toteuttaville tahoille.

10.2 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on antanut opinnäytetyöllemme sen vaatimaa laadullista tutkimustietoa ja saatujen tulosten avulla pystyttiin hyvin kuvaamaan työhömmme valittua ilmiötä eli hoitajien kokemuksia.

Teemahaastattelu menetelmänä oli myös hyvin toimiva tutkimuksessamme, sillä tällä tavalla on mahdollistettu hoitajien tuoda esille kokemuksia saattohoitopotilaiden kivunhoitotyöstä suoraan työelämästä. Haastattelutilanteet olivat avoimia ja koimme ne hyväksi kokemukseksi molemmille osapuolille. Pyrimme motivoimaan haastateltavia kertomaan asioita vapaasti ja esimerkkien kautta. Emme johdatelleet haastateltavia, vaan he saivat teemahaastattelurungon pohjalta kertoa vapaasti itse. Koska loimme haastattelutilanteisiin avoimen ilmapiirin, koemme, että saimme merkityksellistä ja luotettavaa tietoa.

Aineiston litterointi eli puhtaaksi kirjoittaminen auttoi paljon tulosten analysoinnissa. Sisällönanalyysi antoi mahdollisuuden käsitellä aineistoa ja sen tuloksia mahdollisimman monipuolisesti. Olennaista oli tuoda esille haastatteluissa nousseita teemoja ja pää-

asioita: menetelmän avulla saimme nostettua nämä asiat tarkasteltaviksi opinnäytetyössämme.

Opinnäytetyöprosessi vaatii realistiset, selkeästi asetetut tavoitteet sekä aikataulun että lopputuloksen suhteen. Opinnäytetyöprosessimme eteni pääsääntöisesti aikataulusuunnitelmien mukaan, ja pystyimme hyvin pitämään kiinni sovituista aikatauluista. Viitekehyksen ja opinnäytetyöraportin kirjoittaminen eteni melko nopeasti, sillä molemmat olivat hyvin motivoituneita ja säännöllisesti järjestetyt opinnäytetyön ohjaustapaamiset tukivat hyvin prosessin etenemistä. Opinnäytetyön valmistuminen viivästyi suunnittelusta, sillä sisällönanalyysiin käytettiin paljon aikaa ja seminaarin esittelyn jälkeen teimme vielä paljon hienosäätöä tulosten raportointiin sekä opinnäytetyön kokonaisuuteen. Opinnäytetyön esittelimme seminaarissa 28.5.2015 ja lopullinen työ valmistui syksyllä 2015.

10.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta lisää ensisijaisesti tutkimuksen laadukkuus, jota tulee tarkastella tutkimuksen aineiston keräämisen sekä analysoinnin aikana. Kivunhoitoon liittyviin kysymyksiin etsimme tietoa erityisistä ohjeista ja suosituksista. Näitä olivat esimerkiksi Käypä hoito -suositukset ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatimat saattohoitosuositukset. Laissa ja asetuksissa on kivunhoitoa ja saattohoitoa koskevia asetuksia, joita hyödynsimme opinnäytetyössämme. Aineiston keräämisen aikana hyvä haastattelurunko, onnistuneet haastattelutilanteet sekä tutkijan osaaminen lisäävät laadukkuutta ja sitä kautta myös tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston käsittelyvaiheessa luotettavuutta lisää itse tehty litterointi, jolloin aineistoon päästään tutustumaan kunnolla. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 184 - 185.) Luotettavuutta lisää myös mahdollisimman tarkka, totuudenmukainen ja yksityiskohtainen kerronta tutkimuksen toteuttamisesta ja aineiston hankinnasta eli haastattelutilanteesta (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 232).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta. Uskottavuuden vahvistavana tekijänä voidaan pitää tuloksista keskustelua sekä riittävän pitkää tutustumista tutkittavaan ilmi-

öön. Uskottavuutta lisää myös tutkimusprosessin ja tulosten selkeä kuvaaminen. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessiin liittyvää raportointia ja kirjaamista. Vahvistettavuuden tekijänä pidetään usein tutkimuspäiväkirjan kirjoittamista, mutta tässä tutkimuksessa emme käyttäneet päiväkirjaa, koska kävimme paljon keskustelua keskenään haastattelutilanteista, menetelmävalinnoista sekä tulosten analyysivaiheesta. Analyysivaiheessa teimme aineistosta sisällönanalyysin, josta esimerkkinä teimme taulukot (liitteet 4-6). Näiden tarkoituksena on kertoa, millä tavalla olemme päässeet tutkimuksen tuloksiin sekä johtopäätöksiin. Sitä voidaan pitää tutkimuksen vahvistettavuuden yhtenä tekijänä. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.)

Tutkimuksen reflektiivisyyden tarkoituksena on saada tutkimuksen tekijä peilaamaan omaa vaikutustaan aineistoon sekä tutkimusprosessiin. Työssämme pyrimme vaikuttamaan aineistoon mahdollisimman vähän eli annoimme haastateltaville mahdollisuuden kertoa aiheista vapaasti, pyrimme välttämään johdattelua sekä muokkaamaan tarkentavat kysymykset mahdollisimman avoimeksi. Tutkimusprosessin aikana analyysitaulukot (liitteet 4-6) pidettiin täysin haastatteluaineistoon pohjautuvana eli oppinäytetyön tulokset pohjautuvat ainoastaan haastatteleamalla saatuun aineistoon. Prosessiin vaikutimme ainoastaan aikataulullisesti ja työn etenemisen näkökulmasta. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin tilanteisiin, esimerkiksi tutkimuksen tekijän on annettava riittävästi tietoa tutkimuksen kohdejoukosta. Tutkimuksessamme annoimme kohdejoukosta tietoa hyvän eettisyyden rajoissa eli kohdejoukko on kuvattu sillä tavoin, ettei henkilöitä pystytä tunnistamaan. Tulosten siirrettävyyden kannalta on myös hyvä muistaa, että tutkimuksemme tehtiin alueellisesti melko pienellä alueella ja hoitotyön linjaukset voivat vaihdella alueellisesti melko paljon. (Ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimukseen liittyy yleisesti paljon eettisiä kysymyksiä. Aina tulee noudattaa yleisesti sovittuja periaatteita, että lopputuloksesta saadaan tutkimuseettisesti luotettavat tulokset (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat myös kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet. Esimerkiksi henkilötietolaki (523/1999) ja asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,

172 - 175). Haimme yleisten ohjeiden mukaisesti ohjausta ja arviointia opinnäytetyön edetessä sekä selvitimme tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät tarkoin sopivaksi.

Eettisyyttä tukee tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Haastateltavan mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava. Tutkimukseen osallistujalle on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan sekä keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistuvalla on myös saatava tietoinen suostumus, joka mielellään olisi kirjallisena. Osallistumattomuus tutkimukseen ei saa aiheuttaa uhkia, mutta osallistumista ei myöskään saa palkita. Tämän takia esimerkiksi tutkimuksen saatekirjeen on oltava neutraali ja asiallinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177 - 184.) Saimme tutkimukseen osallistujilta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi saimme hakemistamme tutkimusluvista kirjalliset suostumukset.

Tutkimuksen eettisyyden yksi tekijä näkyy raportoinnissa. Hyvä eettinen raportointi edellyttää rehellisyyttä, avoimuutta sekä tarkkuutta. Tutkimuksen tulosten raportoinnissa pyrimme kuvaamaan ilmiötä ja tuloksia totuudenmukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Esitimme tulokset aineistoista otetuilla suorilla lainauksilla sekä niihin pohjautuvalla pohdinnalla. Omat päätelmämme pohdinnassa pohjautuvat täysin haastatte- luissa esiin tulleisiin kokonaisuuksiin.

Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys kuuluvat yhteen. Luotettavuuden arviointi on yksi tutkimuksen eettisyyden lisääjä. (Kylmä & Juvakka 2007, 155.) Pyrimme tuomaan työsämme mahdollisimman laajasti luotettavuutta lisääviä tekijöitä sekä omaa pohdintaamme. Samalla pyrimme tuomaan esille tutkimuksen eettisiä tekijöitä.

10.4 Ammatillinen kasvu ja kehitys opinnäytetyöprosessin aikana

Saattohoito on ollut viime aikoina paljon esillä hoitotyössä. Koemme, että aiheemme on ajankohtainen ja hyödyllinen ajatellen tulevaa sairaanhoitajan ammattiamme. Saattohoitopotilaita tulemme todennäköisesti kohtaamaan erilaisissa työympäristöissä ja saimme tutkimuksemme myötä tärkeää tietoa työelämästä saattohoitopotilaan kivunlievityk- sestä. Oivalsimme, kuinka paljon kivunlievityskeinoja on käytettävissä ja kuinka niiden

käyttäminen sekä kivunarviointi ovat yksilöllistä. Saimme myös näkökulmia kivunhoitotyöhön, joka kasvatti ammatillista osaamistamme ja sairaanhoitajan identiteettiä.

Opinnäytetyön prosessin aikana opimme tärkeitä yhteistyötaitoja sekä eri toimijoiden että toistemme kanssa. Olimme prosessin aikana yhteydessä moneen eri tahoon ja suunnittelutaitomme harjaantuivat sopiessamme esimerkiksi aikatauluja yhteistyökumppaneiden kanssa. Tiesimme etukäteen, että molemmilla on hyvin samankaltaiset työskentelytavat. Pystyimme käyttämään tätä hyväksi ja koimme sen hyvin pitkälti vahvuutena työn etenemiselle. Opinnäytetyön teko vaati meiltä myös pitkäjänteisyyttä sekä välillä myös motivoitumista, mutta opinnäytetyön eteneminen suunnitellusti antoi meille innostusta tehdä työtä eteenpäin. Lisäksi haastattelujen tekeminen ja tutkimuksen tulosten läpikäyminen antoi meille hyvin paljon uutta näkökulmaa, jota voimme hyödyntää tulevassa ammatissamme.

Opimme etsimään tietoa luotettavista lähteistä sekä suhtautumaan kriittisesti kaikkeen saatavilla olevaan tietoon. Tutkijan rooli kehittyi, ja osoitimme olevamme oman aiheemme asiantuntijoita.

10.5 Tutkimuksen jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyössämme nousi vahvasti esille sairaanhoitajan iso ja vastuullinen merkitys saattohoitopotilaan kivunhoidossa, joten toivomme, että tämä käynnistäisi keskustelua sekä kehittämisideoita. Moniammatillisuuden hyödyntäminen kivunlievityksessä toisi jatkossa saattohoitopotilaan kivunhoitoon vieläkin laajempaa osaamista ja erilaisia näkökulmia eri ammattiryhmiltä.

Opinnäytetyötämme voisi hyödyntää tulevaisuudessa kehittämällä kipu- ja oiremittareiden käyttöä saattohoitopotilaan kivunarvioinnissa. Hoitajat toivoivat yhdenmukaisten mittareiden käyttöä enemmän päivittäisessä kivunarvioinnissa ja eri yksiköiden välillä. Jatkossa voisi tutkia myös sitä, miten kivunhoidon kirjaaminen saataisiin systemaattisemmaksi. Voisiko kipu- ja oiremittareiden kehittämisellä olla myös kivunhoidon kirjaamiseen korjaava vaikutus?

Toivomme, että opinnäytetyötämme voitaisiin hyödyntää jatkossa saattohoitopotilaiden kivunhoidon parantamiseksi. Opinnäytetyömme tuotti arvokasta aineistoa ja tuloksia, joista on hyötyä saattohoitopotilaan kivunhoidossa. Olennaista jatkossa olisi monipuolinen kivunarviointi, arviointiin perustuva oikeanlaisen kivunlievitysmenetelmän valinta sekä systemaattinen kivunhoidon kirjaaminen.

Lähteet

- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E. & Vihunen, R. 2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY.
- Björkman, M., Sorva, A. & Tilvis, R. 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. *Tabu* 15 (3), 4-5.
- Buchanan, A., Geerling, J. & Davies, A. 2014. Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing* 20 (3), 126-129.
- Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Teoksessa Ranta, I. (toim.). *Sairaanhoidaja & lääkehoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy, 144-160.
- Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge E. 2008. *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Oy.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita.
- Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086. 7.12.2014.
- Hallila, L. 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. *Saattohoito: haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. 2001. *Kuolevan kipu ja kärsimys*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. *Saattopotilaan oireiden hoito*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2008. *Onnistunut oirehoito on saattohoidon edellytys*. Sairaanhoidajaliitto. https://sairaanhoidajaliitto-fi.directo.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/9_2008/muut_artikkelit/onnistunut_oirehoito_on_saattoho/. 18.11.2014.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jylhä, V. & Holopainen, A. 2011. *Sairaanhoidajien ja syöpää sairastavien aikuispotilaiden tehokas viestintä sairaalassa*. Joanna Briggs instituutin julkaisema tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus (JIB -suositus). *Best Practice* 15 (1). http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-1_0.pdf. 30.11.2014.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Porvoo: WSOY Pro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2013. *Paletti-hankkeen suunnitelma*.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M. & Hietaanen, H. 2006. *Hoitotyön osaaminen*. Helsinki: WSOY.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. *Kuolevan potilaan hoito*. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero;jsessionid=40E3A673BC18F845D49B429A56AF7D7C?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10821 21.1.2015.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Käypä hoito-suositus. 2012. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>.
 5.10.2014.
- Laakkonen, M. 2007. Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito. Näytönastekatsaukset. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lugton, J. & McIntyre, R. 2005. Palliative care the nursing role. Elsevier Health Sciences.
- Miettinen, T. 2001. Palliative care through relatives' eyes. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nurminen, M. 2008. Lääkehoito. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Nurminen, M. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html. 22.4.2015.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. 20.11.2014.
- Sailo, E. & Varti, A. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi.
- Sajantola, M. 2013. Keho ja mieli ovat yhtä. Super 8/2013, 50-51.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö.
http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf. 7.12.2014.
- Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 123(7), 825-8.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki: Oy Edita Ab. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1816832. 10.1.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf 16.5.2015
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Hyvän saattohoidon suositukset.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097. 30.11.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Työryhmän raportti.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=D LFE-11085.pdf. 5.2.2015.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuura, R., Nikula, S., Järvimäki, V., Antikainen, R., Kynsilehto, E., Tähtinen, T., Vasala, K. & Nuutinen, M. 2005. Saattohoidossa olevan potilaan kivunhoito Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Suomen lääkärilehti 60(48), 5013-5017.
- Vainio, A. 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005.
 10.1.2015.
- Vainio, A. 2009b. Voiko kipua mitata? Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025.
 16.5.2015.

- Vainio, A. 2009c. Fysikaalinen hoito. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00068.
21.1.2015.
- Vallimies-Patomäki, M. 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Teoksessa Ranta, I (toim.). Sairaanhoidaja & lääkehoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto Oy, 39-53.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)

- Minua on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä muuttuuko sen tavoite.
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä vaikka toivo muuttuisi.
- Minun on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.
- Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
- Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi.

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta Joensuusta. Teemme opinnäytetyötä saattohoitopotilaan kivunhoidosta perusterveydenhuollossa. Aiheemme on ”Hoitajien kokemuksia saattohoitopotilaan kivunlievityksestä”. Tarkoituksena on selvittää, miten kipua arvioidaan ja millaisia kivunhoitokeinoja käytetään. Tutkimme myös, millainen on sairaanhoitajan rooli saattohoitopotilaan kivunhoidossa.

Toteutamme haastattelun teemahaastatteluna. Haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä ja saatte etukäteen tietoonne teemat, joita haastattelussa käytämme. Haastattelu toteutetaan työyksikkösi tiloissa työaikana, ja aikaa siihen menee noin 1-2 tuntia. Haastattelu nauhoitetaan ja kaikki materiaali käsitellään luottamuksellisesti, niin ettei ketään pystytä tunnistamaan. Kun tulokset on saatu kirjattua, aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Jos sinulla on opinnäytetyöstämme kysyttävää, ota yhteyttä meihin sähköpostitse tai puhelimitse.

Hanna Pulkkinen ja Krista Tikka

Suostumus haastatteluun

Minä _____ suostun Hanna Pulkkinen ja Krista Tikan opinnäytetyön haastatteluun.

Aika _____ Paikka _____

Teemahaastattelurunko

Taustatiedot

- ikä
- ammatti
- työkokemus
 1. Ikä?
 2. Sukupuoli?
 3. Ammatti?
 4. Kuinka paljon sinulla on työkokemusta saattohoitopotilaista?

Saattohoitopotilaan kivun arviointi

- kuinka potilaan kipua arvioidaan
- millaisia keinoja käytetään arvioinnissa (mittarit)
- kirjaaminen kivun arvioinnoissa
- arvioinnin kehittäminen
 1. Millaista saattohoitopotilaiden kivun arviointi on?
 2. Millaisia kivunarvioinnin keinoja yksikössä käytetään?
 3. Millaisia kivunarviointi menetelmiä toivot yksikön käyttöön?
 4. Millä tavalla saattohoitopotilaan kivun arviointia kirjataan yksikössä?
 5. Millä tavalla kivun arviointia tulisi kehittää?

Saattohoitopotilaan kivunhoitotyö

- mitä kivunhoitokeinoja käytetään
- lääkehoito
- lääkkeetön hoito
- kirjaaminen
- hoitotyön kehittäminen
 1. Millaisia kivunhoitokeinoja yksikössä käytetään?
 2. Millaista lääkehoitoa saattohoitopotilaiden kivunhoitoon yksikössä käytetään?
 3. Millaista lääkkeetöntä hoitoa saattohoitopotilaiden kivunhoitoon yksikössä käytetään?
 4. Millä tavalla saattohoitopotilaan kivunhoitotyötä kirjataan yksikössä?
 5. Millä tavalla mielestäsi hoitotyötä tulisi kehittää kivunhoidon saralla?

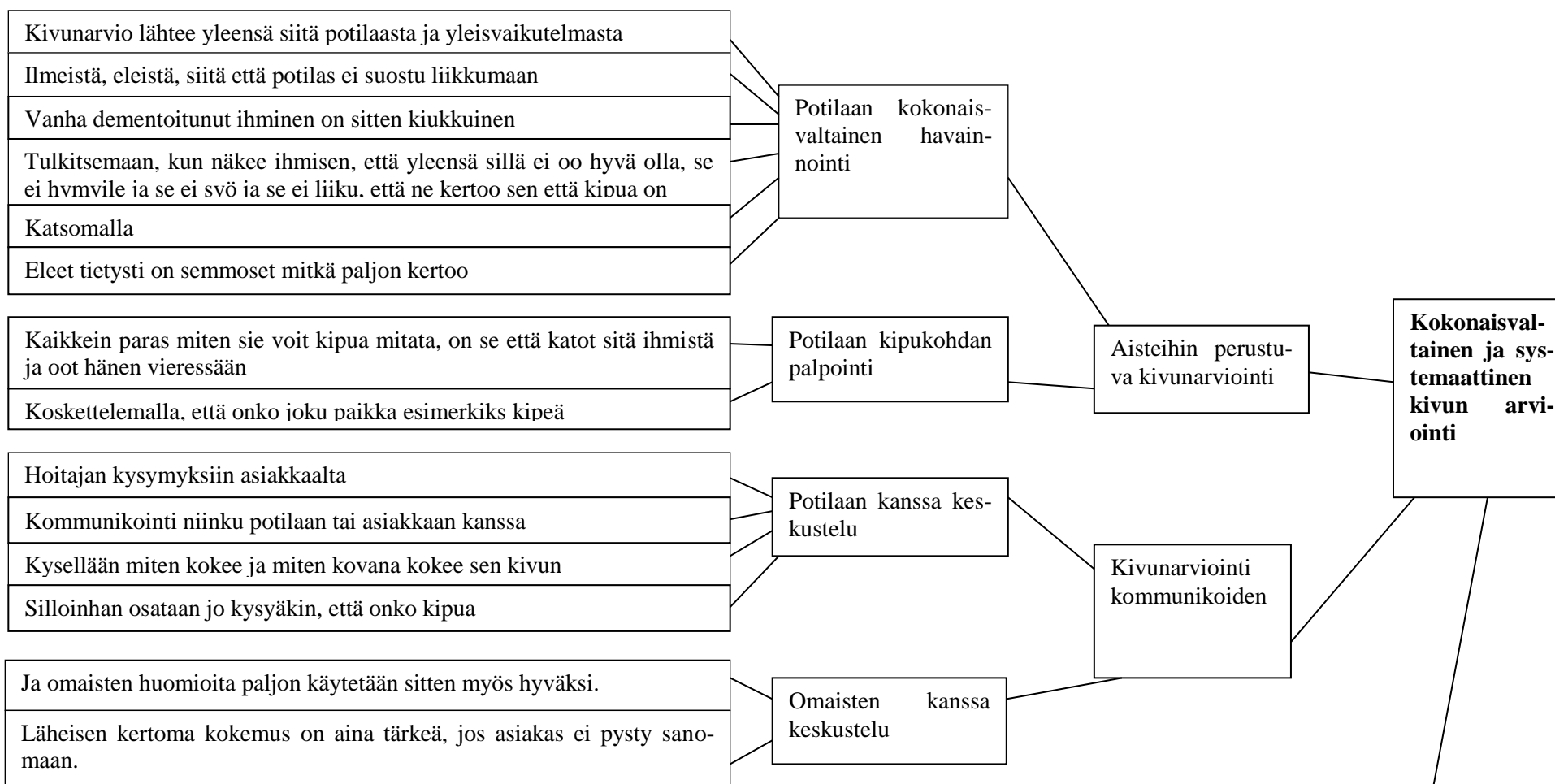
Sairaanhoitaja ja moniammatillisuus

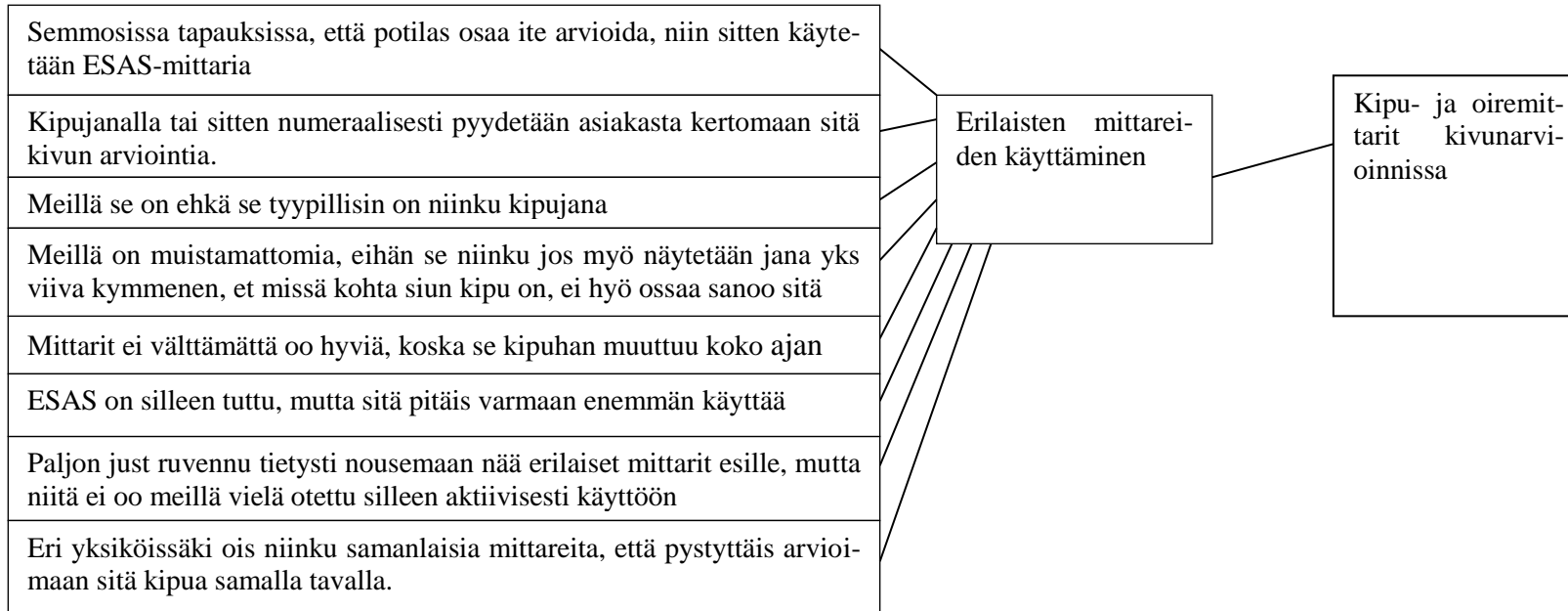
- sairaanhoitajan rooli kivunlievityksessä
- sairaanhoitajan rooli seurannassa
- sairaanhoitajan rooli arvioinnissa
- moniammatillisuus
- moniammatillisuuden kehittäminen
 1. Millainen on sairaanhoitajan rooli saattohoitopotilaan kivunlievityksessä?
 2. Millainen on sairaanhoitajan rooli saattohoitopotilaan kivun seurannassa?
 3. Millainen on sairaanhoitajan rooli saattohoitopotilaan kivun arvioinnissa?
 4. Millä tavalla moniammatillisuus näkyy yksikössä saattohoitopotilaan kivun hoitotyössä?
 5. Millaista kehittämistä toivoisit moniammatillisuuteen liittyen?

Tutkimustehtävä 1: Sairaanhoidajan kokemuksia saattohoitopotilaan kivun arvioinnista

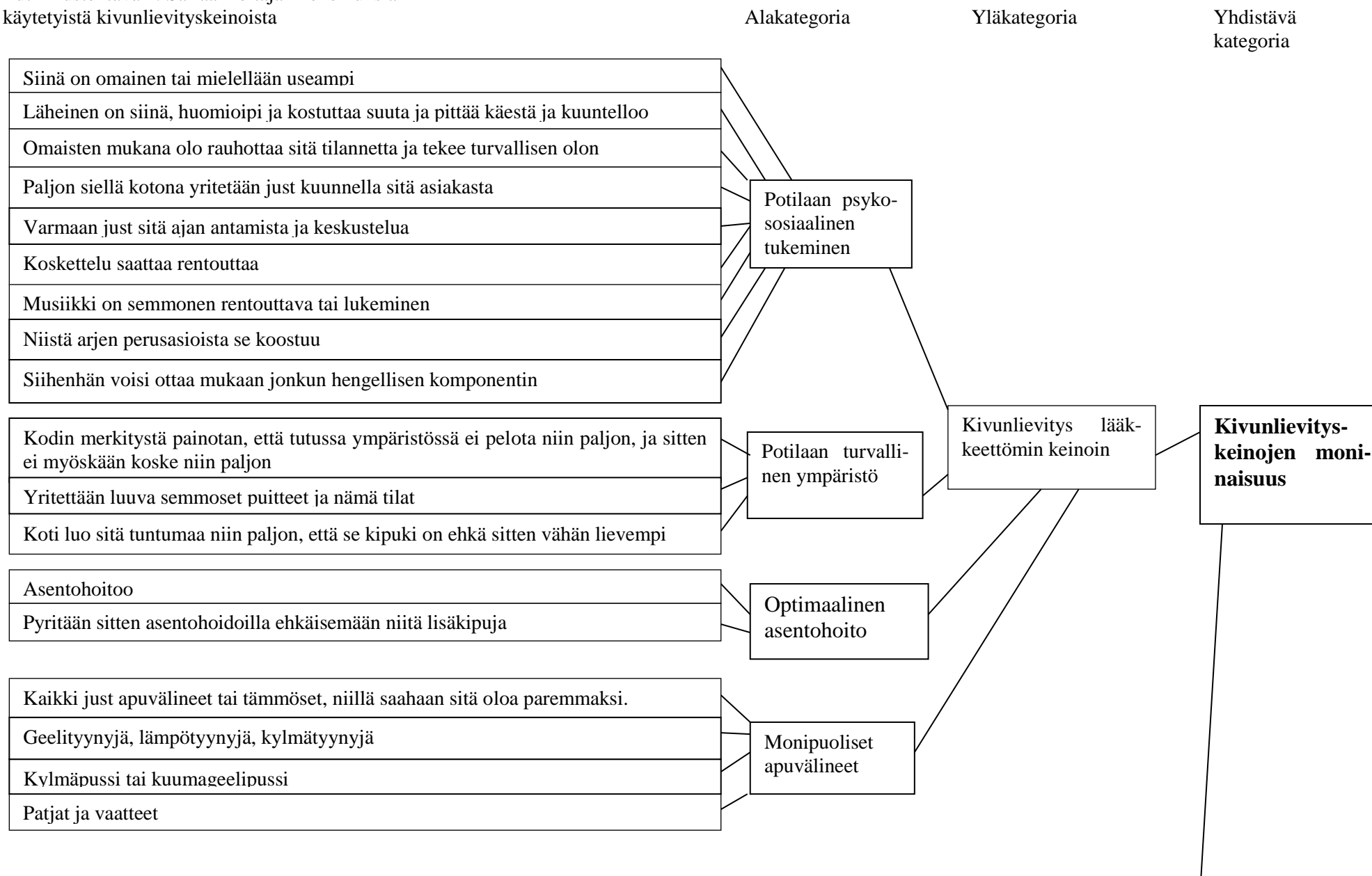
Alakategoria

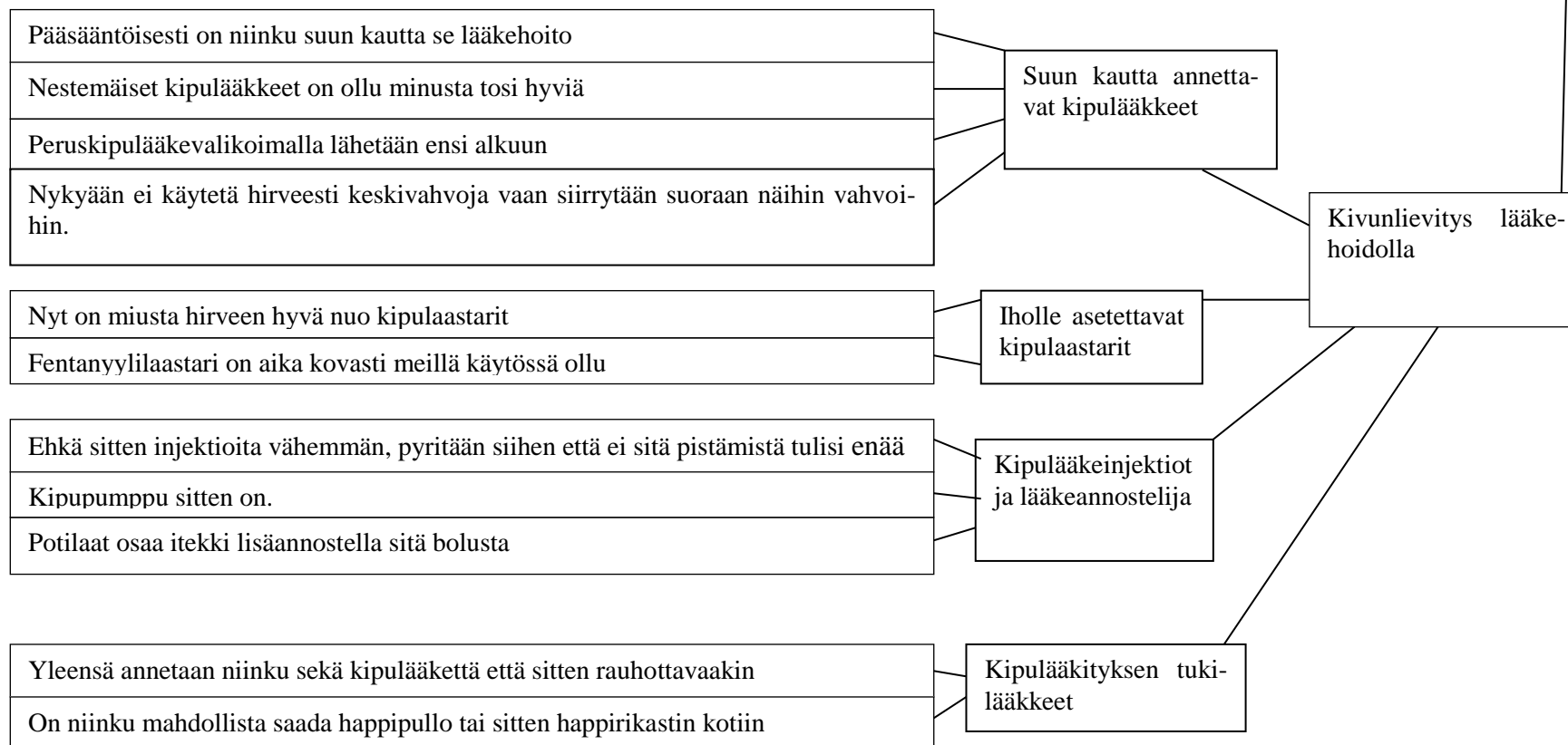
Yläkategoria

Yhdistävä
kategoria



Tutkimustehtävä 2: Sairaanhoidajan kokemuksia käytetyistä kivunlievityskeinoista





Tutkimustehtävä 3: Sairaanhoidajan kokemuksia sairaanhoidajanmerkityksestä saattohoitopotilaan kivunlievityksessä

