

Sofia Poutiainen & Riikka Väisänen

# KUOLEVAN POTILAAN KIVUNHOITO VANHUSTYÖSSÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja (AMK)

2019



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Sofia Poutiainen & Riikka Väisänen	Sairaanhoidtaja (AMK)	Maaliskuu 2019
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		53 sivua 8 liitesivua
Kuolevan potilaan kivunhoito vanhustyössä Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
<b>Toimeksiantaja</b>		
Attendo Lavilanhovi		
<b>Ohjaaja</b>		
Miia Myllymäki		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda Attendo Lavilanhovin hoitohenkilökunnalle lisää tietoa kivunhoidon menetelmistä kuolevan potilaan hoidossa. Tavoitteena oli selvittää, mitä kivunhoidon menetelmiä kuolevan potilaan hoidossa käytetään ja onko kivunhoidon osaaminen riittävällä tasolla. Opinnäytetyössä tuli myös ilmi kivunhoidon onnistuminen hoitohenkilökunnan sekä potilaan näkökulmasta.</p>		
<p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Mukana kirjallisuuskatsauksessa oli 13 tutkimusta. Tutkimukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyössä käsitellään palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa. Lisäksi kerrotaan sekä lääkkeellisestä että lääkkeettömästä kivunhoidosta ja yleisimmistä kivunhoidon menetelmistä vanhustyössä sekä erityisesti kuolevan potilaan hoidossa. Lyhyesti kuvattiin myös, mitä tarkoitetaan kuolevalla potilaalla ja minkälaista kipua sekä minkälaisia oireita kuolevalla potilaalla mahdollisesti esiintyy.</p>		
<p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella kipu on yleinen oire kuolevilla potilailla. Fyysisen kivun lisäksi potilaat kokivat eksistentiaalista kipua. Eksistentiaalinen kipu syntyy elämän rajallisuuden ymmärtämisen aiheuttamasta ahdistuksesta sekä olemassaoloon liittyvien kysymysten pohtimisesta. Suurin osa potilaista sai kivunlievitystä ja kivunhoidossa lääkehoidolla oli iso merkitys. Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä käytettiin selvästi harvemmin. Myöskään palliatiivista sedaatiota ei juurikaan käytetty kivunhoidossa. Hoitajien mukaan kivunhoito toteutui pääasiassa hyvin. Hankalaksi koettiin muistisairaiden potilaiden kivun arviointi. Lisäkoulutusta toivottiin etenkin saattohoitopotilaan kivun hoitoon sekä oireiden mukaiseen hoitoon liittyen.</p>		
<p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kivun hoidon osaamista täytyy kehittää ja koulutuksia lisätä. Lääkkeettömiä kivun hoidon menetelmiä tulisi hyödyntää nykyistä enemmän ja lääkkeitä antaa rohkeammin. Muistisairaille suunniteltuja kipumittareita, kuten esimerkiksi PAINAD-mittaria tulisi hyödyntää enemmän hoitotyössä. Hoitajien tulisi myös huomioida potilaiden eksistentiaalinen kipu ja tarjota riittävästi tukea.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
saattohoito, palliatiivinen hoito, kivunhoito		

<b>Authors</b>	<b>Degree</b>	<b>Time</b>
Sofia Poutiainen & Riikka Väisänen	Bachelor of Health Care	March 2019
<b>Thesis title</b>		
Pain Treatment of a Dying Patient in the elderly care Descriptive literature review		53 pages 8 pages of appendices
<b>Commissioned by</b>		
Attendo Lavilanhovi		
<b>Supervisor</b>		
Miia Myllymäki		
<b>Abstract</b>		
<p>The purpose of this thesis was to bring more information to Attendo Lavilanhovi's nursing staff about the methods of pain management in the treatment of a dying patient. The aim was to find out what pain management methods are used in the treatment of the dying patients and whether the pain management skills are at a sufficient level. The thesis also revealed the success of pain management from the point of view of the nursing staff and the patient.</p> <p>The thesis was made as a descriptive literature review. There were 13 studies in the literature review. The studies were analyzed by inductive content analysis. The theoretical part of the thesis discusses what palliative care and terminal care are. The theoretical part also describes both medicinal and non-medicinal pain management and the most common methods of pain management in the elderly and especially with dying patients. It was also briefly defined what is meant by a dying patient and what kind of pain and symptoms a dying patient can have.</p> <p>Based on the results of the literature review, pain is a common symptom in dying patients. In addition to physical pain, patients experienced existential pain. Most patients got pain relief, and drug treatment was of great importance in pain management. Non-medicinal methods of pain relief were used much less frequently. Also, palliative sedation was hardly used in pain management. According to the nurses, the pain treatment was mainly performed well. The challenge was to assess the pain of the patients with memory disorders. Further training was particularly desirable in the pain treatment with terminal care patients and in the treatment of symptoms.</p> <p>As a conclusion, the skills of pain management need to be developed and training related to them to be increased. Non-medicinal methods of pain treatment should be utilized more and medicines should be given more boldly. Pain indicators designed for memory illnesses such as PAINAD should be used more in nursing. Nurses should also consider patients' existential pain and provide adequate support.</p>		
<b>Keywords</b>		
terminal care, palliative care, pain treatment		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KUOLEVAN POTILAAN KIPU .....	7
2.1	Akuutti ja krooninen kipu.....	8
2.2	Nosiseptiivinen, neuropaattinen ja idiopaattinen kipu .....	9
2.3	Läpilyöntikipu .....	11
2.4	Kivun arviointi ja mittaaminen .....	11
3	KIVUNHOITO .....	14
3.1	Lääkkeellinen kivunhoito.....	14
3.1.1	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli.....	15
3.1.2	Opioidit.....	17
3.1.3	Masennus- ja epilepsialääkkeet.....	18
3.1.4	Palliatiivinen sedaatio .....	19
3.2	Lääkkeetön kivunhoito .....	19
4	KUOLEVA POTILAS.....	22
4.1	Kuolevan potilaan oireiden hoito.....	22
4.2	Palliatiivinen hoito .....	23
4.3	Saattohoito .....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	26
6	TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS .....	27
6.1	Aineiston keruu, sisäänotto- ja poissulkukriteerit .....	27
6.2	Aineiston analysointi .....	29
7	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	30
7.1	Kipujen esiintyvyys kuolevilla potilailla.....	30
7.2	Käytetyt kivunhoidon menetelmät .....	32
7.2.1	Lääkkeelliset menetelmät .....	32
7.2.2	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät .....	34
7.3	Kivunhoidon osaaminen .....	35

7.3.1	Ammatillinen osaaminen.....	35
7.3.2	Osaamisen kehittäminen .....	37
7.4	Kivunhoidon onnistuminen.....	39
7.4.1	Hoitajan näkökulma .....	39
7.4.2	Potilaan näkökulma .....	42
8	POHDINTA.....	43
8.1	Tulosten pohdinta .....	43
8.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	45
8.3	Kehittämissuositukset .....	46
8.4	Oma pohdinta .....	46
	LÄHTEET.....	49

## LIITTEET

Liite 1. PAINAD-mittari

Liite 2. Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Liite 3. Tiedonhakupöytäkirja

Liite 4. Esimerkki aineiston analysoinnista

## 1 JOHDANTO

Palliativisen hoidon tarve kasvaa jatkuvasti väestön ikääntyessä ja lääketieteen kehittyessä. Palliativisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista kokonaisuhoitoa (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–77). Sairauksia pystytään hoitamaan nykyisin entistä paremmin ja näin ollen myös eliniän odote on pidentynyt. Akuutit sekä nuorten kuolemat ovat vähentyneet ja yhä useammin kuoleman syinä ovat krooniset sairaudet. Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee palliativista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa ja kroonisissa sairauksissa sitä voidaan tarvita jo aikaisemminkin. (Duodecim 2018.) Suomessa palliativista hoitoa tarvitsee vuosittain noin 30 000 henkilöä (Saarto ym. 2017). Palliativisen hoidon tärkeimpinä tavoitteina on kärsimyksen ennaltaehkäisy ja lievittäminen sekä potilaan elämänlaadun ylläpitäminen. Saattohoidolla tarkoitetaan palliativisen hoidon viimeistä vaihetta. Tämä vaihe kestää yleensä vain viikkoja tai päiviä. (Saarto ym. 2015, 10.) Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vuonna 2010 saattohoitosuosituksen. Tärkeimpiä arvoja suosituksen mukaan ovat potilaan itsemääräämisoikeus, ihmisarvo sekä inhimillisuus. Onnistuneen saattohoidon edellytyksenä on myös hoitohenkilökunnan riittävä osaaminen. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 3.)

Opinnäytetyön aiheeksi valitsimme kuolevan potilaan kivunhoidon, koska pidämme erityisen tärkeänä sitä, että elämän viimeiset hetket ovat mahdollisimman kivuttomia. Aihe on myös ajankohtainen, sillä palliativisen hoidon tarve kasvaa jatkuvasti ja vanhusten hoito on ollut esimerkiksi mediassa nyt todella näkyvä aihe. Olemme kumpikin työskennelleet vanhusten palvelukodeissa ja kotihoidossa. Työssämme olemme nähneet kivuliaita ihmisiä, jotka ovat olleet saattohoidossa tai joiden kohdalla on toteutettu palliativista hoitoa. Kivunhoidosta yleisesti on paljon tietoa saatavilla, joten rajasimme aiheen kuolevan potilaan kivunhoitoon vanhustyössä. Toimeksiantajanamme on Mikkelissä toimiva yksityinen hoivakoti Attendo Lavilanhovi. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää jo aiemmin julkaistun tutkitun tiedon perusteella, mitä menetelmiä kuolevan potilaan kivunhoidossa käytetään ja onko kivunhoidon osaaminen riittävää. Pohdimme myös, mitkä asiat vaikuttavat kivunhoidon onnistumiseen. Tavoitteena on luoda kirjallisuuskatsaus kuolevan potilaan kivunhoidosta ja

tuoda Attendo Lavilanhovin henkilökunnalle lisää tietoa kivunhoidon menetelmistä.

## 2 KUOLEVAN POTILAAN KIPU

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy kudusvaurio tai sen uhka tai jota kuvataan samalla tavoin. Myöhemmin määritelmää on tarkennettu siten, että henkilön kyvyttömyys ilmaista kipua sanallisesti ei tarkoita, ettei hän voisi kokea kipua. Kivun kokemiseen vaikuttavat kivun syyn ja sen hoidon lisäksi monet muut psykologiset, fysiologiset sekä ympäristöön liittyvät tekijät. (Saarto ym. 2015, 47.)

Kipu on yleinen ja pelätty oire vakavissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Usein myös omaiset ovat huolissaan siitä, onko heidän läheisensä kivulias. Saattohoidossa yhtenä tärkeimpänä asiana pidetään potilaan kivuttomuutta. Yleensä kipu on helposti tunnistettavissa oleva oire ja sen arviointiin on kehitetty myös erilaisia mittareita. Fyysistä kipua voidaan useimmiten lievittää lääkkeillä. Kuolevalle potilaalle lääketieteellinen hoito ei kuitenkaan välttämättä ole ensisijaisen tärkeää, vaan monista muista elämän päättymiseen liittyvistä kysymyksistä tulee tärkeämpiä. (Hänninen 2015.)

Kivun kokemiseen vaikuttaa potilaan mieliala sekä hänen käsityksensä omasta hyvinvoinnistaan. Kipua voivat lisätä esimerkiksi pelko, ahdistus tai masennus. (Hänninen 2015.) Potilaan on kuitenkin usein helpompi kertoa somaattisesta kivusta kuin esimerkiksi masennuksesta. Tämän takia kipua arvioidessa on tärkeää arvioida myös muita oireita. (Saarto ym. 2015, 45.) Mikäli potilas uskoo kivun tarkoittavan taudin etenemistä ja lähestyvää kuolemaa, on kipu pelottavaa ja vaikeasti siedettävää. Potilas saattaa myös pelätä, että opioidilääkityksen aloittamisen jälkeen ei ole jäljellä enää muita kivunhoidon keinoja. Tämä saattaa myöhästyttää tehokkaan kipulääkityksen aloittamista. (Hänninen 2015.) Hyvä kivunhoito on edellytys oikeudenmukaisuuden toteutumiselle ja ihmisarvon kunnioittamiselle (Grönlund & Huhtinen 2011, 113).

## 2.1 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu voidaan luokitella kestonsa mukaan joko akuutiksi tai krooniseksi kivuksi. Akuutti kipu on äkillistä kipua, joka hälyttää kudonvauriosta ja refleksin avulla estää lisävaurioilta. Akuutille kivulle löytyy yleensä syy ja kipu voidaan poistaa tehokkaasti nykyisillä kivunhoitomenetelmillä. Akuutti eli äkillinen kipu on normaalia esimerkiksi sydäninfarktissa tai kirurgisessa toimenpiteessä. Kun kudonvaurio parannetaan ja kivusta kärsivälle annetaan riittävästi kipulääkettä, kipu yleensä paranee viimeistään viikkojen kuluessa. Jos kudonvaurio ja kipu hoidetaan huonosti, kipu saattaa pitkittyä ja kroonistua. (Leinonen 2009, 12.)

Kroonisesta kivusta puhutaan silloin, kun kipu kestää yli kolme kuukautta (Ojala 2010, 4). Krooninen kipu voidaan luokitella kudonvauriokipuun, hermovauriokipuun, mekanismeiltaan tuntemattomaan eli idiopaattiseen kipuun sekä psyykkisiin mekanismeihin selittyvään eli psykogeeniseen kipuun (Haanpää ym. s.a., 4). Kroonisen kivun taustalla voivat olla krooniset sairaudet, joita ei saada hallintaan hoidoilla (Leinonen 2009, 12). Usein krooninen kipu on neuropaattista tai tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvaa (Haanpää ym. s.a., 4). Kroonista kipua dementoituneelle vanhukselle voi aiheuttaa esimerkiksi reuma, osteoporoosi tai syöpäsairaudet. Myös hermovauriot ja aivojen vauriot saattavat aiheuttaa potilaalle jatkuvia spontaaneja kiputiloja. (Leinonen 2009, 12.) Leikkauksen jälkeinen kipu pitkittyy jopa 10–50 prosentilla potilaista, joille on tehty rintasyöpäleikkaus, nivustyräleikkaus, rintakehän alueen leikkaus tai amputaatio. Tärkeää on tunnistaa tila ajoissa, jotta hoito voidaan aloittaa jo varhaisessa vaiheessa. (Haanpää ym. s.a., 6.)

Kroonisen kivun syyt eivät ole yleensä yksiselitteisiä, sillä kivun kokemiseen vaikuttavat sekä sosiaaliset että psyykkiset ja fyysiset tekijät. Tämän takia myös tutkiminen ja kivunhoito ovat ongelmallisia. (Leinonen 2009, 12.) Kivun patofysiologia pyritään selvittämään mahdollisimman tarkasti ja hoitomuoto valitaan sen mukaan, mistä kipu johtuu (Haanpää ym. s.a., 8). Krooninen kipu vie potilaan voimavaroja sekä heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua (Kalso ym. 2018, 126). Masennus ja unettomuus ovat melko yleisiä oireita kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla. Unettomuudesta voi aiheutua kivun paheneminen, sillä väsyneenä kipu koetaan voimakkaampana. Väsymyksen takia on myös vaikeampaa keskittyä sellaiseen toimintaan tai ajatteluun, joka normaali-



listi helpottaisi kipua. (Kalso ym. 2018, 116–117.) Kivun pitkittymiseen ja voimistumiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi kivun pelko, uskomus kivun haitallisuudesta, kipuoireiden tarkkailu tai liikunnan väheneminen. Hyvät kivunhallintakeinot vaikuttavat positiivisesti potilaan tunteisiin, ajatuksiin, mielialaan ja käyttämiseen. (Haanpää ym. s.a., 8.)

## **2.2 Nosomeptiivinen, neuropaattinen ja idiopaattinen kipu**

Nosomeptiivinen kipu on kudonsvauriokipua. Tämä tarkoittaa sitä, että kudoksessa on esimerkiksi kasvain tai tulehdus, joka aiheuttaa kipua. (Yliaho 2014, 11.) Nosomeptiivisen kivun syy on hermoston ulkopuolella ja siihen saattaa liittyä myös vastaavan ihoalueen tunnon herkistymistä. Etenkin pitkäaikaiset kiputilat raajoissa voivat joskus aiheuttaa sympaattisen hermoston aktivoitumisen, joka ilmenee raajan väri- ja lämpötilamuutoksina. (Haanpää ym. s.a., 9.) Nosomeptiivinen kipu voidaan jakaa somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Viskeraalinen kipu johtuu sisäelinten kipuärsykkeestä ja somaattinen kipu taas ärsykkeestä esimerkiksi luustossa tai lihaksessa. (Yliaho 2014, 11.) Somaattinen kipu voi olla tulehduskipua tai lihas-, nivel- tai luustokipua. Se voi aiheutua sairaudesta, vammasta tai leikkauksesta. Somaattinen kipu voi olla myös syöpäkasvaimen aiheuttamaa kipua. Viskeraalinen kipu taas voi aiheutua esimerkiksi haimakasvaimesta. Myös esimerkiksi sappi- tai virtsatiekivut ovat viskeraalista kipua. (Kalso ym. 2018, 130.)

Neuropaattinen kipu on hermoperäistä kipua. Neuropaattisessa kivussa hermossa on vaurio, joka välittää kipua. (Yliaho 2014, 11.) Hermoston muutoksista johtuen tunto voi olla herkistynyt, heikentynyt tai erilaiseksi muuntunut. Neuropaattiselle kivulle ominaista on sähköiskumaiset kiputuikkaukset, polttava kipu sekä kivuttomien ärsykkeiden tuntuminen kivuliaana eli allodynia. (Haanpää ym. s.a., 10.) Neuropaattinen kipu on usein kroonista. Neuropaattisen kivun hoito on haastavaa ja hoitoon tarvitaan yleensä monenlaisia hoitokeinoja ennen kuin saadaan aikaan riittävä hoito. Kipu voi johtua sisäisestä tai ulkoisesta tekijästä. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset kasvaimet ja ulkoisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi leikkauksien komplikaatiot. Neuropaattinen kipu voidaan luokitella sijaintinsa mukaan sentraaliseen ja perifeerisen neuropaattiseen kipuun. Sentraalinen neuropaattinen kipu on keskushermosto-

toperäinen kipu. Tällaista kipua voivat aiheuttaa esimerkiksi selkäytimen vammat. (Yliaho 2014, 11.) Sentraalista hermovaurio kipua voivat olla myös aivo-verenkiertohäiriön jälkeinen kipu tai MS-tautiin liittyvä neuropaattinen kipu (Kalso ym. 2018, 343-344). Perifeerinen neuropaattinen kipu on ääreishermostosta peräisin olevaa kipua kuten esimerkiksi kolmoishermostosärkyä (Yliaho 2014, 11). Tällaista kipua voivat aiheuttaa myös hermopinteet, ääreishermovammat, selkärangan sairauksien aiheuttamat hermojuuren vauriot, diabeettinen neuropatia sekä muut kivuliaat polyneuropatit (Haanpää ym. s.a., 10).

Idiopaattinen kipu on kipua, jonka syytä ei löydetä tai jota ei voida kliinisissä tutkimuksissa selittää. Kivun syy ei ole tällöin kudosis- tai hermovauriossa, eikä kroonisen kipuoireyhtymän diagnostiset kriteerit täyty. (Yliaho 2014, 11.) Tästä huolimatta kipu ei ole keksittyä tai kuviteltua. Idiopaattinen kipu voi potilaasta tuntua yhtä pahalta kuin näkyvään vaurioon liittyvä kipu. (Kroonisen kivun ensitieto-opas 2012, 6.) Kivun aistiminen on monimutkainen prosessi ja siten kivun kokemiseen vaikuttaa varsinaisen aistimuksen lisäksi myös ihmisen tunteet, kokemukset, odotukset sekä älyllinen arviointi. Ohimenevää kipuaistin herkistymistä tavataan lähes kaikissa kudosisvauriotapahtumissa. Herkistynyt kipuaistimus eli hyperalgesia ohjaa ihmistä välttämään ärsytyksen jatkumista ja kudostuhon pahenemista. Pysyviä keskushermoston toiminnallisia ja rakenteellisia herkistymismuutoksia voi syntyä, mikäli kivunsäätelyjärjestelmän ärsytys tästä huolimatta jatkuu edelleen. Tällöin erilaistuneet hermopäätteet alkavat rekisteröidä ärsytystä valikoimattomasti ja hiljaiset nosiseptorit aktivoituvat. Seurauksena on nosiseptiivinen informaatiotulva, josta aiheutuu toissijaisia herkistymismuutoksia selkäytimessä, talamuksessa ja aivokuorella. Tähän liittyy autonomisen hermoston aktivaatio, kosketusärsytyksen kokeminen kivuliavana, kipujen laajeneminen vaurioalueen ulkopuolelle sekä kipujen heijastuminen elinryhmien välillä. Idiopaattisen kivun mekanismeja ei tunneta tarkkaan. Tiedetään kuitenkin, että keskeistä on kipua moduloivien, laskevien kipuratojen riittämätön toiminta. Kipuradan eri osissa selkäytimestä somatosensoriselle aivokuorelle voidaan todeta muutoksia. (Haanpää ym. s.a., 11.)

### 2.3 Lämpilyöntikipu

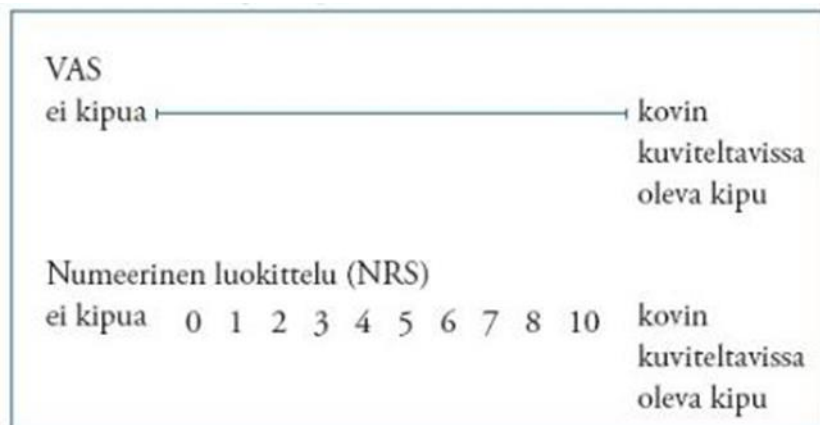
Lämpilyöntikivuilla tarkoitetaan sitä, että kipu pahenee, vaikka peruskipulääkitys menee säännöllisesti tai potilaalle tulee kipupiikkejä, jotka ylittävät hyväksytyntaustakivun. Potilailla voi olla vain yksi tai useampia lämpilyöntikipuja ja ne saattavat olla kestoaltaan vaihtelevia. Yleensä lämpilyöntikipu on kestoaltaan noin 30–60 minuuttia. Jos kipua on jatkuvasti vuorokauden sisällä, pitää kipulääkkeen annostusta lisätä. Jos potilaalla esiintyy lämpilyöntikipua, se tarkoittaa yleensä, että kipuoireyhtymä on tavallista vaikeampi ja monimutkaisempi. Lämpilyöntikivun syy on säännöllisen kipulääkkeen vaikutuksen loppuminen turhan aikaisin. (Ryösa ym. 2016, 9–10.)

Lämpilyöntikipua hoidetaan tarvittaessa otettavalla, nopeasti vaikuttavalla opioidilla. Tämän ei tarvitse olla sama kuin potilaalla oleva pitkävaikutteinen perusopioidi. Nopeavaikutteisen opioidin kerta-annos on noin 1/6–1/8 päivittäisestä pitkävaikutteisen opioidin vuorokausiannoksesta. Jos pitkävaikutteisen opioidin annosta nostetaan, nostetaan silloin myös nopeavaikutteisen opioidin annosta. Mikäli nopeavaikutteisen opioidin kulutus on jatkuvasti enemmän kuin kolme annosta vuorokaudessa, harkitaan pitkävaikutteisen opioidin annoksen nostamista. Nopea vaikutteisen opioidin vaikutus alkaa noin 20–30 minuutin kuluttua lääkkeen ottamisesta ja vaikutus kestää 3–4 tuntia. Suun tai nenän limakalvoille annosteltavan fentanyylivalmisteen vaikutus alkaa nopeammin, noin 10 minuutin kuluttua ja sen vaikutus kestää noin tunnin. (Saarto ym. 2018, 27–28.)

### 2.4 Kivun arviointi ja mittaaminen

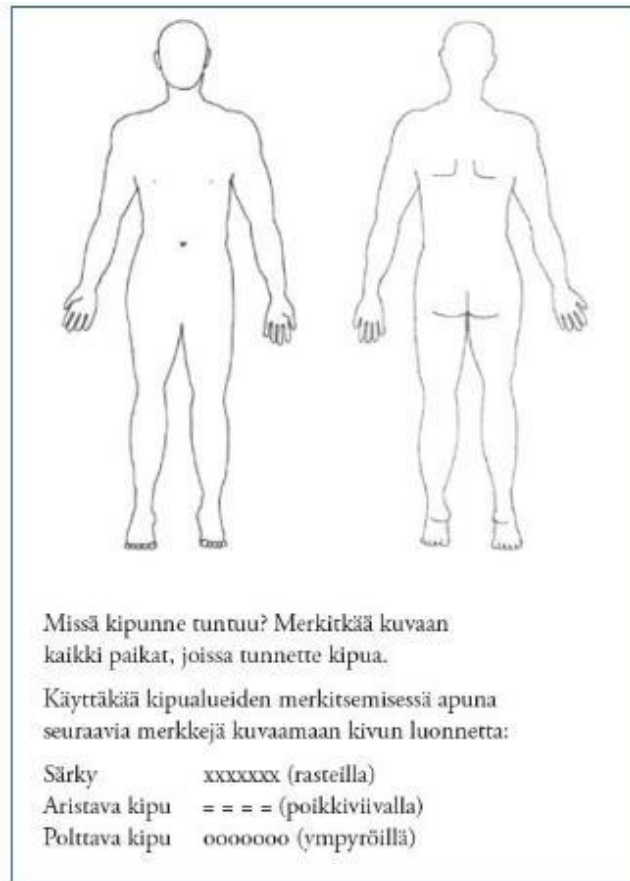
Kivun kokeminen on yksilöllistä ja näin ollen myös kivun arvioinnin tulisi perustua mahdollisuuksien mukaan potilaan omaan kertomaan. Kipua arvioitaessa käydään läpi perustietoja kivusta. (Saarto ym. 2015, 52.) Kivusta selvitettäviä perustietoja ovat alkamisajankohta, sijainti, laajuus, ajallisuus, luonne, voimistavat tekijät, lämpilyöntikipu, oheisoireet sekä vaikutus potilaan toimintakykyyn (Saarto ym. 2018, 22). Kipua voidaan kuvata sanallisesti, se voi olla esimerkiksi pistävää, terävää, tylppää, jomottavaa tai polttavaa. Jos kivun sanallinen kuvaaminen on haastavaa, voidaan arvioinnissa apuna käyttää erilaisia kipumittareita. (Yliaho 2014, 12.) Tavallisimmin käytettyjä kipumittareita ovat VAS

(visual analogue scale), NRS eli numeerinen asteikko 0-10 ja VRS eli sanallinen asteikko. (Saarto ym. 2015, 52.) VAS-kipujanahan toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pahinta mahdollista kipua. Potilas valitsee kipujanalta sen kohdan, joka parhaiten kuvaa hänen kokemansa kivun voimakkuutta. Kipumittarin kääntöpuolella on numeroasteikko, josta voidaan katsoa osoitettua kipua vastaava luku. Numeerista asteikkoa käytettäessä potilasta pyydetään kuvailemaan kivun voimakkuutta numeroasteikolla, jossa 0 kuvastaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua. (Kuva 1.)



Kuva 1. VAS-kipujana ja numeerinen luokittelu (Haanpää ym. 2008)

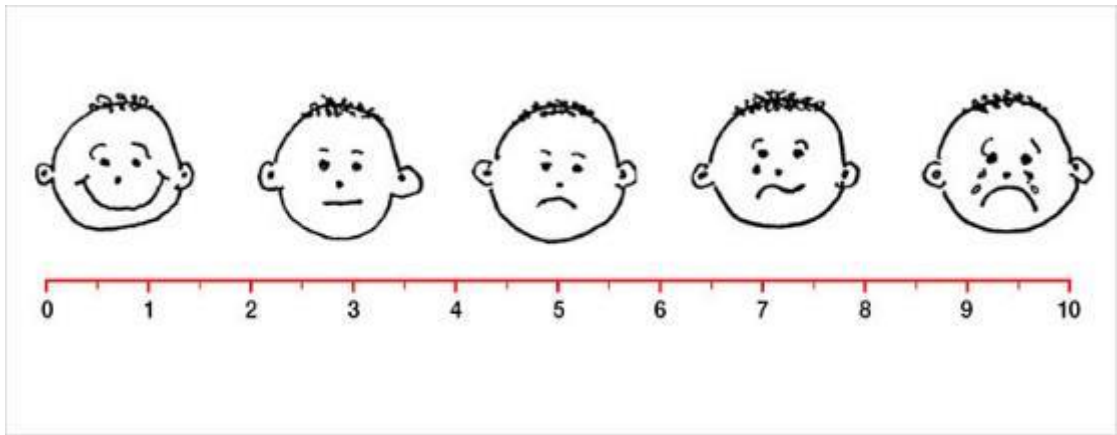
Kivun voimakkuutta voidaan kysyä potilaalta myös sanallisesti käyttämällä termejä *ei kipua*, *lievä kipu*, *kohtalainen kipu*, *voimakas kipu* tai *sietämätön kipu*. (Opi arvioimaan kipua s.a.). Sopiva kipumittari valitaan yhdessä potilaan kanssa ja se kirjataan potilaan sairauskertomukseen. Samaa kipumittaria käytetään koko hoitojakson ajan. (Saarto ym. 2015, 52.) Kivun sijainnin selvittämiseen voidaan käyttää apuna tarvittaessa kuvan 2 mukaista kipupiirrosta. (Saarto ym. 2018, 22).



Kuva 2. Kipupiiirros (Haanpää ym. 2008)

Kivun voimakkuutta arvioidaan potilaan ollessa levossa sekä liikkeessä. Liikekipu voi olla liikkeessä tuntuvan kivun lisäksi esimerkiksi yskiessä ilmenevää kipua. Kipulääkkeen vastetta voidaan selvittää arvioimalla kipua ennen lääkkeenottoa ja uudelleen lääkkeen vaikutuksen alettua. Samalla selvitetään myös aiheuttaako lääke mahdollisesti haittavaikutuksia. Mikäli kivut eivät helpota lääkkeen ottamisen jälkeen, tulee varmistaa, että potilas on ottanut lääkkeen ohjeita noudattaen. Aina potilaan ei ole helppoa erottaa onko kyseessä todella kipu vai jokin muu oire. Oireselvityksessä voidaan käyttää apuna ESAS-kyselyä. Kyselyssä arvioidaan kivun lisäksi myös muun muassa pahoinvointia, uupumusta ja masennusta. (Saarto ym. 2015, 52.)

Muistisairaalan potilaan kohdalla kivun arviointi ja mittaaminen voivat olla hankalia. Sairausten alkuvaiheessa voidaan kivusta kysyä potilaalta itseltään, kun taas pitkälle edenneessä muistisairaudessa voi olla mahdotonta erottaa onko potilaalla kipuja vai muuten epämiellyttävä olo. Kipu voi ilmetä esimerkiksi erilaisina käyttäytymishäiriöinä, levottomuutena tai kiihtyneisyytenä. Kipumittareista numeeriset, sanalliset sekä kasvoasteikot ovat sopivia apuvälineitä kivun arviointiin muistisairausten alkuvaiheessa. Kasvokuvamittari on näkyvässä kuvassa 3.



Kuva 3. Kasvokuvamittari (Kivunhoito 2015)

Pitkälle edenneessä muistisairaudessa sopiva menetelmä kivun arviointiin on PAINAD-mittari (liite 1). PAINAD-mittari perustuu potilaan hengityksen, ääntelyyn, ilmeiden, kehon kielen sekä lohduttamisen arviointiin. Jokaisesta havainnoitavasta kohdasta annetaan 0–2 pistettä ja lasketaan pisteet yhteen. Kokonaispistemäärä 0 kuvastaa kivuttomuutta ja 10 voimakasta kipua. (Saarto ym. 2018, 240.)

### 3 KIVUNHOITO

#### 3.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Kipu heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua, joten sen tehokas hoito on tärkeää. Hyvä kivunhoidon seuranta parantaa hoidon turvallisuutta ja vähentää kipulääkkeiden haittavaikutusriskiä. Kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, euforisoivat analgeetit eli opioidit sekä iholle levitettävät kipuvoiteet. Kivunhoitoon voidaan käyttää myös muita lääkeaineita kuten masennus- ja epilepsialääkkeitä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 565.) Ensisijaisesti kuolevan potilaan kivunhoidossa käytetään vahvoja opioideja. Opioidit tehoavat yleensä hyvin syöpäkipuun sekä läpilyöntikipuun. Tulehduskipulääkkeet taas sopivat luustometastaasien aiheuttaman kivun hoitoon. (Surakka ym. 2015, 66.) Epilepsia- ja masennuslääkkeitä käytetään hermosäryn eli neuropaattisen kivun hoitoon (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018).

Kivun lääkehoidon perustana on maailman terveysjärjestö WHO:n laatima porrastus (kuva 4). Sen mukaan kivun lääkehoito aloitetaan parasetamolista ja tulehduskipulääkkeistä. Tarvittaessa siirrytään portaittain vahvoihin opioideihin

asti, kunnes kivut saadaan hallintaan. Lisäksi maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut kivunhoidolle yleiset periaatteet, joiden mukaan lääkityksen tulee olla säännöllistä ja ympärivuorokautista, lääke on annettava ensisijaisesti suun kautta ja läpilyöntikipuihin tulee varautua lyhytvaikutteisella valmisteella. (Yliaho 2014, 13.) Myös riittävästä potilasohjauksesta tulee huolehtia (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018).



Kuva 4. Kivunhoidon portaat (Kuusisto 2015)

Kivun hoidossa käytettävät lääkkeet valitaan kivun voimakkuuden sekä aiheuttajan mukaan ja annos määritetään yksilöllisesti. Pitkäaikaisen kivun hoidossa käytetään säännöllistä lääkitystä. Lääkehoidon lisäksi kivunhoidossa tulee käyttää myös lääkkeettömiä menetelmiä kuten esimerkiksi asentohoitoa tai rentoutusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.)

### 3.1.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli ovat syöpäkivun hoidon portaiden perusta. Palliativisessa hoidossa niitä käytetään lievän tai kohtalaisen kivun hoitoon. Mikäli potilaan kipu voimistuu, on siirryttävä käyttämään opioidiryhmän lääkkeitä. (Saarto ym. 2015, 59.) Syöpäkivun hoidossa on useimmiten syytä aloittaa kivun lääkehoito suoraan vahvalla opioidilla ja liittää sen rinnalle tulehduskipulääke tai parasetamoli. Tulehduskipulääkkeen ja opioidin samanaikainen käyttö saattaa lievittää kipua paremmin kuin pelkkä opioidi, mutta luotettava näyttöä tästä ei ole. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018).

Tulehduskipulääkkeiden vaikutus perustuu prostanoidien tuotannon estämiseen. Tulehduskipulääkkeet lievittävät kipua, alentavat kuumetta sekä parantavat tulehdusta. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 569.) Ne sopivat parhaiten tulehdusperäisen kivun hoitoon. Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää esimerkiksi pehmytkudokseen kasvavien syövän etäispesäkkeiden aiheuttaman kivun hoitoon. Yleensä tulehduskipulääkkeet tehoavat myös luumetastaasikipuihin ja joskus niistä on hyötyä sisäelinkivun hoidossa. (Saarto ym. 2015, 56.) Tulehduskipulääkkeillä on useita haittavaikutuksia ja yleisimmät niistä kohdistuvat ruuansulatuskanavaan, munuaisiin, keuhkoihin ja sydämeen. Tulehduskipulääkkeet myös lisäävät verenvuototaipumusta ja pidentävät vuotoaika. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 571.) Tulehduskipulääkkeiden annostelussa tulee olla varovainen, mikäli potilaalla on veri- tai munuaissairaus tai käytössä muita lääkkeitä tai hoitoja, jotka vaikuttavat näihin toimintoihin. Myös vanhusten lääkehoito vaatii erityistä tarkkaavaisuutta. (Vuorinen 2015, 15.)

Parasetamoli lievittää kipua ja alentaa kuumetta, mutta sillä ei ole tulehdusta poistavaa vaikutusta. Tulehduskipulääkkeisiin verrattuna parasetamoli ärsyttää vähemmän maha-suolikanavaa ja vaikuttaa vähemmän munuaisiin. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 571.) Parasetamoli ei lisää verenvuodon riskiä ja sen aiheuttamat allergiaoireet ovat harvinaisia (Röysä ym. 2016, 16). Myös astmaatikoille parasetamoli on turvallisempi vaihtoehto kuin tulehduskipulääkkeet. Aikuisilla parasetamolin maksimi vuorokausi annos on 4 g. Tätä suuremmat annokset lisäävät maksatoksisuutta. Sitä lisää myös runsas alkoholinkäyttö. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 571.)

Parasetamolia käytetään syöpää sairastavilla potilailla usein yhdessä heikkojen opioidien kuten esimerkiksi kodeiinin kanssa. Tällaisen lääkeyhdistelmän tehokkuudesta syöpäkivun hoidossa ei tosin ole juurikaan saatavilla tutkimustuloksia. Kivun lievitystä voidaan tehostaa lisäämällä parasetamoli tulehduskipulääkkeen rinnalle, mutta tällöin myös mahdollisten haittavaikutusten riski kasvaa. Epäsuoran näytön perusteella on arvioitu, että parasetamolin ja tulehduskipulääkkeen yhdistelmä tehoaa parhaiten krooniseen, voimakkuudeltaan korkeintaan kohtalaiseen kipuun. Lisäksi parasetamolia voidaan käyttää syövän aiheuttaman kuumeen ja hikoilun hoidossa. (Saarto ym. 2015, 58.)



### 3.1.2 Opioidit

Palliativisessa hoidossa opioideja käytetään yleensä yhdessä muiden kipulääkkeiden kanssa (Saarto ym. 2018, 25). Opioideja voidaan antaa potilaalle suun kautta joko tabletteina tai nestemäisenä tai käyttää kipukalvoa. Jos potilas ei pysty nielemään, voidaan opioideja antaa myös ihon alle tai suonensisäisesti. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.) Lihakseen pistettäviä opioidi-injektioita ei käytetä palliativisessa hoidossa, koska ne ovat kivuliaita potilaalle eivätkä tarjoa mitään farmakologisia etuja. Suurimmalle osalle potilaista löydetään sopiva opioidilääkitys ja saadaan aikaan hyvä kivunlievitys (Saarto ym. 2015, 62–65.)

Opioidit ovat keskushermostoon vaikuttavia tehokkaita kipulääkkeitä, joita käytetään voimakkaan kivun hoitoon. Opioideja voidaan käyttää esimerkiksi syöpäkivun hoitoon, leikkauksen jälkeisen kivunhoitoon tai hengenahdistuksen lievittämiseen (Yliaho 2014, 14). Opioidi valitaan antoreitin ja kivun voimakkuuden mukaan (Röysä ym. 2016, 16). Lääkeannos on aina titrattava yksilöllisesti potilaalle sopivaksi eli lääkemannosta nostetaan pikkuhiljaa, kunnes saavutetaan haluttu vaikutus. Etenkin vanhuspotilaiden hoidossa on noudatettava varovaisuutta ja aloitettava hoito käyttämällä pienempiä annoksia. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018.)

Heikkoja opioideja kuten tramadoli tai kodeiini voidaan käyttää harkitusti lievän tai korkeintaan kohtalaisen kivun hoitoon. Syöpäkivun hoidossa tramadolin ja kodeiinin teho on yleensä melko samanlainen. Tramadoli saattaa aiheuttaa enemmän esimerkiksi pahoinvointia, oksentelua, ruokahaluttomuutta tai heikkoutta. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2018.) Heikoilla opioideilla on kattoannos, jonka ylittyessä kipua poistava vaikutus ei enää lisääny. Tällöin on siirryttävä käyttämään vahvoja opioideja tai muita hoitokeinoja. (Vuorinen 2015, 15.)

Vahvoja opioideja ovat morfiini, metadoni, oksikodoni, fentanyyli sekä hydromorfonin. Metadonia, oksikodonia ja morfiinia voidaan annostella pitkä- tai lyhytvaikutteisina tabletteina suun kautta. Fentanyyliä taas voidaan käyttää laastarina, jolloin lääkeaine imeytyy ihon kautta. Tämä sopii potilaille, jotka ei-

vät pysty ottamaan lääkettä suun kautta. Syöpäkivun hoidossa käytetään pitkävaikutteisia lääkemuotoja. Tällöin annostus on helpompaa ja kivunlievitys tasaisempaa. Kattoannosta vahvoilla opioideilla ei ole. (Vuorinen 2015, 16.)

Opioidien tavallisimpia haittavaikutuksia ovat väsymys, ummetus, pahoinvointi, hikoilu, huimaus sekä mioosi eli silmän mustuaisen supistustila. Muita mahdollisia haittavaikutuksia voivat olla suun kuivuminen, kutina, sekavuus, painajaiset, hallusinaatiot, virtsaretentio, masennus, lihasnykäykset, hormonaalisen toiminnan häiriöt, hengityslama tai immuunipuolustuksen heikkeneminen. (Saarto ym. 2018, 27.) Opioideista johtuvaa ummetusta voidaan väliaikaisesti helpottaa opioidien vastavaikuttajilla eli lääkkeillä, jotka kumoavat opioidien suolen toimintaa lamaavan vaikutuksen (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.)

### **3.1.3 Masennus- ja epilepsialääkkeet**

Masennus ja epilepsialääkkeitä voidaan käyttää myös kivunhoidossa. Masennuslääkkeitä käytetään erityisesti neuropaattisen eli hermostoperäisen kivun hoitoon. Käytettyjä lääkkeitä ovat muun muassa amitriptyliini, nortriptyliini ja venlafaksiini. Lääkkeiden vaikutus ei yleensä näy niin nopeasti kuin tavallisilla kipulääkkeillä. Mahdollisia lääkkeiden sivuvaikutuksia ovat suun kuivuminen, sydämen tykytys ja väsymys. Tiettyjä masennuslääkkeitä ei suositella potilaille, joilla on juuri ollut sydäninfarkti, pienet annokset ovat kuitenkin yleensä hyvin siedettyjä. Lääkkeiden haitat yleensä lievittyvät muutamissa päivissä. Masennuslääkkeet voivat myös aiheuttaa iäkkäille sekavuutta, virtaamisvaikeuksia, muistin heikkenemistä sekä ummetusta, joten lääkkeitä käytetään todella varoen. (Paakkari 2017.)

Epilepsialääkkeet soveltuvat myös neuropaattisen kivun hoitoon. Käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa karbamatsepiini, gabapentiini ja pregabaliini. Näiden lääkkeiden vasta-aiheita ovat munuaisten, maksan tai sydämen toimintahäiriöt. Sivuvaikutuksia näillä lääkkeillä on usein hoidon alussa sekä annosta nostettaessa väsymys ja huimaus. (Paakkari 2017.)

### 3.1.4 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa potilaan tietoisuudentilan alentamista eli nukuttamista lääkkeiden avulla. Tietoisuudentilaa alennetaan vain sen verran kuin on tarpeellista, ei yhtään enempää. Palliatiivista sedaatiota voidaan käyttää, mikäli potilaan kärsimystä ei muulla tavoin pystytä lievittämään tai jos kärsimystä ei voida tunnistaa. Tällä keinolla voidaan siis hoitaa muuten hallitsemattomia oireita. Usein ahdistusta ja kärsimystä aiheuttaa eniten potilaan pelko elämänhallinnan menettämisestä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 119.) Ennen palliatiivisen sedaation aloittamista on varmistettava, että kaikki muut mahdolliset keinot oireiden lievittämiseksi on kokeiltu ja konsultoitava lääkäriä. Hoitohenkilöstön, potilaan sekä hänen omaistensa tulee ymmärtää hoidon tavoitteet ja toteutus. Sedaatiossa käytettävät lääkkeet ja niiden annostus määräytyvät yksilöllisesti potilaan oireiden mukaan. Oireiden lievittymistä seurataan säännöllisesti ja lääkkeiden annosta nostetaan asteittain. Koneellista viitaalitoimintojen monitorointia ei ole tarpeellista käyttää. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.)

Suomessa palliatiivista sedaatiota ei juurikaan käytetä. Usein pohdintaan onko se eettisesti hyväksyttävä hoitokeino. Saatetaan pelätä, että palliatiivista sedaatiota alettaisiin käyttää väärin tai että se nopeuttaisi potilaan kuolemaa. Yhtenä kysymyksenä pohditaan myös sitä, kuuluko lääkärin tehtäviin päättää potilaan tietoisuuden elämän päättymisestä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 119.)

### 3.2 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömän kivunhoidon tavoitteena on auttaa potilasta rauhoittumaan ja rentoutumaan sekä saamaan ajatukset pois kivusta. Saattohoidossa yksi tärkeimmistä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä on asentohoito. Asentohoito helpottaa potilaan hengittämistä, edistää laskimo- ja lymfakiertoa sekä lievittää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä ja painetta. Elimistön hyvä neste kierto vähentää nesteiden kertymistä kudoksiin ja siten vähentää turvotusta ja lievittää kipua. Aktiivinen asentohoito parantaa potilaan verenkiertoa sekä ehkäisee ihopainaumien ja painehaavojen syntymistä. (Kiviluoma & Viteli 2016, 14.) Saattohoitopotilaalla on mahdollista toteuttaa myös mikroasentohoitoa, mikäli hän ei pysty itse muuttamaan asentoaan. Normaalisti ihminen

tekee useita pieniä liikkeitä makuulla ollessaan. Mikroasentohoidon tavoitteena on jäljitellä näitä luonnollisia asennonvaihdossa tapahtuvia liikkeitä. (Kiviluoma & Viteli 2016, 15.) Hoidon avulla voidaan vähentää painetta pään, olkapäiden, lantion ja reisien alueella (Kilpinen ym. 2016, 5). Mikroasentohoito ehkäisee painehaavaumien syntymistä, nivelten virheasentoja, laskimotukoksia ja keuhkokuumetta. Näin ollen se myös ennaltaehkäisee kivun syntymistä. (Kiviluoma & Viteli 2016, 15.) Hoito sopii kaikille potilaille asennosta riippumatta ja sen toteuttaminen on yksinkertaista. Tähän voidaan käyttää esimerkiksi pientä pyyhettä, joka rullataan ja asetetaan vaihdellen eri kohtiin potilaan alle. Pyyhe voidaan laittaa esimerkiksi ensin lantion alle ja seuraavalla kerralla toisen käden alle. (Kilpinen ym. 2016, 5-6.)

Fysioterapian avulla voidaan ylläpitää potilaan toimintakykyä, lievittää kipuja sekä ehkäistä niveljäykkyyttä. Toimintakykyä voidaan tukea ylläpitämällä nivelten liikkuvuutta, lihasvoimaa, tasapainoa ja hengityselinten toimintaa. Fysioterapeutti ohjaa harjoitteita potilaalle sekä omaisille ja hoitohenkilökunnalle, jotta he voivat tarvittaessa avustaa potilasta harjoitteiden tekemisessä. Harjoitteet voivat olla esimerkiksi arkiliikuntaa, ryhmäliikuntaa tai yksilöllisesti suunniteltuja omatoimisesti tai ohjattuna tehtäviä harjoitteita. Potilasta tulee kehua onnistuneista suorituksista ja muistuttaa häntä olemaan itselleen armollinen. Sairauden takia menestykset voivat olla pienempiä entiseen verrattuna ja siksi onnistumisista iloitseminen voi olla potilaalle vaikeaa. Fysioterapeutti arvioi myös apuvälineiden tarpeen ja opastaa niiden käytössä. Erilaisten apuvälineiden avulla voidaan lisätä potilaan omatoimisuutta sekä varmistaa turvallinen ja ergonominen hoitotyö. (Kilpinen ym. 2016, 18.)

Kylmähoito ja lämpöhoito ovat myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Kylmähoito vähentää verenkiertoa, poistaa lihasjännitystä ja hidastaa kudosten aineenvaihduntaa. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi jääpalalla hieromisena tai geelipussilla. Geelipussia voidaan käyttää muun muassa pitkään sängyssä olemisesta johtuviin kiputiloihin ja lievittämään haavakipua. Kylmäpussi voidaan sijoittaa myös kipualueen vastakkaiselle kohdalle tai ala- tai yläpuolelle. Lämpöhoitoja ovat esimerkiksi erilaiset lämpöpakkaukset ja lämpölamput. Lämpö voimistaa verenkiertoa, auttaa pintaverisuonten aukene- mista, kudosten parantumista sekä lihasjännityksen helpottamista.

Lämpöhoitoa annetaan potilaan tuntemusten mukaan. Potilaalle voidaan antaa myös kylmä- ja lämpöhoitoa vuorotellen, joka tarkoittaa sitä, että vaihdetaan kylmähoidosta lämpöhoitoon lyhyen ajan jälkeen ja toisinpäin. (Jokelainen 2013, 6.)

Hierontaa voidaan käyttää kivunhoidossa. Hierominen aloitetaan kevyesti ihmisen reaktiota seuraten. Hieronnan intensiivisyys määräytyy fyysisen kestävyuden ja kivun tyypin mukaan. Hieronta voi olla napakkaa ja stimuloivaa tai hidasta, hellää ja rentouttavaa. Kroonista kipua kärsivällä hieronta on yleensä hellävaraista. Hierojan tulee huomioida huoneen lämpötila ja jos vanhus ei halua riisuutua, voi vaatteita nostaa hieman, koska vaatteiden läpi hierominen saattaa ärsyttää ihoa. Yleensä sopivia otteita ovat kevyet hankaukset, sivelyt ja lihasten ravistelut niveliä tukien. Hieronta ei ole pelkästään fyysistä kivun hoitoa vaan, se on myös vuorovaikutusta, keskustelua, kuuntelua sekä kosketusta. (Rintala ym. 2010, 31.)

Kosketus on osa ihmisten välistä kommunikointia ja sillä on suuri merkitys hoitotyössä. Saattohoitopotilas voi kosketuksen avulla saada lohdutusta ja henkistä tukea sekä kokea olevansa välitetty. Potilaan rauhoittuessa myös kivut voivat lievittyä. Tutkimusten mukaan kosketusreseptoreja aktivoivat ärsykkeet saavat aistimusten lisäksi aikaan myös rauhoittumisen ja mahdollisesti hyvinvoinnin tunteen. Tämä ilmiö on voitu osoittaa esimerkiksi nukutetuilla rotilla. Verenpaine sekä stressihormonin määrä ovat laskeneet kosketuksen ja miellyttävän lämmöntunteen vaikutuksesta. Kosketuksen myötä elimistössä erittyy myös endorfiinia ja oksitosiinia. Endorfiinin määrän lisääntyminen vähentää kipuja sekä lisää potilaan hyvinvoinnin tunnetta. (Kiviluoma & Viteli 2016, 17–18.)

Musiikkiterapiaa voidaan myös hyödyntää kivun hoidossa. Se saattaa auttaa kivuliasta ihmistä pääsemään ikävästä todellisuudesta edes hetkeksi pois ja sillä tavoin helpottaa kivusta syntyvää masennusta ja ahdistusta. Laulamisella voidaan helpottaa henkisen kivun lisäksi myös fyysistä kipua. Laulaminen aktivoi hengitystä, suoristaa kehon asentoa sekä voi rentouttaa kehon lihaksia siten, että kivut vähentyvät. (Näivä & Rantalainen 2012, 35.)

Saattohoidossa oleva potilas voi kaivata myös hengellistä tukea, vierellä kulki-  
jaa ja kädestä kiinni pitäjää. Hengellistä tukea on mahdollista saada sielunhoi-  
tajalta, joka yleensä on ammatiltaan diakoniatyöntekijä tai pappi. Sielunhoitaja  
tiedostaa oman rajallisuutensa ja avuttomuutensa. Hän kykenee pohtimaan  
kuolevan potilaan kanssa samoja kysymyksiä sekä kuuntelemaan potilasta.  
Sielunhoidossa jokainen kohdataan samanarvoisena riippumatta uskonnosta.  
Sielunhoitajan tehtävänä on auttaa potilasta saamaan hänen vakaumuksensa  
mukaista henkistä ja hengellistä tukea. Tärkeintä hengellisen tuen antami-  
sessa on läsnäolo, eikä aina tarvita edes sanoja. Usein kuoleva potilas tarvit-  
see turvakseen läheisyyttä kuten kädestä pitämistä, sillittämistä tai katsetta.  
(Kiviluoma & Viteli 2016, 20.)

## **4 KUOLEVA POTILAS**

Kuoleva potilas voi sairastaa esimerkiksi syöpää, sydämen-, munuaisten- tai  
maksanvajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia, MS-tautia, ALSia, Parkinsonin-  
tautia, dementiaa tai aivoverenkiertosairautta. Kuolevan potilaan hoidon tavoit-  
teena on lievittää fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista kärsimystä sekä  
ylläpitää potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. Elämän loppuvaiheessa  
potilaan toimintakyky on usein merkittävästi heikentynyt ja elintoimintojen hii-  
puessa voidaan nähdä merkkejä lähestyvistä kuolemasta. (Saarto ym. 2018,  
8.)

### **4.1 Kuolevan potilaan oireiden hoito**

Kuolevan potilaan hoidossa oireita lievittämällä voidaan parantaa potilaan elä-  
mänlaatua (Yliaho 2014, 17). Yleisimpiä oireita ovat kipu, pahoinvointi, umme-  
tus, hengenahdistus ja yskä. Myös ruokahaluttomuus ja kuivuminen, äkillinen  
sekavuus, poikkeava uupumus, ahdistuneisuus sekä masennus ovat yleisiä  
oireita. Fyysisten oireiden lisäksi on tärkeää huolehtia myös potilaan psyykki-  
sistä, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito  
2018.)

Pahoinvoinnin hoitoon voidaan käyttää pahoinvointilääkkeitä ja joissain ta-  
pauksissa pieninä annoksina myös psyykenlääkkeitä, kuten olantsapiinia tai  
haloperidolia. Pahoinvointilääkkeistä metoklopramidi on tehokas syöpää sai-  
rastavan potilaan kroonisen pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa. Joskus

apua voi olla myös kortisonin yhdistämisestä muuhun pahoinvointilääkkeeseen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.)

Ummetuksesta puhutaan, kun ulostamiskertoja on viikossa alle kolme, uloste on kovaa tai ulostaminen vaatii ponnistelua. Kroonista ummetusta voidaan hoitaa pehmittävillä laksatiiviummetuslääkkeitä kuten laktuloosilla tai makrogolilla. Tarvittaessa voidaan lisäksi käyttää myös suolen supistustoimintaa lisäävää laksatiivia, esimerkiksi natriumpikosulfaattia tai sennaa. Jos ummetuksen aiheuttajana on opioidit, voidaan ummetusta laukaista väliaikaisesti opioidien vastavaikuttajilla eli lääkkeillä, jotka kumoavat opioidien suolen toimintaa laa-  
maavan vaikutuksen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.)

Kuolevan potilaan hengenahdistusta voidaan vähentää opioideilla. Mikäli hengenahdistus johtuu keuhkopussiin kertyneestä nesteestä, poistetaan se punktoimalla tai laittamalla potilaalle dreeni. Joskus hengenahdistusta saattaa helpottaa myös happihoito tai kasvoihin suunnattu ilmavirta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.)

Yskä voi johtua monesta eri syystä kuten keuhkosairaudesta, lisääntyneestä limanerityksestä, mahansisällön takaisin virtaamisesta etenkin potilaan ollessa makuuasennossa, heikentyneestä liman kuljetuksesta tai vaikeudesta niellä sylkeä. Oireita voidaan lievittää tehokkaasti, mikäli tiedetään yskän aiheuttaja ja voidaan hoitaa syytä. Limaneritystä voidaan helpottaa esimerkiksi hengittämällä keittosuolaa suihkeena tai sumutteena tai käyttämällä lääkkeitä, jotka vähentävät limaneritystä. Yskänlääkkeistä ei yleensä ole apua. Hoitona voidaan kokeilla myös esimerkiksi pulloon puhallusta. Tämä tarkoittaa, että potilas puhaltaa ohuella letkulla pulloon, jossa on vettä noin 10-20 cm. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2018.)

## 4.2 Palliatiivinen hoito

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista kokonaishoitoa. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on, että kuolema ymmärretään elämän luonnollisena päätepisteenä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–77.) Hoidon tarkoituksena ei

ole pidentää eikä lyhentää elinaikaa. Palliatiivisen hoidon avulla pyritään siihen, että potilas pystyy elämään mahdollisimman aktiivista elämää aina kuolemaansa saakka. Tavoitteena on parantaa potilaan ja hänen läheisten elämänlaatua sekä lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. (Saarto ym. 2018, 8.) Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määrettä suhteessa kuolemaan (Saarto ym. 2015).

Käypä hoito -suosituksen mukaan palliatiivinen hoito kuuluu jokaiselle henkeä uhkaavaa tai kuolemaan johtavaa sairautta sairastavalle diagnoosista riippumatta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018). Palliatiivista hoitoa annetaan kaikissa sairauden vaiheissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Tärkeää on tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve ja tehdä hoitolinjaukset sekä hoitosuunnitelma riittävän ajoissa, jotta elämän loppuvaiheen hoito olisi mahdollisimman hyvää (Palliatiivinen hoito ja saattohoito). Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tavoite, hoidon rajaukset sekä tarvittavat hoitokeinot (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Varhain aloitettu palliatiivinen hoito parantaa potilaan ja hänen läheisten elämänlaatua ja lisäksi voidaan välttää epätarkoituksenmukaisia hoitoja sekä sairaalajaksoja (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018). Tutkimusten mukaan varhain aloitettu palliatiivinen hoito myös ennaltaehkäisee masentuneisuutta ja voi jopa hieman pidentää elinaikaa (Saarto ym. 2015).

Potilaan oireita ja niiden vaikeusastetta seurataan säännöllisesti sekä arvioidaan hoitovastetta. Apuna elämänlaadun ja oireiden seurannassa voidaan käyttää oirekartoituslomakkeita. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.) Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan niin hoivayksiköissä kuin erikoissairaanhoitossakin. Suositusten mukaan jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi osata toteuttaa oireita lievittävää hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

### **4.3 Saattohoito**

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja tarkoittaa elämän loppuvaiheen hoitoa. Se ajoittuu potilaan viimeisiin elin viikkoihin tai – päiviin. Näin ollen saattohoito on ns. kuolevan potilaan hoitoa. (Saarto ym. 2018, 8.) Kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää, jotta hoitotoimenpiteet voidaan suunnitella siten,



että apua on saatavilla nopeasti. Saattohoidossa potilaan kuolema voi tapahtua taudin tasaisen etenemisen seurauksena tai äkillisesti sairauteen liittyvistä komplikaatioista johtuen. (Saarto ym. 2015, 10–11.)

Saattohoitoon siirtyminen edellyttää aina saattohoitopäätöksen tekemistä. Saattohoitopäätös on diagnoosista riippumaton lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri. (Korhonen & Poukka 2013.) Päätöksen teko edellyttää, että potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtava sairaus ja sen on todettu etenevän kohti kuolemaa (Saarto ym. 2015, 11). Saattohoitopäätös tarkoittaa, että potilaan kuolema on odotettavissa lähiaikoina. Tästä johtuen saattohoitopäätös sisältää luonnollisesti myös DNR-päätöksen eli päätöksen elvyttämättä jättämisestä. Saattohoitopäätös auttaa potilasta ja hänen läheisiään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Mikäli saattohoitopäätöstä ei ole tehty, vaikka potilaan kuolema on odotettavissa ja lähellä, voi hoito jatkua ainoastaan sairauteen keskittyvänä. Tällöin saattohoidosta ei ehdi olla potilaalle hyötyä ja omaisille saattaa jäädä kuva odottamattomasta kuolemasta. Tämä vaikeuttaa osaltaan surutyön tekemistä. (Saarto ym. 2015, 14.)

Saattohoidon tärkeimpiä tavoitteita ovat potilaan oireiden lievitys, henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen sekä perheen tai muun lähipiirin tukeminen. Kuoleman prosessia ei ole tarkoitus pitkittää, joten tarpeettomista hoidoista ja diagnostisista toimenpiteistä luovutaan. Mikäli potilas oireilee, voidaan tarvittaessa oireita kuitenkin selvittää diagnostisten kuvantamisten tai laboratoriotestien avulla. Tärkeää on arvioida toimenpiteiden mielekkyyttä potilaan yleistilan ja jäljellä olevan elinajan perusteella. (Kuittinen ym. 2015, 8–9.)

Saattohoitosuosituksen mukaan palliatiivista- ja saattohoitoa tulee saada yhdenvertaisesti koko Suomessa. Saattohoitopaikat ovat jaettu kolmelle eritasolle hoidon vaativuuden mukaan. Nämä ovat perustaso, erityistaso sekä vaativa erityistaso. Perustason palveluiden tarkoituksena on mahdollistaa saattohoidon toteutus mahdollisimman lähellä potilaan kotia. Perustason palveluita ovat esimerkiksi kotihoito ja kotisairaanhoido, vanhainkodit sekä sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen. Näihin palveluihin kuuluvat myös ne ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt sekä sairaaloiden vuodeosastot, joissa hoidetaan saattohoitopotilaita ilman, että saattohoito on

osaston päätoimi. Eritystason palveluita taas ovat palliatiivisen ja saattohoi-donyksiköt kuten esimerkiksi saattohoitokodit, saattohoito-osastot, palliatiiviset poliklinikat ja kotisairaala. Erityistasolla henkilökunta on erityskoulutettua ja saattohoito on osaston tai yksikön päätoimi. Yliopistosairaanhoidopiirien pal-liatiiviset keskuksat muodostavat vaativan erityistason ja näihin palveluihin kuuluvat esimerkiksi palliatiivinen vuodeosasto, saattokoti, vaativan avohoidon palliatiivinen poliklinikka, psykososiaalisen tuen yksikkö sekä vaativaan pal-liatiiviseen- ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. (Sosiaali- ja terveyste-ministeriö 2017.)

Ensisijaisesti oireita pyritään lievittämään mahdollisimman yksinkertaisin kei-noin. Saattohoitoon ei kuulu potilaan elvytys, infarktin liuotushoito, sytostaatti-hoito tai kontrolliluonteiset tutkimukset. Pysyvää laitoshoidoa vaativan huono-kuntoisen potilaan hoidossa ei käytetä suonensisäistä neste- tai antibioottihoi-toa, ellei tällä uskota olevan merkittävää vaikutusta oireiden kannalta. (Kuitti-nen ym. 2015, 8–9.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYK-SET**

Tämän opinnäytetyön aiheena oli kuolevan potilaan kivunhoito. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen eli jo olemassa olevan tiedon avulla, mitä kivunhoidon menetelmiä kuolevan potilaan hoidossa käytetään ja onko kivun hoidon osaaminen riittävällä tasolla. Pohdimme myös tutkimustie-toon tukeutuen, mitkä asiat vaikuttavat kivun hoidon onnistumiseen. Tavoit-teena oli luoda kirjallisuuskatsaus kuolevan potilaan kivunhoidosta ja tuoda At-tendo Lavilanhovin hoitohenkilökunnalle lisää tietoa kivunhoidon menetel-mistä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä kivunhoitomenetelmiä kuolevan potilaan hoidossa käytetään?
2. Onko kivunhoidon osaaminen riittävällä tasolla?

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty. Siitä voidaan erottaa kaksi erilaista suuntautumista, jotka ovat integroiva katsaus sekä narratiivinen katsaus. Opinnäytetyömme on narratiivinen katsaus, jonka avulla on mahdollista saada laaja kuva valitusta aiheesta tai kuvata sen historiaa sekä kehityskulkua. Tässä narratiivisessa katsauksessa tarkoituksena on tiivistää jo aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, järjestää epäyhtenäistä tietoa jatkuvammaksi tapahtumaksi sekä lopuksi tuottaa helppolukuinen lopputulos. (Salminen 2011, 6.)

### 6.1 Aineiston keruu, sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Ennen tiedonhaun aloittamista tapasimme kirjaston informaatikon. Häneltä saimme tietoa kirjaston tietokannoista sekä vinkkejä siihen millaisia hakusanoja kannattaa käyttää ja kuinka hakua voi rajata. Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja ovat PubMed, Finna, Medic, Melinda, Elektra ja Cinahl. Haimme aineistoa myös Google Scholarista sekä manuaalisesti kirjoista, pro gradu- tutkielmista ja väitöskirjoista, erilaisista ohjeistuksista sekä suosituksista. Aineiston hakua on rajattu siten, että mukaan on otettu ainoastaan ilmaiseksi saatavilla olevia kokonaisia artikkeleita, teoksia ja tieteellisiä tutkimuksia. Aineistot haettiin aikaväliltä 2010–2018. Kuvassa 5 näkyy tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

### Sisäänottokriteerit

- Julkaistu vuonna 2010–2018
- Suomen- tai englanninkielinen
- Tieteellinen tutkimus tai alkuperäistutkimuksen tuloksia käsittelevä artikkeli
- Julkaisu on elektroninen ja saatavissa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjastosta, tietokannoista tai kaukolainattavissa

### Poissulkukriteerit

- Vuonna 2009 julkaistut tai vanhemmat
- Vieraskieliset (muut kuin englanninkieliset)
- Julkaisu ei täytä tieteellisen julkaisun kriteerejä
- Ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt
- Julkaisu ei ole elektroninen, saatavissa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjastosta, tietokannoista tai kaukolainattavissa

Kuva 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Finnasta haimme hakusanoilla *saattohoito* AND *kivunhoito*. Rajasimme hakua vuosiin 2010-2018. Ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt jätimme pois hausta. Osumia saimme 47 kappaletta. Otsikoiden perusteella valitsimme näistä seitsemän ja tiivistelmien perusteella neljä. Lopulta valitsimme kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, jotka vastasivat sisäänottokriteerejä. Seuraavaksi haimme hakusanoilla *palliativinen hoito* AND *kivun hoito*. Rajasimme hakua vuosiin 2010-2018 ja ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt jätimme pois hausta. Tuloksia saimme 31. Otsikoiden perusteella valitsimme näistä kuusi ja tiivistelmien perusteella kolme. Valitsimme näistä yhden ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön, joka täytti sisäänottokriteerit. Melindasta haimme hakusanoilla *palliativinen hoito* ja *hoitotyö*. Tuloksia saimme 49. Otsikoiden perusteella valitsimme näistä seitsemän ja tiivistelmien perusteella kolme. Valitsimme näistä yhden julkaisun.

PubMedistä haimme hakusanoilla *pain management* AND *hospice care* AND *older*. Rajasimme hakua vain kokonaan ilmaiseksi saatavilla oleviin artikkeleihin, jotka ovat julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Osumia saimme 21. Otsikoiden perusteella valitsimme näistä kolme ja tiivistelmien perusteella kaksi. Valitsimme näistä yhden tutkimuksen. Seuraavaksi käytimme hakusanoja *pain management* AND *cancer* AND *hospice care*. Osumia saimme 99. Näistä valitsimme otsikoiden perusteella viisi ja tiivistelmien perusteella kaksi.

Lopulta valitsimme yhden tutkimuksen. PubMedistä haimme myös hakusanoilla *pain relief* AND *palliative*. Rajasimme hakua vain kokonaan ilmaiseksi saatavilla oleviin artikkeleihin. Osumia saimme 597. Näistä valitsimme otsikon ja vuosiluvun perusteella kolme ja tiivistelmän perusteella yhden.

Haimme myös Elektrasta artikkeleita hakusanalla *palliativinen hoito* ja saimme kaksi osumaa. Otsikon perusteella valitsimme näistä toisen, jonka luimme tarkemmin. Valitsimme tämän artikkelin opinnäytetyössämme käytettäväksi. Google Scholarista haimme hakusanoilla *kivun hoito* AND *vanhustyö* AND *pro gradu*. Osumia tuli 218. Näistä valitsimme yhden 2013 tehdyn pro gradun sisällön perusteella. Medicistä haimme hakusanoilla *pain relief* AND *palliative*. Rajauksia ei ollut. Osumia tuli 91 kappaletta. Valitsimme näistä yhden tutkimusartikkelin. Manuaalisella haulla löysimme kolme tutkimusta. Nämä valitut tutkimukset ovat taulukkomuotoisessa kirjallisuuskatsauksessa opinnäytetyön liitteissä (liite 2). Tiedonhausta löytyy myös taulukko, joka on liitteissä (liite 3).

## 6.2 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla dokumentteja pystyy analysoimaan objektiivisesti sekä systemaattisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähteistä analyysia, joka sisältää kolme vaihetta. Aluksi aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin, jonka jälkeen luotiin teoreettisia käsitteitä. Tietoa karsittiin niin, että tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto jätettiin pois. Aineistoa tiivistettiin ja pilkottiin osiin. Aineiston ryhmittelyssä alkuperäiset ilmaukset käytiin hyvin läpi ja etsittiin eroavaisuuksia sekä samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Samaa asiaa tarkoittavat asiat yhdistettiin omaksi luokakseen ja nimettiin luokkaa kuvaavalla otsikolla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Prosessiin viimeisessä vaiheessa erotettiin tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edettiin kokemuseräisestä aineistoista kohti teoreettisempaa näkemystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112.)

## 7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset käytiin läpi huolellisesti, jonka jälkeen alkuperäisilmaukset tiivistettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samaa asiaa kuvaavia käsiteitä ja niistä muodostettiin käsitteitä kuvaavia alaluokkia. Tämän jälkeen samankaltaiset alaluokat koottiin yhteen ja näin saatiin muodostettua aineistosta yläluokkia. Yläluokat nimettiin niin, että ne kuvaavat mahdollisimman hyvin alaluokista saatuja käsitteitä. Lopuksi yläluokille nimettiin pääluokat, joita opinnäytetyöhön tuli neljä. Pääluokiksi muodostui kipujen esiintyvyys kuolevilla potilailla, käytetyt kivunhoidon menetelmät, kivunhoidon osaaminen sekä kivunhoidon onnistuminen. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja käsitteiden muodostamisesta liitteessä 4.

### 7.1 Kipujen esiintyvyys kuolevilla potilailla

Bredal ym. (2011) toteavat, että 42% potilaista kokee vakavaa kipua viimeisinä elinpäivinä. Sairaalassa olevat potilaat kokevat enemmän kipua kuin palvelutaloissa tai kotihoidossa olevat. Tämä johtuu luultavasti siitä, että jos potilaalla on vakavia kipuja, hänet siirretään sairaalaan. Tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstö on aliarvioinut kipujen esiintyvyyttä. (Bredal ym. 2011.) Merkittävällä osalla potilaista kivut lisääntyivät pikkuhiljaa saattohoidon edetessä. Mitä vähemmän kipuja potilaalla oli ennen saattohoitoa tai saattohoidon alussa, sitä vähemmän niitä oli myös saattohoidon loppuvaiheessa. (Cea ym. 2016.) Midtbust ym. (2018) toteavat, että dementiaa sairastavilla potilailla kipuja esiintyy paljon ja kivun arviointi on vaikeaa, koska he eivät pysty sanallisesti ilmaisemaan kipua.

Syöpäpotilailla esiintyi useammin kipuja kuin muilla potilailla. Kivut olivat voimakkaampia ja myös läpilyöntikipuja oli enemmän kuin ei-syöpäpotilailla. Kipujen esiintyvyys oli dokumentoitu yhtä hyvin kaikilla potilailla, kuitenkin syöpäpotilaiden kivun voimakkuus oli dokumentoitu paremmin kuin ei-syöpäpotilailla. Keuhkosyöpää sekä paksusuolen syöpää sairastavat potilaat kokivat enemmän kipuja kuoleman lähestyessä kuin muut potilaat. (Bredal ym. 2011.) Hackett ym. (2016) toteavat että, noin kolmasosalla syöpää sairastavista potilaista esiintyi yhtäaikaaisesti eri kivun tyyppisiä ja kipu aiheutui monesta erisyisestä sekä oli hallitsematonta. Toisella kolmasosalla potilaista kipu oli ajoit-

tain hankalaa ja hallitsematonta. Näillä potilailla ilmeni ajoittaista ja vaihtelevaa kipua, joka oli ennalta arvaamatonta. Kipua ilmeni päivän tai useampien päivien aikana ilman tunnistettavissa olevaa laukaisevaa tekijää. Kipu oli yleensä kohtalaista mutta saattoi ajoittain pahentua nopeastikin ja ilmetä esimerkiksi kovana päänsärkynä. Lopuilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla kipu oli suurimman osan ajasta lievää, mutta ajoittain voimakkaampaa. Näillä potilailla kipu oli hallittavissa.

Syöpää sairastavilla potilailla esiintyi neuropaattista, tulehduksellista sekä luustokipua. Potilaat kertoivat neuropaattisen kivun tuntuvan siltä kuin joku iskisi veitsellä jalkaan. Tämän oli kerrottu johtuvan siitä, että kasvain painaa hermoa. Potilaat kuvasivat myös varpaiden ohimenevää puutumista sekä toisen jalan puutuneisuutta. Puutuminen ei tuntunut kivuliaalta, ainoastaan epämiellyttävältä. Yleisimmin syöpä oli metastasoitunut luustoon rintasyöpää tai eturauhassyöpää sairastavilla potilailla. Potilaat kokivat luustokivun olevan niin voimakasta, että se peitti muun jatkuvan kivun eikä sitä voitu lievittää vahvoilla opioideilla. Luustokivun kuvattiin tuntuvan polttavalta, siltä kuin joku heittäisi iholle kuumaa vettä. (Hackett ym. 2016.)

Fyysisen kivun lisäksi syöpää sairastavilla potilailla esiintyi myös emotionaalista sekä eksistentiaalista kipua. Pitkäkestoinen ja vaikea kipu vaikutti heikentävästi potilaiden mielialaan ja aiheutti pelkoa kivunhallinnan menettämisestä. Myös akuutilla kivulla oli samanlainen vaikutus. Tutkimuksen mukaan kivun eskaloitumisen tai kiputyypin tai kivun aiheuttajan muuttumisen ajateltiin merkitsevän sairauden etenemistä. Todellisuudessa kuitenkin uudenlaisen kivun ilmeneminen tai kivun paheneminen aiheutui etäpesäkkeiden lisääntymisestä. Kipu aiheutti potilaille ristiriitaisia tunteita ja epävarmuutta. Kipua lisäsi potilaiden kokemusta omasta kykenemättömyydestä ja avuttomuudesta. (Hackett ym. 2016.) Valtasen (2016) mukaan eksistentiaalinen kipu johtui fyysisen kivun pelosta, yksinäisyydestä sekä syöpähoitojen lopetuksesta aiheutuvasta surusta. Potilaat pelkäsivät jo olemassa olevia kipua sekä mahdollisesti elämän loppuvaiheessa ilmaantuvia kipuja. Myös ajatus elämän menettämisestä aiheutti potilaille kipuja. Jotkut potilaat eivät välttämättä pystyneet hyväksymään olevansa saattohoitovaiheessa ja näin ollen he uskoivat voimien palautumiseen.

## 7.2 Käytetyt kivunhoidon menetelmät

### 7.2.1 Lääkkeelliset menetelmät

Saattohoidossa potilaalla oli yleensä käytössä pitkävaikutteinen sekä säännöllinen lääkehoito sekä tarvittaessa otettava läpilyöntikivun hoitoon tarkoitettu lääke (Karhunen 2016). Louheman (2015) mukaan kivunhoitoa toteutettiin WHO:n syöpäpotilaan kivunhoidon ohjeistuksen mukaisesti. Kivunhoito aloitettiin miedoilla kipulääkkeillä ja asteittain siirryttiin voimakkaampiin kivunhoidossa käytettäviin lääkkeisiin.

Cea ym. (2016) toteavat, että noin 96 prosenttia potilaista saivat kipua hallitsevia toimenpiteitä. Näistä vain 56 prosentilla oli säännöllisen kipulääkityksen lisäksi myös tarvittava kipulääkitys. Opioidit kipulääkkeinä oli käytössä noin 85 prosentilla ja muut kipulääkkeet kuin opioidit noin 58 prosentilla. (Cea ym. 2016.) Bredal ym. (2011) mukaan vuonna 1977 vain 38 prosenttia kuolevista potilaista sai opiaatteja, kun taas vuonna 2007 niitä sai jo 78 prosenttia. Tämä osoittaa muuttuneen asenteen opiaattien käytössä. Kuitenkin vuonna 2007 julkaistun eurooppalaisen syöpäkipututkimuksen mukaan Suomessa vahvoja kipulääkkeitä käytetään suhteellisen vähän verrattuna muihin Euroopan maihin (Erjanti ym. 2014).

Ruoppa ym. (2018) toteavat, että kuolevan potilaan kivunhoidossa edistyneen tason lääkkeiden käyttö on vähäistä. Morfiinia, oksikodonia, pregabaliinia ja fentanyyliä käytettiin laajasti, mutta hydromorfon, metadoni sekä ketamiini olivat tuntemattomampia ja niitä käytettiin harvoin tai ei ollenkaan. Morfiini oli yleisimmin käytetty opioidi ja sitä käytettiin syöpäpotilailla lähes yhtä paljon kuin muillakin potilailla. Ei-syöpäpotilailla käytettiin kipulääkkeinä yleensä morfiinia. Syöpäpotilaille taas annettiin useammin fentanyyliä, oksikodonia sekä ketobemidonia. (Bredal ym. 2011.) Lievän ja ajoittaisen kivun hoidossa käytettiin mm. parasetamolia ja kodeiinia. Kodeiinia käytettiin, jos pelkkä parasetamoli ei riittänyt lievittämään kipua. (Hackett ym. 2016.) Eroja parasetamolin ja heikkojen opioidien käytössä ei ollut syöpäpotilaiden ja muiden potilaiden välillä. (Bredal ym. 2011.) Potilailla, joilla kipua ilmeni ajoittain, tietyn kaavan mukaisesti käytettiin yleensä yhdistelmähoitoa eli tulehduskipulääkettä sekä pitkävaikutteista ja tarvittaessa otettavaa morfiinia (Hackett ym. 2016).



Saattohoidon alkuvaiheessa lääkehoito toteutettiin pääasiassa suun kautta. Tablettimuotoa tai oraaliliuosta käytettiin niin pitkään, kun potilas pystyi ottamaan lääkkeitä suun kautta ja lääkeaine imeytyi riittävän hyvin. (Karhunen 2016; Louhema 2015.) Hoitajien kokeman mukaan yleisimmät lääkkeet kivunhoidossa olivat Oxynorm sekä Oxycontin suun kautta. Pahoinvoinnin estämiseen käytettiin Primperania, Ondanstronia tai Skopolamiinia. Ahdistukseen käytettiin Midatzolamia. (Karhunen 2016; Bredal ym. 2011.) Myös Louheman (2015) mukaan eniten kivunhoidossa käytettiin nopeavaikutteisia opioideja esimerkiksi oksikodonia. Peruslääkkeenä oli joskus myös morfiini, joko depolan valmisteenä suun kautta annettuna tai mikstuurana. Lisäksi kroonisen hermostokivun hoidossa käytettiin joskus masennus- ja epilepsialääkkeitä. (Louhema 2015.) Läpilyöntikivun hoidossa käytettiin morfiinia (Louhema 2015; Hackett ym. 2016).

Karhunen (2016) mukaan lihakseen lääkkeitä ei annettu ollenkaan, jotta välttyttiin turhalta pistämiseltä. Louheman (2015) mukaan kivunhoidossa kuitenkin käytettiin myös lihakseen pistettäviä injektioita. IV-hoitoa ei käytetty tai sitä käytettiin vain vähän, koska siihen koettiin liittyvän turvallisuusriskejä (Karhunen 2016; Bredal ym. 2011). Kun p.o lääkitys ei enää riittänyt tai potilas ei pystynyt enää suun kautta ottamaan lääkkeitä, siirryttiin antamaan lääkkeitä ihon alle. Ihonalaiskanyylin kautta pystyttiin lääkitsemään potilaita, sekä ohjaamaan omaisia lääkkeen annossa. Menetelmä koettiin hyvänä, koska se mahdollisti usean eri lääkeaineen yhtäaikaisen annostelun. (Karhunen 2016.) Ihonsisäisen injektion antaminen säännöllisesti sekä tarvittavien lääkkeiden antaminen suun kautta oli yleisempää syöpäpotilailla kuin muilla potilailla (Bredal ym. 2011). Kipupumppua käytettiin, kun kipu oli jatkuvaa tai läpilyöntikivut olivat toistuvia. Kipupumpun ansiosta lääkeaineen pitoisuus elimistössä oli tasainen ja potilas sai tarvittaessa lisäannoksia. (Karhunen 2016.) Kipulaastareita saattohoidossa käytettiin jonkin verran, yleisimmin fentanyyli-laastareita. Laihojen potilaiden kohdalla käytettiin mieluummin morfiinia suun kautta annosteltuna, koska silloin lääke imeytyi paremmin kuin laastarista. (Karhunen 2016; Louhema 2015.)

Ruopan ym. (2018) mukaan palliatiivista sedaatiota käytettiin todella harvoin muualla kuin saattohoitokodeissa, joten voidaan ajatella, että sitä eivät saa

kaikki, jotka sitä tarvitsevat. Palliatiivisesta sedaatiosta on kaikista eniten kokemusta saattohoitokodeissa. Tutkimukseen osallistuneista palliatiivista hoitoa antavista yksiköistä kahdessa ei käytetty ollenkaan palliatiivista sedaatiota. Hieman yli puolet (54 prosenttia) tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä toteutti palliatiivista sedaatiota harvemmin kuin kerran vuodessa. Ainoastaan kaksi vastaajaa oli toteuttanut palliatiivista sedaatiota yli kaksikymmentä kertaa edellisten viiden vuoden aikana. Palliatiivista sedaatiota käytetään täten harvoin. Yleisimmin palliatiivinen sedaatio toteutettiin ihonalaisena infuusiona. Palliatiivisen sedaation kesto oli yleisimmin enintään kolme vuorokautta.

### **7.2.2 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät**

Cea ym. (2016) toteavat, että ainoastaan 42 prosenttia potilaista sai lääkkeettöntä kivunhoitoa. Lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja käytettiin vähemmän iäkkäillä potilailla sekä niillä potilailla, joilla oli saattohoitopäätös. Kivunhoidossa käytettyjä lääkkeettömiä menetelmiä olivat esimerkiksi asentohoito, perushoito, ravitsemushoito sekä aktiviteetin lisääminen (Louhema 2015). Kivunhoidossa käytettiin myös kylmä- ja lämpöhoitoja sekä jalkojen hierontaa (Louhema 2015; Hackett 2016). Fysioterapian käyttö kivunhoidossa oli vähäistä (Tarhonen 2013).

Midtbust ym. (2018) toteavat, että tuttu musiikki, laulut tai runot rauhoittivat joidakin kivuliaita ja ahdistuneita potilaita. Kivuliaiden toimenpiteiden aikana hoitajat saattoivat esimerkiksi laulaa potilaalle. Potilaille tärkeää oli myös hoitajan läsnäolo. Esimerkiksi kädestä pitäminen ja rauhallisesti puhuminen rauhoittivat potilaista.

Palliatiivista hoitoa antavissa yksiköissä 94 prosentissa oli saatavilla psykososiaalista tukea. Sairaalapastori osallistui kivunhoitoon ja henkisen tuen antamista käytettiin yhtenä kivunhoidon menetelmänä, mutta usein selvää henkisen tuen hoitopolkua ei kuitenkaan ollut. (Louhema 2015; Ruoppa ym. 2018.) Hoitajien mukaan hengellistä ja sielunhoitotyötä tulisi kehittää palliatiivisessa ja saattohoidossa. Psykoterapeuttisen tuen saamista haluttiin helpottaa. (Erjanti ym. 2014.)

## 7.3 Kivunhoidon osaaminen

### 7.3.1 Ammatillinen osaaminen

Hoitajan tehtävänä oli tunnistaa mistä kipu johtui ja minkälaista se oli (Karhunen 2016; Louhema 2015). Hoitajien mielestä ammattitaitoon kuului myös osata antaa potilaalle riittävästi kipulääkettä (Louhema 2015). Kotisairaalaissa kivunhoidon ohjauksen avuksi oli laadittu toimintaohje, joka helpotti myös kivun arviointia. Ohjauksen ja kivunhoidon tasalaatuisuutta lisäsi samojen, sovitujen kysymysten esittäminen potilaalle. (Karhunen 2016.) Bredal ym. (2011) mukaan itse kipu ei aiheuta elämänlaadun laskua vaan hoitajien osaamattomuus arvioida kipua. Huono tietämys kivusta ja sen lääkehoidosta johtavat helposti kivun voimakkuuden aliarvioimiseen.

Kivun arvioinnissa käytettiin usein sanallista arviointia eli potilaalta kysyttiin kivusta suullisesti (Karhunen 2016; Louhema 2015; Cea ym. 2016; Rantala 2014). Hoitajat kysyivät potilailta, milloin kipua esiintyy sekä minkälaista se on. Lisäksi kysyttiin auttavatko kivunhoitoon annetut lääkkeet tai helpottaako jokin muu keino kipua. Pelkkä suullinen kivunarviointi ei aina kuitenkaan ollut riittävä. (Karhunen 2016.) Suullisen arvioinnin lisäksi kivun arviointiin käytettiin kipumittareita ja havainnointia. Kipumittareista eniten käytettiin numeerista asteikkoa (NRS) sekä VAS-kipujanaa. (Karhunen 2016; Louhema 2015; Cea ym. 2016; Rantala 2014.) Näiden lisäksi käytettiin myös kasvokuvamittaria (Cea ym. 2016; Karhunen 2016). Osa hoitajista oli sitä mieltä, että kipumittareita ei käytetä säännöllisesti eikä riittävästi (Louhema 2015; Karhunen 2016). Myös Rantala (2014) toteaa, että kipumittareiden käyttö osastoilla oli yleensä heikkoa.

Palliatiivisen sedaation seuraamisessa yleisin arviointimenetelmä oli oireen helpottumisen seuraaminen. Suurimmassa osassa paikkoja myös tajunnantaso ja kipu arvioitiin. Numeerisia arviointimenetelmiä sedaatiota seuratessa käytettiin ainoastaan kahdessa paikassa, vaikka niitä suositellaan käytettäväksi. Koneellista monitorointia sedaation aikana ei käytetty, eikä sitä myöskään suositella käytettävän. (Ruoppa ym. 2018.)

Louheman (2015) mukaan hoitajat kokivat, että parhaiten kivun luonteesta ja voimakkuudesta kertoo potilaan oma ilmaisu. Erjanti ym. (2014) toteavat kui-

tenkin päinvastoin, etteivät hoitajat aina luottaneet potilaan omaan arvioon kivusta. Potilaiden kipua ei myöskään aina osattu tunnistaa tai siitä ei edes kysytty. Haasteelliseksi kivun arviointi koettiin, mikäli potilas ei pystynyt sanallisesti ilmaisemaan kipua (Rantala 2014). Tällöin kipua arvioitiin havainnoimalla potilaan ilmeitä, eleitä sekä reagoitua asennon vaihtoihin (Karhunen 2016; Louhema 2015; Rantala 2014). Tarhosen (2013) mukaan hoitajat kokivat vaikeaksi myös muistisairaiden potilaiden kivun arvioimisen ja tämä vaati hoitohenkilöstöltä erikoisosaamista. Hoitajat, joilla oli kokemusta kivun hoidosta, osasivat paremmin arvioida, onko potilaalla kipuja ja millainen kivun luonne on (Midtbust ym. 2018; Louhema 2015).

Karhunen (2016) mukaan kipulääkkeen vastetta seurattiin aktiivisesti ja hoitajat pitivät sitä tärkeänä. Potilaan luona oltiin, kunnes kivut helpottuivat ja potilaita ohjattiin lääkkeidenotossa. Hoitajat kokivat ahdistavaksi odottaa kipulääkkeen vaikutuksen alkamista, jos potilas oli hyvin kivulias. Myös kipujen hallitsemattomuus aiheutti hoitajissa epävarmuutta ja avuttomuuden tunnetta. (Hackett ym. 2016; Louhema 2015.) Kipulääkityksen riittävyttä arvioitiin sen mukaan, minkä verran potilas tarvitsi kipulääkettä läpilyöntikipuun. Hoitajat kokivat, että lisäkipulääkityksen vastetta arvioitiin enemmän kuin säännöllisesti menevän kipulääkityksen. (Louhema 2015.)

Rantalan (2014) mukaan lähes kaikki hoitajat tunsivat vahvojen opioidien mahdollisesti aiheuttamat haittavaikutukset kuten pahoinvointi, sekavuus, uneliaisuus, hengityselinten lamaantuminen sekä ummetus. Myös Karhunen (2016) mukaan hoitajilla oli tiedossa opioidien aiheuttama ummetusriski ja sitä pyrittiin ennaltaehkäisemään seuraamalla vatsan toimintaa sekä tarvittaessa hoidettiin laksatiiveilla.

Hoitajien mielestä heikompien opioidien haittavaikutuksen olivat samanlaisia kuin vahvojenkin opioidien. Haittavaikutuksista harvemmin tunnistettuja olivat sydämen vajaatoiminnan paheneminen sekä tulehduskipulääkkeiden aiheuttama turvotus. Parasetamolin vaikutus maksaan oli tiedossa lähes kaikilla, kuten myös tulehduskipulääkkeistä mahdollisesti aiheutuvat haittavaikutukset kuten vatsan ja suoliston ärsytys, mahahaava sekä lisääntynyt riski verenvuotoihin. (Rantala 2014.) Myös lääkkeiden mahdolliset yhteisvaikutukset huomioidaan lääkehoidossa (Karhunen 2016). Tarhosen (2013) mukaan hoitajat kuitenkin kokivat, että tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista on liian vähän.

Lipposen ja Karvisen (2015) mukaan eettisiä kysymyksiä herätti eniten hoitotahdon toteutuminen. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaan hoitotahtoa ei aina noudatettu, esimerkiksi aktiivihoidoja jatkettiin, vaikka potilas ei olisi halunnut. Midtbust ym. (2018) toteavat, että usein hoitajat pitivät eettisenä vaikeutena sitä, että he tunnistivat potilaan kivun ja tuskan sekä tiesivät, että laskimonsisäisten nesteiden antaminen pahentaa potilaan kipuja. Samaan aikaan hoitajien oli kuitenkin myös ymmärrettävä potilaan omaisia, jotka halusivat jatkaa suonensisäistä nesteytystä. Välillä hoitajat miettivät, hoitavatko he potilasta vai omaisia. Terveystieteiden ammattilaisten mielestä on vaikeaa antaa hoitoja kivuliaalle terminaalivaiheen potilaalle vain siksi, että läheiset niin haluavat. Heidän mielestään potilaita tulisi säästää näiltä hoidoilta. Myös Erjantin ym. (2014) mukaan potilaan hoitotahto tulisi tuoda esille nykyistä paremmin ja selvittää miten ja missä potilas haluaa tulla hoidetuksi. Hoitotahdon puuttuessa aktiivihoidoja saatetaan jatkaa liian pitkään. Tärkeänä pidettiin myös potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ja mahdollisuutta vaikuttaa hoitoon.

Hoitajien toimintaa vaikutti se, kuinka paljon heillä oli kokemusta hoitotyöstä. Kokemuksen myötä hoitajat osasivat paremmin havaita voinnissa ilmenevät muutokset. Lisäksi kokemus auttoi päätöksenteossa ja uskalluksessa toimia sen mukaan. (Karhunen 2016.) Hoitajien mukaan uskallusta ja rohkeutta tarvittiin morfiinin antamiseen, jotta saataisiin lievitettyä potilaan kipuja. Osa hoitajista pelkäsi, että opioidit aiheuttavat potilaalle riippuvuutta, sivuvaikutuksia, toleranssia tai että niitä käytetään väärin. (Louhema 2015; Erjanti ym. 2014.) Myös Tarhosen (2013) mukaan hoitajilla oli korkea kynnys antaa kipulääkkeitä, vaikka ne oli määrätty potilaalle. Koulutuksella koettiin olevan iso osa ammattitaidon ylläpitämisessä. Kuitenkin hoitajat kertoivat käyttävänsä tutkittua tietoa liian vähän ajan puutteen takia. Haastateltavat käyttivät tutkittua tietoa vain silloin, jos työnantaja sitä vaati.

### **7.3.2 Osaamisen kehittäminen**

Tärkeä asia on kivun lääkehoidon kehittäminen, jotta potilaiden ei tarvitsisi kärsiä kivuista. Myös kivun kokonaisvaltaisuuden huomioiminen oli hoitajien mukaan tärkeää. (Louhema 2015.) Karhusen (2016) mukaan säännölliset koulutukset ja onnistunut kivunhoito ovat tärkeitä asioita. Mahdollisuutta osallistua koulutuksiin pidettiin tärkeänä. Koulutuksiin pääsi osallistumaan useita kertoja

vuodessa sekä tasapuolisesti. Hoitajat osallistuivat eniten koulutuksiin, jotka käsittelivät palliatiivista- ja saattohoitoa, oirehoitoja tai kivunhoitoa. Hoitajat kertoivat osallistuneensa esimerkiksi Terhokodin järjestämiin koulutuksiin. Lisäksi hoitajille annettiin mahdollisuus osallistua maksuttomiin verkkokoulutuksiin. Koulutuksissa saatua uutta tietoa jaettiin osastotunneilla. Hoitajat pitivät tärkeänä itsensä kehittämistä sekä pysymistä ajan tasalla.

Lisäkoulutusta hoitajat toivoivat saattohoitopotilaan kivun hoitoon sekä oireenmukaiseen hoitoon liittyen. Epäselvyyttä oli myös lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käytössä. (Lipponen & Karvinen 2015.) Myös Louhema (2015) toteaa, että lisäkoulutusta kaivattiin eniten kivun arvioinnista ja seurannasta sekä lääkeannosmääristä ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Syöpäkivun kipulääkityksestä ja eri kiputyyppeiden hoidosta ei ollut riittävästi koulutusta tarjolla.

Kouluttautumisessa tärkeänä pidettiin mahdollisuutta erikoistua palliatiiviseen tai saattohoitoon. Koulutuksen toivottiin olevan jatkuvaa, jotta hoidon laatua voitaisiin parantaa ja vastata kasvaviin tarpeisiin. (Erjanti ym. 2014.) Palliatiivisen sedaation toteutusta ei tunnettu riittävästi. Lisäkoulutus palliatiivisesta sedaatiosta olisi tarpeen, jotta hoitokäytännöt olisivat yhteneväisempiä. (Erjanti ym. 2014; Ruoppa ym. 2018.) Kotisairaalassa oli ollut tarjolla palliatiiviseen sedaatioon liittyvää koulutusta. Palliatiivisen sedaation ajateltiin olevan hoitokeino hallitsemattomaan ahdistukseen. (Karhunen 2016.)

Hoitajat kokivat tuntevansa tai vähintään tietävänsä saattohoitosuosituksen. Myös kivunhoitoon liittyvät suositukset osattiin nimetä. Hoitosuosituksia käytettiin apuna hoitotyössä päivittäin. Eniten suosituksia käytettiin syöpäpotilaiden hoidossa ja niiden koettiin ohjaavan lääkehoitoa. (Karhunen 2016.) Saattohoidon kivunhallintaan liittyen toivottiin lisää ohjeistusta. Lisäksi hoitajat kokivat, että toimintamallin laatiminen ja vastuualueiden sopiminen ovat välttämättömiä kivunhoidon laadun kehittämisen kannalta. Erityisesti ohjeita kaivattiin palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon tueksi. (Erjanti ym. 2014; Louhema 2015.)

Yhteistyötä tehdään eri organisaatioiden välillä ja se on hieman yleistynyt. Hoitajat toivoivat kuitenkin lisää moniammatillista yhteistyötä, jotta kivunhoito toteutuisi paremmin. Tarvittaessa hoitajat saivat tukea työhönsä epäselvissä tilanteissa lääkäreiltä. Viikonloppuna hoitajat konsultoivat päivystävää lääkäriä

esimerkiksi lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Hoitajat kokivat, ettei päivystävällä lääkärillä ollut aina riittävästi kokemusta kotona tapahtuvasta saattohoidosta ja joskus lääkemääräykset olivat puutteellisia eikä lääkkeen antolupia aina ollut. (Karhunen 2016; Louhema 2015.)

Yhtenä kehitysehdotuksena hoitajilla oli, että kivunhoidon suunnitellussa ja toteutuksessa hyödynnettäisiin enemmän anestesiaalääkäreiden osaamista. Hoitajat toivoivat lääkäreiltä aktiivisempaa osallistumista kivunhoidon suunnitteluun ja syöpäsairaanhoitajan osaamisen hyödyntämistä kivuliaiden potilaiden hoidossa. (Louhema 2015.) Erittäin tarpeellisena pidettiin yhteistyön kehittämistä eri toimijoiden välillä, jotta arvokas kuolema olisi mahdollinen. Hoitajien ja lääkäreiden välisessä yhteistyössä ristiriitoja syntyi hoitajien ja lääkäreiden erilaisesta käsityksestä siitä, mitä saattohoito on. Lisää yhteistyötä hoitajat toivoivat perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, kirkkopalveluihin ja seurakuntiin, sekä erilaisiin vapaaehtoisjärjestöihin ja yhdistyksiin (Lipponen & Karvinen 2015; Erjanti 2014.)

Midtbust ym. (2018) mukaan myös yhteistyötä potilaan läheisten kanssa pidettiin tärkeänä, jotta palliatiivinen hoito ja kivunhoito olisi onnistunutta. Kun läheiset ymmärsivät palliatiivisen hoidon tarpeen, onnistui fyysisen hyvän olon tuominen potilaalle paremmin. Kuitenkin, jotkut terveydenhuollon ammattilaiset ja potilaan läheiset olivat eri mieltä potilaan edusta terminaalivaiheessa. Läheiset saattoivat vaatia toimenpiteitä, jotka aiheuttavat potilaalle lisää kipua. Potilaan läheiset saattoivat vaatia esimerkiksi suonensisäistä nesteytystä tai letkuravitsemusta, vaikka heille olisi kerrottu sen aiheuttamista haitoista. Osa läheisistä olivat potilaan luona vain harvoin, eivätkä täten huomanneet kokonaistilannetta. Hoitajat taas näkivät potilasta lähes päivittäin ja havaitsivat tilan heikkenemisen sekä lisääntyneen kivun.

## **7.4 Kivunhoidon onnistuminen**

### **7.4.1 Hoitajan näkökulma**

Hoitajien kokemuksen mukaan syöpäkivun hoito toteutui pääasiassa hyvin ja suurin osa potilaista saivat kivun lievitystä. Kivun hoidon toteutumista paransi hoitajien mukaan kipulääkityksen monimuotoisuus. Peruskipulääkityksen lisäksi kaikilla potilailla oli tarvittava lisäkipulääke. Kivunhoidon tehokkuus oli parempaa, jos potilas oli sairaalahoidossa pitkään. Tämä luultavasti johtui

siitä, että hoitajat oppivat ajan myötä tuntemaan potilaan paremmin. Joskus kuitenkin oli tilanteita, joissa potilas oli kivulias eikä toimintaohjeita ollut. Osa hoitajista kertoi kivunhoidon toteutumisen vaihtelevan eri potilaiden välillä ja joskus kivunhoito oli ollut riittämätöntä. Kivunhoitoa saatettiin toteuttaa vakiintuneiden käytänteiden mukaisesti. Hoitajat kokivat, että huomiota tulisi kiinnittää enemmän potilaan yksilölliseen kokemukseen kivusta. (Cea ym. 2016; Louhema 2015.)

Lähes 70 prosenttia hoitajista kokivat kivunhoidon olevan hallinnassa palliatiivisessa ja saattohoidossa olevien potilaiden kohdalla. Tärkeänä hoitajat pitivät kivunhallintaa sekä osaamisen kehittämistä kivunhoitoon liittyen. (Erjanti ym. 2014.) Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ongelmana hyvälle kivun hoidolle ja kivun hoidon onnistumiselle oli resurssien puute. He kokivat, että hyvällä johtamisella, tehostetulla moniammatillisella yhteistyöllä, johdonmukaisilla hoitokäytänteillä sekä riittävällä henkilöstöllä kivun hoidon onnistuminen olisi parempaa. Toisena suurena ongelmana oli se, että potilaat eivät halunneet häiritä hoitajia sekä lääkäreitä. Potilaan huono kuulo sekä hoitajien huono tietämys kivun tasosta ajan puutteen takia olivat myös isoja syitä huonolle kivun hoidolle. Huono dokumentointi kipulääkkeiden vaikutuksesta oli yksi isoimmista asioista, joka vaikutti kivun hallintaan. (Rantala 2014.) Suurin osa sairaanhoitajista oli dokumentoinut ainoastaan kivun sijainnin, mutta ei potilaan omaa näkemystä kivusta. Noin neljäsosasta kirjauksia puuttui kivunarviointi, joka olisi tehty numeerisella luokituksella tai suullisilla kuvauksilla kivusta. (Bredal ym. 2011.)

Hoitajien mielestä potilaan tulkitseminen oli iso haaste dementiapotilaiden kanssa työskennellessä ja palliatiivista hoitoa toteuttaessa. Vaikka osa potilaista pystyi vielä puhumaan, puheisiin ei aina voinut luottaa. Jos kivun, ahdistuksen ja epämukavuuden syytä ei löydetty, vaikeutui kivun hoidon toteutuminen. Potilas tulisi tuntea hyvin, jotta kivusta kertovia merkkejä olisi helpompi tunnistaa. Muistisairaiden potilaiden kivun arvioinnissa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän heille suunniteltuja arviointimittareita. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden pitäisi pystyä paremmin tulkitsemaan ei-sanallisia merkkejä. (Midtbust ym. 2018; Bredal ym. 2011.)

Terveystieteiden ammattilaisten mukaan muistisairaat potilaat usein torjuvat hoitajan yrityksen auttaa. Hoitajat voivat nähdä, että potilas on todella kipeä,



mutta ei suostu ottamaan lääkettä tai anna avustaa esimerkiksi parempaan asentoon. Fyysinen torjuminen saattaa aiheuttaa potilaalle lisää kipuja vielä entisestään. Tämä on yksi kivun hoidon toteuttamista vaikeuttava asia muistisairaiden kanssa työskennellessä. Näitä tilanteita saattaa olla vuoron aikana paljonkin, mikä turhauttaa hoitajia, koska he eivät voi auttaa potilasta. Tutkimukseen osallistuneilla oli kuitenkin myös hyviä kokemuksia siitä, että joskus kivun hoito on onnistunut hyvin. (Midtbust ym. 2018.)

Lääkehoidossa nostettiin yleensä peruskivulääkeannosta, mutta ei tarvittaessa annettavan kipulääkkeen annosta. Hoitajat kokivat, että syöpäpotilaan krooninen tai lievä kipu hoidettiin paremmin kuin läpilyöntikiput. Läpilyöntikipun hoitoa vaikeutti esimerkiksi se, että päivystysaikaan lääkärin konsultoiminen oli haastavaa ja näin ollen kipulääkeannoksen nostaminen tai uuden kipulääkkeen aloittaminen saattoi viivästyä. Kivunhoidon toteutumiseen vaikutti myös se, että hoitajien tietämys ja osaaminen kivunhoidosta oli eritasoista. Kivunhoidon osaaminen saattoi heikentyä, jos sen kanssa ei säännöllisesti ollut tekemisissä. (Cea ym. 2016; Louhema 2015.)

Haasteita kivunhoidon toteutumisen seuraamiseen aiheutti potilaiden lyhyet hoitajaksot, varsinkin silloin, jos jakson aikana oli aloitettu uusi kipulääke. Lääkkeen vaikutus alkoi yleensä vasta muutaman päivän kuluttua aloituksesta. Hoitajien mukaan potilaiden aiemmat kokemukset kipulääkkeistä vaikuttivat siihen, kuinka he kokivat kivunhoidon onnistuneen. (Louhema 2015.)

Vaikeaksi koettiin lääkkeiden aiheuttamien sivu- tai haittavaikutusten hoitaminen kivunhoidon yhteydessä. Joskus onnistuneen kivunhoidon esteenä oli hoitajien mukaan myös puutteellinen hoitosuunnitelma tai epäselvät hoitolinjaukset. Kivunhoidon helpottamiseksi toivottiin joustavampia lääkemääräyksiä sekä potilaiden lääkehoitosuunnitelmien säännöllistä tarkistamista ja päivittämistä. (Cea ym. 2016; Louhema 2015.) Joissakin tapauksissa esteenä hyvälle kivun hallinnalle oli hoitajien vastahakoisuus antaa riittävästi kipulääkitystä sekä lääkäreiden haluttomuus määrätä kipulääkkeitä. Useammin kivun hallinnan esteenä oli kuitenkin potilaiden pelko yllääkityksestä. (Rantala 2014.)

Hoitajat kokivat, että morfiinin käyttö oli vähäistä ja usein sitä käytettiin vain tarvittaessa eikä säännöllisesti annosteltuna. Kivun lääkehoidossa suosittiin muita kipulääkkeitä kuten oksikodonia. Hoitajat pelkäsivät antaa kipulääkettä kuolevalle potilaalle, varsinkin morfiinin antaminen tuntui hoitajista pelottavalta

hengityslamariskin takia. (Louhema 2015; Lipponen & Karvinen 2015.) Kivunhoidossa ei juurikaan käytetty epiduraalisia puudutteita tai resoriblettimuotoista fentanyyliä. Kivunhoito koettiin haastavaksi pahoinvoinnista kärsivien potilaiden kohdalla, koska kipulääkkeen annostelu tabletteina ei välttämättä onnistunut ja oli käytettävä muita antoreittejä. Yhtenä kivunhoidon haasteena pidettiin kokemattomuutta lääkehoidossa. Hoitajien kokemattomuudella saattoi olla vaikutusta morfiinin antamisen lisäksi myös yleisesti lääkehoidon toteutumiseen. (Louhema 2015.)

#### **7.4.2 Potilaan näkökulma**

Potilaiden mielestä kipulääkkeitä oli hyvin saatavilla ja hoitajat olivat ohjanneet kipulääkkeiden ottamisessa. Suurin osa potilaista oli saanut kipuihinsa oikea-aikaista lääkehoitoa ja kokivat kivun hoidon ohjauksen olleen ymmärrettävää. (Valtanen 2016; Zibulski 2014.) Puolet potilaista kertoivat, että kivun hoidossa oli käytetty myös lääkkeettömiä menetelmiä kuten esimerkiksi asentohoitoa (Zibulski 2014). Eksistentiaalisen kivun hoito koettiin tärkeänä. Sairaalassa ollessaan potilaat olisivat toivoneet, että hoitajat olisivat käyttäneet enemmän aikaa asioista keskustelemiseen. Potilaat toivoivat myös, että lääkäreillä oli ollut enemmän aikaa kuunnella mahdollisia kysymyksiä. (Valtanen 2016; Zibulski 2014.) Hieman yli puolet potilaista kokivat, että hoitohenkilökunta oli auttanut lievittämään pelkoja (Zibulski 2014).

Syöpää sairastavien potilaiden kohdalla lääkkeellinen kivunhoito oli erityisen tärkeää. Oksikodonin koettiin lievittävän hyvin fyysistä kipua. (Valtanen 2016.) Suun kautta annosteltavan opioidilääkityksen koettiin kuitenkin aiheuttavan väsymystä sekä epämääräistä oloa. Tästä johtuen pitkävaikutteinen opioidi koettiin yleensä lyhytvaikutteisista opioidia paremmaksi vaihtoehdoksi. Jotkut potilaat kokivat myös kipulaastareiden lisäävän uupumusta. (Hackett ym. 2016; Valtanen 2016.)

Syöpää sairastavat potilaat kokivat, että morfiini auttoi lievään kipuun. Morfiinin koettiin peittävän myös pitkäaikainen tai ajoittainen neuropaattinen, tulehduksellinen tai luustokipu. Oramorph (morfiinia sisältävä oraaliliuos) lievitti äkillisesti alkanutta kovaa kipua. Osa potilaista oli tietoisia siitä, että lääkeannosta voidaan tarvittaessa tarkistaa ja muuttaa mikäli kivun voimakkuus lisääntyy. Kivun lievitys ei ollut monista eri lääkemuodoista (fentanyylilaastari-,

kapseli, - ja oraaliliuos) huolimatta riittävää niiden potilaiden kohdalla, joilla kipu oli jatkuvaa ja hankalaa. (Hackett ym. 2016.)

Kaikkiaan kipulääkkeet koettiin sekä helpottavana että ongelmallisena asiana. Fyysisen kivunhoidossa korostui lääkehoidon merkitys sekä hoitajien rooli lääkehoidon jatkuvuuden ja säännöllisyyden turvaamisessa. (Valtanen 2016.) Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä hieronnan koettiin helpottavan kipua. Eksistentiaalista kipua helpotti asioista keskusteleminen ja yksinäisyyttä taas sukulaisten sekä naapurien vierailut. (Hackett ym. 2016; Valtanen 2016.)

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tulosten pohdinta**

Pääasiassa tutkimusten mukaan kivunhoito oli onnistunutta ja suurin osa potilaista sai kivunlievitystä. Kivunhoidossa käytettiin lääkehoitoa sekä lääkkeettömiä menetelmiä. Kivun lääkehoito toteutettiin WHO:n laatiman kivunhoidon ohjeistuksen mukaisesti ja se toteutui yleensä hyvin. Enemmän huomiota tulisi kiinnittää potilaan yksilölliseen kokemukseen kivusta ja välttää kivunhoidon toteuttamista vakiintuneiden käytänteiden mukaisesti. Tavallisimmin potilaalla oli käytössään säännöllinen sekä tarvittava kipulääkitys. Mikäli kipulääkitys ei ollut riittävä, nostettiin yleensä säännöllisen lääkkeen annosta, mutta ei tarvittavan kipulääkkeen. Lääkehoito toteutettiin pääasiassa suun kautta niin kauan kuin se oli riittävää ja potilas pystyi ottamaan lääkkeitä. Tarvittaessa siirryttiin antamaan lääkkeitä ihon alle, mikäli lääke ei imeytynyt riittävän hyvin tai potilas ei pystynyt ottamaan sitä suun kautta. Myös kipupumppua ja kipulaastareita käytettiin jonkin verran. Tulosten mukaan palliatiivista sedaatiota ei käytetty juuri ollenkaan. Yhtenä lääkehoidon haasteena oli tutkimusten mukaan se, että vahvojen kipulääkkeiden antamista potilaalle pelättiin mahdollisten haittavaikutusten kuten esimerkiksi hengityslaman takia. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi tietoa lääkkeiden vaikutuksista, jotta kivunhoito onnistuisi mahdollisimman hyvin. Tutkimusten mukaan hoitajat toivoivatkin lisäkoulutusta etenkin saattohoitopotilaan kivunhoitoon sekä lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksiin liittyen. Parhaiten tunnettiin opioidien, tulehduskipulääkkeiden sekä parasetamolin mahdolliset haittavaikutukset.

Useassa tutkimuksessa tuli esille kivun arvioinnin puutteellisuus sekä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vähäinen käyttö etenkin iäkkäiden ja saattohoitopotilaiden kohdalla. Tästä huolimatta lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien koettiin olevan tärkeitä ja helpottavan potilaan kipua, joten tutkimusten tulokset tämän osalta ovat melko huolestuttavia. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat yksinkertaisia ja helppokäyttöisiä. Yleisimmin käytössä olivat asentohoito, kylmä- ja lämpöhoito sekä hieronta. Olisi hyvä muistaa, että lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat yhtä tärkeitä kuin lääkehoitokin ja myös niihin liittyvää koulutusta tulisi olla tarjolla.

Kivunarvioinnista nousi esille se, että kipumittareita käytettiin liian vähän. Enemmän luotettiin muihin kivun arviointimenetelmiin ja usein hoitajat kysyivät potilailta kivusta suullisesti. Potilaan omaa arviota kivusta pidettiin tärkeänä ja sen koettiin kuvaavan kipua parhaiten. Osa hoitajista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei potilaan omaan arvioon voinut aina luottaa esimerkiksi silloin, jos potilaalla oli muistisairaus. On tärkeää muistaa, että kivun kokeminen on yksilöllistä eikä sitä tule vähätellä. Pelkkä suullinen kivunarviointi ei aina välttämättä ole riittävää ja tämän takia kipumittareita tulisi hyödyntää useammin. Tavallisimmin kipumittareista käytettiin joko numeerista asteikkoa (NRS), kipujanaa (VAS) tai kipukasvomittaria. Haasteelliseksi koettiin erityisesti muistisairaiden potilaiden kivun arviointi, koska he eivät pysty aina kertomaan kivusta suullisesti. Tällöin kipua arviointiin havainnoimalla potilasta. Tuloksista ei kuitenkaan ilmene käytettiinkö kivun arvioinnissa apuna esimerkiksi PAINAD-mittaria. Kipulääkkeen riittävyttä arvioitiin lähinnä sen mukaan, kuinka paljon potilas tarvitsee lisäkipulääkitystä. Säännöllisesti menevän kipulääkityksen vastetta ei arviotu yhtä usein. Yhtenä onnistuneen kivunhoidon haasteena oli myös huono dokumentointi kipulääkkeiden vaikutuksesta. Yleisimmin kivusta kirjattiin vain sijainti eikä potilaan omaa näkemys kivusta.

Tulosten mukaan fyysisen kivun lisäksi potilailla esiintyy usein myös emotionaalista sekä eksistentiaalista kipua. Eksistentiaalista kipua voi aiheuttaa esimerkiksi fyysisen kivun pelko, ajatus elämän menettämisestä tai yksinäisyys. Vaikea ja pitkäkestoinen kipu vaikuttaa potilaan mielialaan ja aiheuttaa pelkoa kivunhallinnan menettämisestä. Tämä tulisi huomioida potilaan hoidossa ja tarjota hänelle riittävästi henkistä tukea. Potilaiden kokemuksen mukaan hoito-

henkilökunnalla ei aina ole riittävästi aikaa keskustella asioista. Tärkeänä potilaat pitivät hoitajan läsnäoloa sekä kuuntelijana toimimista. Hengellistä ja sielunhoitotyötä tulisi kehittää, jotta henkisen tuen hoitopolku olisi selkeämpi.

## 8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta lisää huolellinen suunnittelu, tarkka hakuprosessi sekä selkeät kriteerit lähteiden valinnassa. Tiedonhakuun käytimme luotettavia tietokantoja. Lähteinä käytimme ajankohtaista kansallista sekä kansainvälistä tutkimustietoa. Työn luotettavuutta lisää se, että artikkelit ovat käyneet läpi tieteellisen vertaisarvioinnin ja niiden sisällöstä vastaavat asiantuntijat. Valitsimme lähteiksi myös ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä, joissa on tutkittu kuolevan potilaan kivunhoidon toteutumista. Näiden tutkimusten luotettavuutta lisäävät mm. tutkimuksen tekijän riittävä pitkä aika tutkittavan ilmiön parissa, tutkijan aikaisempi perehtyminen aiheeseen sekä riittävän laaja aineistonkeruu.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää se, että valitsemamme tutkimukset eivät ole yli 10 vuotta vanhoja. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää myös, se että tekijöitä on kaksi. Yksin tehtyihin kirjallisuuskatsauksiin liittyy mahdollisuus virheisiin, koska omalle työlleen saattaa tulla sokeaksi. (Hakala 2015, 32–33.) Tiedon hakuun käytimme ainoastaan suomen- ja englanninkielisiä lähteitä, joka voi osaltaan heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. On mahdollista, että näin toimimalla rajasimme pois jonkin aiheesta tehdyn korkeatasoisen tutkimuksen. Englanninkielisen aineiston suomentaminen oli ajoittain hankalaa, koska englannin kielen taitomme ei ole kovinkaan vahva. Kaikki löytämämme tutkimukset eivät ole vertaisarvioituja, joten tämä heikentää luotettavuutta.

Eettisyyden pohdintaan kirjallisuuskatsauksessa liittyivät käsitykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä sekä siitä, mikä on kiellettyä tai sallittua. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkimukseen ja tieteeseen liittyviä eettisiä näkökohtia ja arviointeja. (Hakala 2015, 35.) Opinnäytetyön aiheen valintaan liittyi monia eettisiä kysymyksiä sekä näkökulmia. Ennen opinnäytetyöprosessin aloittamista pohdimme, onko työstä saatava tieto merkityksellistä sekä onko siitä hyötyä. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa

sekä osaamista kivunhoidon osalta kuolevan potilaan hoidossa. Halusimme selvittää mitä kivunhoidon menetelmiä käytetään ja onko osaaminen riittävää.

### **8.3 Kehittämisehdotukset**

Tutkimuksia analysoidessa nousi esille, että kivunhoitomenetelmiä ei aina käytetä tarpeeksi monipuolisesti ja hoitohenkilökunnan osaamista tulisi kehittää. Jatkokehitys- ja tutkimusideana voisi esimerkiksi selvittää, minkälaista osaamista hoitajilla on lääkkeettömästä kivunhoidosta. Opinnäytetyössämme selvisi, että lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytetään melko harvoin. Myös kipumittareita käytettiin eri paikoissa melko vähän, joten kivunarviointimittareista ja muista arviointikeinoista olisi hyvä tehdä tutkimus, joka lisäisi hoitohenkilökunnan tietämystä asiasta.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla selvittää kivunhoidon toteutumisesta potilaan näkökulmasta. Löysimme useita eri tutkimuksia, jotka käsittelevät kivunhoidon onnistumista hoitajan näkökulmasta. Mielestämme olisi tärkeää tuoda enemmän potilaiden kivunhoitoon liittyviä ajatuksia ja toiveita esille.

### **8.4 Oma pohdinta**

Opinnäytetyötä aloittaessamme mietimme, teemmekö opinnäytetyön yksin vai kahdestaan. Olemme tyytyväisiä, että päätimme tehdä työn kahdestaan. Proessin eteneminen on onnistunut näin paremmin ja olemme tukeneet toisiamme. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen toukokuussa 2018 Tutki, kehitä ja raportoi -verkkokurssilla. Syksyllä 2018 aiheemme hyväksyttiin ja saimme toimeksiantajan. Tämän jälkeen laadimme ideapaperin sekä opinnäytetyön suunnitelman. Suunnitelman esitimme tammikuussa 2019, jonka jälkeen aloimme työstämään lopullista työtä. Haasteita meille toivat henkinen jaksaminen sekä aikataulu, koska päätimme valmistua puolta vuotta aiemmin kuin alun perin oli suunniteltu. Kirjallisuuskatsaus oli myös tekomenetelmänä haasteellinen, koska tutkimusten valitseminen ja poissulkeminen veivät paljon aikaa sekä halusimme valita mahdollisimman laadukkaat tutkimukset työhömme.

Opinnäytetyön aiheeksi valitsimme kuolevan potilaan kivunhoidon vanhus-työssä, koska aihe on ajankohtainen sekä sosiaali- ja terveystieteiden kannalta merkityksellinen. Olemme myös molemmat aikaisemmin työskennelleet koti-hoidossa ja palvelutaloissa vanhusten parissa, joten aihe kiinnosti meitä. Tutkimusten mukaan kivunhoito ei läheskään aina ole riittävää ja kivun hoidon osaamista tulee kehittää jatkuvasti. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda uutta tietoa kuolevan potilaan kivunhoidosta Attendo Lavilanhovin hoitajille. Opinnäytetyön teoriaosuudessa kerrotaan monipuolisesti kuolevan potilaan kivusta sekä kivunhoidon menetelmistä. Kirjallisuuskatsauksen tulokset käsittelevät sitä, koetaanko kivunhoito onnistuneena ja onko kivunhoidon osaaminen tällä hetkellä riittävällä tasolla. Tulosten perusteella voidaan kivunhoitoa tulevaisuudessa kehittää parempaan suuntaan ja erityisesti kiinnittää huomiota niihin asioihin, jotka vaativat parannusta. Näitä asioita ovat esimerkiksi kivun arviointi ja lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien käyttäminen. Toimeksiantajan kanssa keskustellessa tulimme päätökseen, että teemme lyhyen tiivistelmän Attendo Lavilanhovin hoitohenkilökunnalle lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Syynä tähän on tutkimuksessakin esille tullut vähäinen tieto lääkkeettömistä menetelmistä sekä niiden vähäinen käyttö hoitotyössä.

Opimme opinnäytetyötä tehdessä suunnitelmallisuutta sekä pitkäjänteisyyttä. Kummallakin meillä on huono stressin sietokyky, joten pitkäjänteisyyttä on työtä tehdessä vaadittu paljon. Vaikeaa oli sietää työn keskeneräisyyttä, kun olisi halunnut saada työn valmiiksi nopeasti. Välillä oli kuitenkin hidastettava hieman ja pohdittava mitä työltä haluamme.

Kirjallisuuskatsausta varten tietoa haettiin useista eri tietokannoista ja tutkimukset valittiin aiemmin laadittujen sisäänottokriteerien mukaisesti. Kaikkiaan aihetta käsitteleviä tutkimuksia valikoitui 13 ja osa niistä oli kansainvälisiä. Lähteiden luotettavuutta arvioitiin kriittisesti ja valitsimme mahdollisimman tuoreita tutkimuksia. Keskeisiksi käsitteiksi nousivat kuolevan potilaan kipua sekä palliatiivinen- ja saattohoito. Nämä käsitteet ovat määritelty opinnäytetyön teoriaosuudessa. Valitut tutkimukset käsittelevät aihetta riittävän monipuolisesti ja useammasta eri näkökulmasta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä ja analyysin vaiheet ovat kuvattu tarkasti. Sisällönanalyysin tekemisessä yhtenä haasteena oli se, että tutkimusten tulokset erosivat toisistaan

jonkin verran. Tämän takia yhtenäisten johtopäätösten tekeminen oli haasteellisempaa.

Tulokset olivat mielestämme joiltakin osin arvattavissa. Aiemmin olimme näkemämme perusteella ajatelleetkin, että lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat liian vähän käytettyjä hoitotyössä ja kivun arviointimenetelmiä ei hyödynnetä tarpeeksi. Näiltä osin tulokset eivät yllättäneet meitä. Yllättävää oli se, että niin iso osa hoitohenkilökunnasta ajatteli kivunhoidon olevan onnistunutta. Myös henkisen kivun huomioiminen nousi esille useassa tutkimuksessa. Potilaat toivoivat, että hoitajilla olisi enemmän aikaa keskustella ja olla läsnä. Hoitajan ajan riittäminen kaikille potilaille on ollutkin isona keskustelun aiheena nyt jo kauan aikaa. Tämä siis oli myös melko odotettavissa ollut tulos. Opin näytetyömme täytti sille asettamamme tavoitteet ja pysyimme hyvin aikataulussa. Tavoitteena oli alusta asti tehdä työ niin hyvin, kun aikamme ja jaksaminen riittää. Tähän tavoitteeseen pääsimme ja työstä tuli mielestämme johdonmukainen ja helposti luettava. Valituista tutkimuksista löytyi hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiimme ja olimme lopulta tyytyväisiä saamiimme tuloksiin.



## LÄHTEET

- Bredal, I.-S., Lerdal, A., Sorbye, L.-W. & Steindal, S.-A. 2011. Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. Lehtiartikkeli. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.academia.edu/13473947/Pain\\_control\\_at\\_the\\_end\\_of\\_life\\_a\\_comparative\\_study\\_of\\_hospitalized\\_cancer\\_and\\_noncancer\\_patients](https://www.academia.edu/13473947/Pain_control_at_the_end_of_life_a_comparative_study_of_hospitalized_cancer_and_noncancer_patients) [viitattu 2.2.2019].
- Cea, M., Carrington-Reid, M., Inturrisi, C., Witkin, L., Prigerson, H. & Bao, Y. 2016. Pain assesment, management, and control among patients 65 years or older receiving hospice care in the U.S. Lehtiartikkeli. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(16\)30310-4/pdf](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(16)30310-4/pdf) [viitattu 5.3.2019].
- 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 1.1.2019].
- Erjanti, H., Anttonen, M.-S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim.) 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. s.a. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/3641d0dceb85b52158d142b5d481c9f0/1546889433/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas\\_final.pdf](https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/3641d0dceb85b52158d142b5d481c9f0/1546889433/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf) [viitattu 7.1.2019].
- Haanpää, M., Kauppila, T., Eklund, M., Granström, V., Hagelberg, N., Hannonen, P., Kyllönen, E., Kyrö, M., Loukusa-Nieminen, T., Luutonen, S., Telakivi, T., Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Krooninen kipu – yleistä. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=fac00018](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018) [viitattu 11.1.2019].
- Hackett, J., Godfrey, M. & Bennet, M. 2016. Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://eprints.whiterose.ac.uk/94298/1/process%20of%20managing%20pain%20in%20advanced%20cancer\\_complete.pdf](http://eprints.whiterose.ac.uk/94298/1/process%20of%20managing%20pain%20in%20advanced%20cancer_complete.pdf) [viitattu 2.3.2018].
- Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: kirjallisuuskatsaus. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97205/GRADU-1432812672.pdf?sequence=1> [viitattu 9.12.2018].

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 20.1.2018].

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kuolevan-kipu](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu) [viitattu 20.1.2019].

Jokelainen, L. 2013. Lääkkeetön kivunhoito- Opas tehostetun hoidon yksikön henkilökunnalle. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65015/Jokelainen\\_Larissa.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65015/Jokelainen_Larissa.pdf?sequence=1) [viitattu 5.3.2019].

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karhunen, H. 2016. Saattohoito näkyväksi. Sairaanhoidajien toiminnan kuvauksia Espoon kotisairaala. Opinnäytetyö. Kliininen asiantuntija. Metropolia Ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112270/karhunen\\_heli.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112270/karhunen_heli.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 20.11.2018].

Kilpinen, S., Laine, M. & Lehmonen, T. 2016. Asentohoitoa asentohoitotyönyillä. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106687/Lehmonen%20Terhi.pdf?sequence=1> [viitattu 8.1.2019].

Kiviluoma, S. & Viteli, E. 2016. Lääkkeetön kivunhoito saattohoidossa. Opinnäytetyö. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112230/Kiviluoma\\_Sanni%20ja%20Viteli\\_Erika.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112230/Kiviluoma_Sanni%20ja%20Viteli_Erika.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 8.1.2019].

Kivunhoito. 2015. Turun yliopistollinen keskussairaala. WWW-julkaisu. Päivitetty 21.1.2015. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/kivunhoito.aspx> [viitattu 19.1.2019].

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821> [viitattu 15.1.2019].

Kroonisen kivun ensitieto-opas. 2012. Suomen Kipu ry. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.suomenkipu.fi/wordpress-3.8/wp-content/uploads/2014/01/Ensitieto-opas\\_2012\\_nettil\\_valmis.pdf](http://www.suomenkipu.fi/wordpress-3.8/wp-content/uploads/2014/01/Ensitieto-opas_2012_nettil_valmis.pdf) [viitattu 7.1.2019].

Kuittinen, O., Seppänen, M-L., Heikkinen, M., Karjalainen, T. & Järvimäki, V. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenetelmästä ja hoidosta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.pshp.fi/dokumentit/Hoitoohje%20sisltyyppi/Saattohoito-ohjeistus.pdf> [viitattu 11.1.2019].

Kuusisto, P. 2015. Kivun lääkehoidon seuranta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://docplayer.fi/12470935-Kivun-laakehoidon-seuranta-laakehoidon-paiva-19-3-2015-aps-kipuhoitaja-paivi-kuusisto.html> [viitattu 18.1.2019].

Leinonen, T. 2009. Koskoo ja kolottaa joka paikkaan. Kyselytutkimus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille heidän osaamisestaan arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7835/leinonen\\_tiina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7835/leinonen_tiina.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 2.1.2019].

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Lehtiartikkeli. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.tamk.fi/documents/10181/26948/artLipponen\\_ym.pdf/571e8291-a232-4f63-85e0-78ffc3e15165](http://www.tamk.fi/documents/10181/26948/artLipponen_ym.pdf/571e8291-a232-4f63-85e0-78ffc3e15165) [viitattu 14.3.2019].

Louhema, S. 2015. "Tärkeintä on kivuttomuus" Hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta. Opinnäytetyö. Terveiden edistämisen koulutus (YAMK). PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100488/Louhema\\_Sini.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100488/Louhema_Sini.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 20.11.2018].

Midtbust, M., Alnes, R., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. 2018. A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5809908/> [viitattu 3.3.2019].

Näivä, S. & Rantalainen, N. 2012. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät kroonisen kivun hoidossa. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/72964/Naiva\\_Satu%20-%20Rantalainen\\_Niina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/72964/Naiva_Satu%20-%20Rantalainen_Niina.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 3.3.2019].

Ojala, T. 2010. Kroonisen kivun hyväksyminen – suomenkielisen CPAQ-mittarin reliabiliteetti ja validiteetti. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/profile/Tapio-Ojala/publication/275640950\\_Kroonisen\\_kivun\\_hyvaksyminen\\_-\\_suomenkielisen\\_CPAQ-mittarin\\_reliabiliteetti\\_ja\\_validiteetti/links/5541072f0cf2b790436bc461.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tapio-Ojala/publication/275640950_Kroonisen_kivun_hyvaksyminen_-_suomenkielisen_CPAQ-mittarin_reliabiliteetti_ja_validiteetti/links/5541072f0cf2b790436bc461.pdf) [viitattu 2.1.2019].

Opi arvioimaan kipua. s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua> [viitattu 18.1.2019].

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu- lääkehoito. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00939](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939) [viitattu 10.1.2019].

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50063> [viitattu 3.1.2019].

Rantala, M. 2014. Nurses Evaluations of Postoperative Pain Management in Patients with Dementia. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1448-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-1448-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1448-4/urn_isbn_978-952-61-1448-4.pdf) [viitattu 3.3.2019].

Rintala, K., Tantt, S. & Ukkonen, A-E. 2010. Vanhusten kivunhoito-opas. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23178/rintala\\_kirsi.pdf?sequence=2](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23178/rintala_kirsi.pdf?sequence=2) [viitattu 3.3.2019].

Ruoppa, N., Heiskanen, T., Hamunen, K. & Kalso, E. 2018. Palliatiivista se-daatiota käytetään Suomessa vähän. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/palliatii-vista-sedaatiota-kaytetaan-suomessa-vahan/> [viitattu 2.3.2019].

Ryösa, J. Saavalainen, S. Seppä, S & Tuuliainen, K. 2016. Kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124461/Kata-riina\\_Tuuliainen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124461/Kata-riina_Tuuliainen.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 10.1.2019].

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. 6. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

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

Saarto, T., Hänninen, J., Vainio, A. & Antikainen, R. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T., Lehto, J., Jyrkkiö, S., Sirkiä, K., Poukka, P., Hänninen, J., Marjamäki, E., Forss, M., Heikkinen, T., Peltola, S. & Ollikainen, P. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 3.1.2019].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Sarjajulkaisu. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoito saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa) [viitattu 3.3.2019].

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca.

Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). 2018. Käypähoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072> [viitattu 18.1.2019].

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130427/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130427.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf) [viitattu 2.3.2019].

Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Valtanen, I. 2016. Kivun arviointi ja hoito saattohoidossa. Hyvät kivun hoidon käytänteet – ohjeistus. Opinnäytetyö. Kliininen asiantuntija. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/107568/Valtanen\\_liris.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/107568/Valtanen_liris.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 5.3.2019].

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivun hoito. Opas potilaalle. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/271/2016/10/18145515/SyopapotilaanKivunHoito.pdf> [viitattu 24.1.2019].

Yliaho, S. 2014. Kuolevan potilaan kivun hoito sairaanhoitajan kuvaamana. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70494/Sari\\_Yliaho.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70494/Sari_Yliaho.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 2.1.2019].

Zibulski, K. 2014. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140596/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140596.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140596/urn_nbn_fi_uef-20140596.pdf) [viitattu 3.3.2019].

## PAINAD-mittari (Saarto ym. 2015)

Havaintokategoria	Pisteluokka		
	1	2	3
<b>Hengitys</b>	Normaali ja huo- maamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista  Lyhyitä hyperventi- laatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista  Pitkiä hyperventilaatiojak- soja  Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys
<b>Ääntely</b>	Ei ääntelyä tai tyytyväinen ään- tely	Satunnaista vaike- rointia tai voihketta  Valittavaa tai moitti- vaa, hiljaista pu- hetta	Rauhatonta huutelua  Äänekästä vaikerointia tai itkua
<b>Ilmeet</b>	Hymyilevä tai il- meetön	Surullinen, pelokas tai tuima	Irvistää
<b>Kehon kieli</b>	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä  Levotonta liikehdin- tää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa  Pois vetämistä tai työntä- mistä, riuhtomista
<b>Lohduttaminen</b>	Ei tarvetta loh- duttamiselle	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyt- tää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyn- nyttäminen ei onnistu

Tutkimuksen tiedot, tekijä ja vuosi	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
<p>Hackett, J., Godfrey, M. &amp; Bennet, M. 2016. Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A dynamic reflection qualitative longitudinal study. Tutkimusartikkeli. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Yhdysvallat.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena olivat 21 pitkälle edennyttä syöpää sairastavaa potilasta ja 16 hoitajaa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus toteutettiin haastattelulla 21:tä syöpää sairastavaa potilasta ja 16:tä hoitajaa. Tämän lisäksi käytettiin äänipäiväkirjoja.</p>	<p>Kipu oli voimallinen heijaste muutoksissa sairauden etenemisessä ja kivunhoidon tehokkuudessa ja saamisessa. Potilailla ja hoitajilla kummallakaan ei kivunhoito ja asiantuntemus kivunhallinnassa ollut turvattu. Pääasiat helpotusta hakeville ja potilaiden toiminnalle kivun hallinnassa olivat aistinvaraiset kokemukset kivussa ja sen merkityksessä: ei uskomuksia kipulääkityksessä.</p>	<p>Tutkimuksessa kerrotaan syöpään liittyvän kivunhoidon onnistumisesta ja haasteista potilaiden ja hoitajien näkökulmasta.</p>
<p>Midtbust, M., Alnes, R., Gjengedal, E. &amp; Lykkeslet, E. 2018. A painful experience of limited understanding: healthcare professionals experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. Tutkimusartikkeli. WWW-dokumentti.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena olivat 20 terveydenhuollon ammattilaista, jotka työskentelevät neljässä eri hoitokodissa.</p>	<p>Tutkittavan ilmiön kuvaamiseksi käytettiin fenomenologista tutkimusstrategiaa. Tutkimusta varten haasteltiin kahtakymmentä terveydenhuollon ammattilaista neljästä eri norjalaisesta hoitokodista.</p>	<p>Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien potilaiden kivunarviointi on haastavaa, koska se perustuu ainoastaan potilaan havainnointiin ja vaatii potilaan hyvää tuntemusta. Hoitajat kokivat haasteelliseksi myös kivunlievityksen. Joskus myöskään omaiset eivät olleet samaa mieltä potilaan hoidosta.</p>	<p>Tutkimus käsittelee palliativisessa hoidossa olevien muistisairaiden potilaiden kivun arviointia ja hoitoa hoitajan näkökulmasta.</p>

<p>Cea, M., Carrington-Reid, M., Inturrisi, C., Witkin, L., Priger-son, H. &amp; Bao, Y. 2016. Pain asses-ment, management and control among patients 65 years or older receiving hos-pice care in the U.S. Tutkimusartikkeli. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Yhdys-vallat.</p>	<p>Vuoden 2007 kansanterveys- ja saattohoito- tutkimus analy- soitiin.</p>	<p>Tutkimus analysoitiin käyttä- mällä moniulotteista logis- tista regressiota. Tutkimus käsittelee kivunarviointia sekä hoitokäytänteitä ja ki- vunvalvonnan tuloksia.</p>	<p>Suurella osalla potilaista kipua oli arvioitu, mutta kipumittareiden käyttö oli melko vähäistä. Lääke- hoitoa käytettiin kivun hoidossa lä- hes kaikilla potilailla, mutta lääke- keittämiä kivun hoidon menetel- miä käytettiin vain alle puolella po- tilaista. N. 70% potilaista sai hyvän kivun lievityksen.</p>	<p>Tutkimuksessa kerrotaan laa- jasti kivun arvioinnista ja kivun hoidon menetelmistä sekä siitä, kuinka niitä on käytetty yli 65- vuotiailla ja sitä vanhemmilla saattohoidossa olevilla potilailla. Tutkimuksesta ilmenee miten ki- vun hoitoa tulisi kehittää.</p>
<p>Karhunen, H. 2016. Saattohoito näky- väksi. Sairaanhoida- jien toiminnan ku- vauksia Espoon koti- sairaalasta. Opin- näytetyö. Kliininen asiantuntija. Metro- polia Ammattikor- keakoulu. PDF-do- kumentti. Julkaisu- maa: Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen kohderyhmänä oli Espoon kau- pungin kotisai- raalan henkilö- kunta.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla. Tutki- mukseen osallistui 10 hoita- jaa.</p>	<p>Hoitotyö kokonaisvaltaista potilaan tarpeita ja toiveita huomioivaa. Hoitajat kokivat tuntevansa keskei- set hoitosuositukset kuolevan poti- laan kohdalla.</p>	<p>Tutkimus kuvaa tarkasti hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan kivunhoidon toteutuksesta ja on- nistumisesta.</p>



<p>Louhema, S. 2015. "Tärkeintä on kivuttomuus" Hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta. Opinnäytetyö. Terveyden edistämisen koulutus (YAMK). PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden yksikön hoitohenkilöstö.</p>	<p>Aineistonkeruumenetelmänä oli yksilö- ja ryhmäteemahaastattelut. Tutkimukseen osallistui 11 sairaanhoitajaa ja kolme lääkäriä.</p>	<p>Hoitohenkilöstön mielestä syöpäpotilaiden kivunhoidon toteutuminen oli vaihtelevaa. Kivunhoito ja sen kehittäminen koettiin tärkeäksi.</p>	<p>Tutkimus antaa tietoa hoitohenkilöstön kokemuksista palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta.</p>
<p>Lipponen, V. &amp; Karvinen, I. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Yhden suuren suomalaisen kaupungin palliatiivista ja saattohoitoa toteuttavien yksiköiden hoitohenkilöstö ja lääkärit.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin kysymyslomakkeella. Kyselyyn osallistui yhteensä 250 hoitotyöntekijää ja lääkäriä.</p>	<p>Hoitohenkilöstö ja lääkärit tunnistivat omassa palliatiivisen ja saattohoidon osaamisessaan erilaisia koulutustarpeita.</p>	<p>Tutkimuksessa kuvataan hoitohenkilöstön ja lääkäreiden osaamista ja koulutustarpeita myös kivunhoidon osalta.</p>
<p>Erjanti, H., Anttonen, M-S., Grönlund, A. &amp; Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen kohde ryhmänä oli palliatiivisen ja saattohoidon terveys- ja sosiaalialan toimijat.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä haastattelua ja strukturoitua kyselylomaketta. Tutkimukseen osallistui 30 terveys- ja sosiaalialan toimijaa.</p>	<p>Palliatiivinen- ja saattohoito vaatii kehittämistä kaikilla tutkituilla osa-alueilla.</p>	<p>Tutkimuksessa tuodaan esiin kivunhoidon kehittämistarpeita.</p>

<p>Rantala, M. 2014. Muistisairaiden postoperatiivinen kivun hoito hoitohenkilökunnan arvioimana. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Seitsemän yliopistollisen sairaalan ja kymmenen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitohenkilökunta (n=333).</p>	<p>Aineisto kerättiin maaliskoukokuussa 2011. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Logistisen regressioanalyysin avulla selvitettiin, mitkä tekijät olivat yhteydessä kipulääkkeiden sivuvaikutusten tuntemiseen ja hoitajien mielipiteeseen kivun hoidon riittävydestä.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan mielestä suurin este kivun hoidolle oli vaikeus arvioida kipua potilaan kognitiivisten ongelmien vuoksi. Kipumittareiden käyttö vähäistä osastoilla. Tulosten mukaan kivun lääkehoito perustuu vahvojen opioidien ja parasetamolin käyttöön. Sairaanhoidajilla oli puutteita tiedossa tulehduskipulääkkeiden munuaisperäisistä sekä kardiovaskulaarisista sivuvaikutuksista. Nuoremmilla sairaanhoidajilla oli parempi tietämys vahvojen ja heikkojen opioidien sivuvaikutuksista kuin vanhemmilla sairaanhoidajilla.</p>	<p>Kivunhoidon osaamista ja tietoa tutkittu tutkimuksessa. Myös kivunhoidon riittävyttä tutkittu sekä kipumittareiden käyttöä. Myös suurin osa kuolevista potilaista vanhuksissa on dementikkoja, joten tutkimus sopii opinnäytetyöhömme.</p>
<p>Valtanan, I. 2016. Kivun arviointi ja hoito saattohoidossa. Hyvät kivun hoidon käytänteet – ohjeistus. Opinnäytetyö. Kliininen asiantuntija. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Kaarinan ja Raision terveyskeskussairaaloiden kaksi osastoa ja kotihoito.</p>	<p>Tutkimus suoritettiin käyttämällä avohaastatteluja.</p>	<p>Potilaan kipua tulee arvioida säännöllisesti joka työvuorossa. Tärkeää on osata käyttää myös lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä.</p>	<p>Tutkimuksessa kuvataan monipuolisesti saattohoito potilaan kipua, sen arviointia ja hallintaa.</p>

<p>Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Yhteensä kahdeksan sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa ja fysioterapeuttia erään sosiaali- ja terveystoimen alueelta.</p>	<p>Tutkimus tehtiin teemahaastatteluina. Osallistujia oli 8 kappaletta.</p>	<p>Gerontologisessa hoitotyössä puutteita on eettisyydessä, turvallisuudessa, tiedonkulussa ja vuorovaikutuksessa. Tutkimukseen osallistujat kokivat, että omaisten kanssa ei toimita tarpeeksi vuorovaikutuksessa ja perustella heille asioita. Kivunhoidossa koettiin olevan puutteita ja hoitajilla on korkea kynnyks antaa lääkettä.</p>	<p>Pro gradussa on tutkittu laajasti gerontologisen hoitotyön osaamisalueita. Myös kivun hoidon riittävydestä on tutkittua tietoa.</p>
<p>Ruoppa, N., Heiskanen, T., Hamunen, K. &amp; Kalso, E. 2018. Palliatiivista sedaatiota käytetään Suomessa vähän. WWW-julkaisu. Julkaisumaa: Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena olivat yksiköt, jotka antavat palliatiivista hoitoa.</p>	<p>Kyselylomake lähetettiin sähköisesti 54:lle lääkärille, joista 51 vastasi.</p>	<p>Suurilta osin palliatiivinen sedaatio noudatti eurooppalaisia suosituksia. Lääkeaineina käytettiin eniten midatsolaamia ja opioideja, vaikka opioideja ei virallisesti suositella. Palliatiivisen sedaation kesto oli aina alle viikon, yleensä 1-3 vuorokautta. Lisäkoulutuksella olisi tarvetta.</p>	<p>Tutkimus käsittelee palliatiivisen sedaation käyttöä Suomessa.</p>
<p>Zibulski, K. 2014. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. PDF-dokumentti. Julkaisumaa: Suomi</p>	<p>Tutkimuksen kohteena oli viisi terveyskeskuksen vuodeosastoa.</p>	<p>Tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin Ihmisläheinen hoito – mittaria (RILH-mittari). Aineiston analysointiin käytettiin SPSS tilasto-ohjelmaa.</p>	<p>Yleisesti vuodeosastojen hoidon laadun arvioitiin olevan hyvä. Hoidon laadun kannalta heikoimman arvioin sai kivun lievitys. Vain puolet potilaista olivat tyytyväisiä kivun hoidon ohjaukseen ja samoin vain n. puolella potilaista oli käytetty lääkkeitömiä kivun hoidon menetelmiä.</p>	<p>Tutkimuksesta ilmenee potilaiden näkökulma kivun hoidon onnistumisesta.</p>

## Tiedonhakupöytäkirja

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Rajaukset	Valitut
Finna	Saattohoito AND kivunhoito	47	Ei AMK tasoisia opinnäytteitä, vuosiväli 2010-2018	2
Finna	Palliativinen hoito AND kivunhoito	31	Ei AMK tasoisia opinnäytteitä, vuosiväli 2010-2018	1
Melinda	palliativinen hoito AND hoitotyö	49	Kaikki julkaisutyypit, vuosiväli 2010-2018	1
Elektra	palliativinen hoito	2	Kaikki julkaisutyypit, vuosiväli 2010-2018	1
Google scholar	kivun hoito AND vanhus-työ AND pro gradu	218	Kaikki julkaisutyypit, vuosiväli 2010-2018	1
PubMed	pain management AND hospice care AND older	21	Free full text, published in the last 10 years.	1
PubMed	pain management AND cancer AND hospice care.	99	Free full text, published in the last 10 years.	1
Pubmed	pain relief AND palliative	597	Free full text	1
Medic	pain relief AND palliative	91	Kaikki julkaisutyypit	1
Manuaalinen haku				3

## Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

**Aineiston pelkistäminen**

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
"Lääkkeen antoa lihakseen ei käytetty ollenkaan. Loppuvaiheessa varsinkin turhaa pistämistä pyrittiin välttämään."	Lihakseen pistettävät injektiot
"Kipujen ja erilaisten oireiden lisääntyessä siirryttiin poikkeuksetta ihonalaiseen lääkkeiden annosteluun. Subcutaani (s.c) kanyylin kautta hoitajat pystyivät lääkitsemään potilasta sekä ohjeistamaan omaisille lääkkeen annon."	Ihon alle pistettävät injektiot
"Pahoinvoinnin estäjänä käytetään Primperan:ia tai Ondanstron:ia ja henkisen ahdistuksen hoidossa Midatzolam:ia."	Pahoinvointiin ja ahdistukseen käytetyt lääkkeet
"Hoitajien kokemusten mukaan yleisimmät kivunhoidossa käytetyt lääkkeet olivat suun kautta annosteluina Oxycontin ja Oxynorm."	Yleisimmät kivunhoidossa käytetyt lääkkeet

**Aineiston ryhmittely**

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Lihakseen pistettävät injektiot Ihon alle pistettävät injektiot	Injektiot
Pahoinvointiin ja ahdistukseen käytetyt lääkkeet Yleisimmät kivunhoidossa käytetyt lääkkeet	P.o lääkkeet

**Aineiston abstrahointi**

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Injektiot P.o lääkkeet	Lääkehoito	Käytetyt kivunhoidon menetelmät