



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Senni Paavilainen & Sirpa Tolas

**KIVUNHOITO-OPAS**  
**JIK-PERUSPALVELULIIKELAITOSKUN-**  
**TAYHTYMÄN KOTIUTUSTIIMILLE**

Sosiaali- ja terveysala  
2020

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Senni Paavilainen & Sirpa Tolas
Opinnäytetyön nimi	Kivunhoito-opas JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kotiutustiimille
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	57+2 liitettä
Ohjaaja	Teija Honkaniemi

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas kivunhoidosta JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kotiutustiimin lähihoitajien, sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien kivunhoidon tueksi. Tavoitteena on kehittää kivunhoidon laatua, sujuvuutta ja turvallisuutta. Aiheeseen päädyttiin sen ajankohtaisuuden ja tilaajan tarpeen vuoksi. Opas tuotettiin sähköisessä muodossa, jolloin se on helposti saatavilla.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään kipua, sen eri muotoja ja vaikutuksia psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, kivunhoitoa lääkkeellisesti ja lääkkeettömästi, kivun arviointia, seurantaa ja kirjaamista sekä syvennyttään kivunhoitoon kotiutustiimin keskeisissä asiakasryhmissä, jotka ovat iäkkäät ja monisairaat, muistisairaat, saattohoitoasiakkaat sekä haavanhoitoa tarvitsevat asiakkaat. Lopuksi käsitellään ohjaamista hoitotyössä. Teoreettiseen viitekehykseen haettiin tutkittua tietoa alan kirjallisuudesta sekä kansainvälisistä tutkimuksista ja hoitotieteellisistä artikkeleista, joita haettiin terveysalan keskeisiä tietokantoja käyttäen. Oppaan laadun arviointia varten tehtiin kyselylomake kotiutustiimin työntekijöille.

Kyselylomakkeen avulla oppaasta saatiin palautetta, jonka perusteella kivunhoito-opas on tarpeellinen ja oppaassa on hyvin huomioitu kivun hoidon kokonaisvaltaisuus.

---

Avainsanat                      kipu, kivunhoito, kotihoito

## **ABSTRACT**

Author	Senni Paavilainen & Sirpa Tolas
Title	A Pain Management Guide for the Discharge Team in JIK- Area of Joint Authority of Basic Services
Year	2020
Language	Finnish
Pages	57+2 Appendices
Name of Supervisor	Teija Honkaniemi

---

The purpose of this bachelor's thesis was to make a pain management guide for the discharge team in JIK- area of joint authority of basic services. The aim is to improve the quality, smoothness and safety of the pain management. The choice of the topic was made based on its topicality and there was also a need of this kind of guide in the discharge team. The guidebook was made in an electronic format, making it easily available for the readers.

The theoretical part addresses pain, its different forms and its impact on mental, physical and social ability to function. The pharmacological and nonpharmacological management of pain, pain assessment, following up of pain and the documentation of pain are also important topics in the theoretical part. The pain management of the key client groups is dealt with. Finally, the theoretical part deals with the patient education. The theoretical part is based on scientific literature, international research and articles within the nursing sciences in the most essential nursing science databases. To evaluate the quality of the guide, a survey was made for the employees of the discharge team.

The feedback from the questionnaire showed that the guidebook was necessary, and that the holistic approach to pain management was well-presented in the guide.

---

Keywords                      Pain, pain management, home nursing

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	6
2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA .....	8
2.1 Projektin määritelmä ja vaiheet.....	8
2.2 SWOT-analyysi omalle projektille.....	9
3 KIPU.....	11
3.1 Akuutti kipu.....	11
3.2 Krooninen kipu.....	12
3.3 Kivun vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn .....	13
4 KIVUNHOITO.....	16
4.1 Lääkkeetön kivunhoito.....	16
4.2 Lääkkeellinen kivunhoito.....	20
4.3 Kivun kirjaaminen.....	21
4.4 Kivun arviointi ja seuranta.....	22
5 KIVUNHOIDON ERITYISPIIRTEITÄ.....	26
5.1 Iäkkäiden ja monisairaiden kivunhoito .....	27
5.2 Muistisairaana kivunhoito.....	30
5.3 Kivunhoito saattohoitotilanteessa.....	31
5.4 Haavanhoito ja kipu.....	34
6 HYVÄN OPPAAN TUNTOMERKIT.....	38
6.1 Kirjallinen ohjausmateriaali .....	38
7 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ.....	40
8 POHDINTA .....	43
8.1 Projektin ja oman oppimisen arviointi .....	43
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	47
8.3 Jatkotutkimusaiheet.....	49
LÄHTEET.....	50

## **LIITTEET**

5

### **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Tarkoituksena oli tuottaa ajantasainen ja selkeäkielinen kivunhoito-opas kivunhoidon tueksi JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kotiutustiimin hoitajille ja fysioterapeuteille. Tarkoituksena oli tehdä kivunhoito-opas, joka perustuu tutkittuun ja ajantasaiseen tietoon kivusta ja kivunhoidosta asiakkaan kotona.

Tavoitteena on kehittää kivunhoidon osaamista kotiutustiimissä. Pyritään kehittämään kivunhoidon laatua, sujuvuutta ja turvallisuutta. Oppaan tavoitteena on palvella kotiutustiimissä toimivia lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Työssä käsitellään kipua sekä sen eri muotoja, sen vaikutuksia psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, kotiutustiimin eri asiakasryhmiä eli iäkkäitä, monisairaita, muistisairaita, saattohoitoasiakkaita ja vaativaa haavanhoitoa tarvitsevia asiakkaita sekä niihin liittyvää tietoa kivunhoidosta ja ohjaamisesta hoitotyössä. Opas on helposti saatavassa muodossa sähköisenä ja näin helposti hyödynnettävissä. Opas tuotettiin opinnäytetyönä projektimuodossa toimien oppimistapahtumana opinnäytetyöntekijöille. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja hyödyllinen myös opinnäytetyöntekijöille, sekä tärkeä heidän opiskellessaan sairaanhoitajiksi.

Kotiutustiimejä on Kurikassa, Ilmajoella, Jalasjärvellä ja Jurvassa. Kotiutustiimi on moniammatillinen tiimi, jossa toimii sairaanhoitajia, lähihoitajia ja fysioterapeutti. Kotiutustiimi antaa tehostettua hoitoa noin kahden viikon ajan, jonka jälkeen asiakkaat siirtyvät kotihoidon piiriin. Kotiutustiimillä on mahdollisuus toteuttaa sairaanhoidollisia toimenpiteitä asiakkaan kotona esimerkkeinä suonensisäinen lääkehoito ja haavanhoito. (JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, 2020.)

Kotiutustiimin asiakkaat tulevat suunnitellusti kotiin. Kotiuttaminen tehdään yhteistyössä asiakkaan, asiakasohjaajan ja osaston henkilökunnan kanssa. Asiakkaat tarvitsevat lyhytaikaista ja vaativampaa apua kotona selvitäkseen. Asiakkaalla voi olla taustalla useita sairaalahoitojaksoja lyhyen ajan sisällä ja kotiutuminen on aikaisemmin epäonnistunut. Asiakkaat voivat toipua akuutista sairaudesta tai operaatiosta ja heidän kuntoutuksensa ja toipumisensa on

mahdollista kotiympäristössä. Asiakas voi myös kotiutua suoraan päivystyksestä tai sairaalasta. Myös saattohoitoasiakkaat kuuluvat kotiutustiimin hoidon piiriin. Edellytyksenä on, että asiakas pärjää käyntien välisen ajan itsenäisesti tai omaisten avulla. Hoidon tavoitteina on turvata asiakkaan kotiutuminen sairaalahoitajakson jälkeen. Sairaalahoitoaikoja pyritään lyhentämään ja välttämään kokonaan. (JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, 2020.)

Osastonhoitajan kanssa on keskusteltu, että työnkehittämisen kannalta kivunhoitoprosessi olisi hyödyllinen ja ajankohtainen. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon palvelujen tarve lisääntyy jatkuvasti vanhusväestön määrän kasvaessa. Tilastokeskuksen mukaan yli 85-vuotiaiden määrän on ennustettu nousevan viime vuoden vaihteen 1,8 prosentista, vuoteen 2040 mennessä 6,1 prosenttiin. (Suomen virallinen tilasto 2007). Kotiutustiimin hoitajien näkemysten mukaan kivunhoitoa tulisi kehittää. Erityisesti saattohoitotilanteista on tullut palautetta, että lisätiedolle kivunhoidosta olisi tarvetta. Opinnäytetyöntekijät ovat kiinnostuneita aiheesta ja kokevat kivunhoidon tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Työelämässä on tullut esiin tilanteita, joissa lisätiedon tarve kivunhoidosta on noussut esille.

Kivunhoito on tärkeä osa terveyden- ja sairaanhoitoa. Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään kivunlievitykseen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tarkoituksena on tukea kotona pärjäämistä ja palveluita voivat saada ikääntyneet, vammautuneet tai sairaat henkilöt, joilla toimintakyky on alentunut. Laadukas hoito pohjautuu hoitaja- ja palvelusuunnitelmaan, joka on tehty asiakkaan toimintakykyä arvioiden. (STM, 2019.) Kotiympäristö ylläpitää luontaista toimintakykyä ja sosiaalisia verkostoja. Asiakkaat ohjataan kotisairaalahoitoon sairaaloiden tai terveysasemien kautta. Hoidon alussa käyntejä voidaan tehdä useita vuorokaudessa, mutta hoidon jatkuessa kartoitetaan käyntien ja hoidon tarvetta. (Ikonen 2013, 73-74.)

On tutkittu, että Suomessa noin 40% lääkärikäynneistä liittyy kipuun. Kivun aiheuttamista kustannuksista suurin osa koostuu niin sanotuista epäsuorista kustannuksista, kuten poissaoloista töistä ja toimintakyvyn heikentymisestä. Puhutaan kuitenkin sadoista miljoonista euroista. (Kipu; Käypä hoito –suositus 2017.)

## **2 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA**

Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu käytännön toiminnan ohjeistamiseen, opastamiseen tai toiminnan järjestämiseen. Se voi olla esimerkiksi ohje, opas tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Toteutustapoja on myös erilaisia, kuten kirja, vihko, kotisivut, kansio tai portfolio. Opinnäytetyössä pyritään yhdistämään käytännön toteutus ja toteutuksen raportointi hyödyntäen tutkimusviestinnän keinoja. Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu teoreettiseen viitekehykseen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 30.)

### **2.1 Projektin määritelmä ja vaiheet**

Projektilla eli hankkeella viitataan aikataulutettuun, tietyillä panoksilla tehtyihin, kestäviin tuloksiin pyrkivään tehtäväkokonaisuuteen. Jokaisella projektilla on sitä määrittävät tavoitteet, jotka ovat projektikohtaisia. Tavoitteiden tarkoitus on kuvata muutosta, jota projektin avulla pyritään saamaan aikaiseksi. Tavoitteiden lisäksi projektisuunnitelmassa tulee olla määritettynä toteutusorganisaatio, aikataulu, ja toteutukseen käytettävä panos. (Silfverberg 2007, 6.)

Projektin tulisi olla oppiva prosessi. Projektin aikanakin suunnitelma voi muuttua ja sitä kautta pystytään oppimaan. Projektista saadaan oppiva prosessi, kun työn suunnittelu- ja toteutusvaiheet erotetaan toisistaan. Suunnittelu alkaa esisuunnitteluvaiheella. Esisuunnittelussa tehdään erilaisia taustaselvityksiä ja rajataan projektia. Tähän voidaan käyttää esimerkiksi nelikenttäanalyysia (SWOT). Esisuunnittelun ja varsinaisen projektisuunnittelun välillä tulee olla päätöksentekovaihe, jolloin määritellään, millaisten rajausten pohjalta projektia jatketaan, vai liittyykö projektiin liikaa tai liian suuria riskejä sen jatkamiseksi. Hankkeen todellista tarvetta ja sen vahvuuksia tulee tarkastella ja selvittää projektin etenemismahdollisuudet. Kun alustava rajaus on selkeä, voidaan aloittaa varsinainen projektisuunnittelu. Suunnittelussa määritellään tavoitteet ja sisältö. Valmisteluvaiheesta syntyy projektisuunnitelma, jonka avulla projektin toteutusta pystytään arvioimaan. Projektin riskittömyyttä ja järkevyyttä arvioidaan etukäteisarvioinnilla. Tässä vaiheessa arvioidaan vielä kriittisesti suunnitelman toteuttamiskelpoisuutta ennen lopullista päätöksentekoa. Arvioinnin tekee



projektin ulkopuolinen henkilö, joka ei ole osallistunut suunnitteluvaiheeseen. (Silfverberg 2007, 12.)

Kun projektia aletaan toteuttamaan, tehdään yksityiskohtainen työsuunnitelma. Koko työnsuunnittelun pohjaksi luodaan seuranta- ja arviointijärjestelmä, jota käytetään projektin etenemisen, tavoitteiden toteutumisen ja kestävyuden seurannassa. Hyvä seuranta on edellytys sille, että projektista saadaan oppiva prosessi. Projektin etenemistä tulee raportoida projektiorganisaatiolle ja muille projektiin osallistuville tahoille. Raportointi voi olla kirjallista, sanallista, kuvallista tai esittävää. Pidempiaikaisessa projektissa tulee tehdä systemaattinen väliarviointi. Projektin lopussa tehdään loppuarviointi, jossa arvioidaan koko projektin toteumista, ja sitä millaisia vaikutuksia on aikaansaatu. Arvioijien tulee tässä vaiheessa olla projektin ulkopuolisia henkilöitä. (Silfverberg 2007, 13-14.)

## 2.2 SWOT-analyysi omalle projektille

SWOT muodostuu sanoista Strengths (vahvuudet), Weakness (Heikkoudet), Opportunities (Mahdollisuudet) ja Threats (uhat). SWOT-analyysi on nelikenttäanalyysi, jota käytetään projektin aikana tapahtuvan oppimisen ja ongelmien analysointiin. SWOT jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Vahvuudet ja heikkoudet kuuluvat sisäisiin tekijöihin. Mahdollisuudet ja uhat ovat taas ulkoisia tekijöitä. (Opetushallitus 2012.)

**Taulukko 1. SWOT-Analyysi**



Tämän projektin mahdollisuuksia ovat, että oppaasta tulisi hyödyllinen tilaajalle, se otettaisiin käyttöön ja sitä voitaisiin mahdollisesti hyödyntää muissakin yksiköissä esimerkiksi kotihoidon puolella. Uhkiin kuuluu, ettei opasta otettaisi käyttöön käytännön työssä. Toinen uhka on etäisyys tilaajaorganisaatioon ja organisaation laajuus, jolloin yhteydenpito kaikkien toimipisteiden välillä voi olla haastavaa. Vahvuuksia ovat tekijöitä itseään kiinnostava aihe ja se, että molemmilla tekijöillä on työkokemusta kotihoidosta, joten oppaan käyttöympäristö on tuttu. Tietoa aiheesta löytyy runsaasti. Heikkouksia on laaja aihe ja se, että saadaan oleellinen tieto rajattua ja hyödynnettyä. Heikkous on myös molempien tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen.

### 3 KIPU

Kipu on emotionaalinen ja yksilöllinen kokemus. Se on epämiellyttävää ja vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Useimmiten äkillinen kipu eli nopeasti alkanut kipu on elimistön reaktio voimakkaisiin ärsykkeisiin. Kipua voidaan kutsua myös elimistön varoitusmerkiksi. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2016, 483.)

Kipu aiheutuu elimellisestä vammasta tai vauriosta. Kipuviesti kulkeutuu ääreiskipuermoista selkäyttimeen ja sieltä kipuratojen kautta aivoihin Aivoissa aistimus leviää monelle eri alueelle, jotka tarkastelevat kivun voimakkuutta, kestoa ja sijaintia. (Suomen kivuntutkimus ry 2019.) Tarkemmin kivun aiheuttaa kudosaivuri. Kudoksissa on hermopäätteitä, jotka reagoivat kudosaivuriosta aiheutuneeseen ärsykkeeseen. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

Kipu voi aiheuttaa myös muita oireita kuten hikoilua, verenpaineen nousua tai lihasjännitystä. Kipuaistimukseen liittyy myös yleensä erilaisia psyykkisiä tuntemuksia, kuten ahdistusta tai pelkoa. Kivun tunne voi myös jatkua kudoksen parannuttua, silloin kivulle voi olla syynä hermoston viestityshäiriö, esimerkiksi amputaatiopotilaan aavekipu. Hermoston välittäjäaineet siirtävät kipuviestin hermosolusta toiseen, ja näin välittäjäaineet vaikuttavat merkittävästi kivun kokemiseen. Välittäjäaineiden pitoisuuksissa on yksilöllisiä eroja, mikä selittää eri ihmisten välisen eron kipuherkkyydessä. Monien kipulääkkeiden vaikutusmekanismi perustuukin välittäjäaineiden toimintaan vaikuttamiseen. (Suomen kivuntutkimus ry 2019.)

#### 3.1 Akuutti kipu

Käypähoitosuosituksen mukaan akuutilla kivulla tarkoitetaan alle kuukauden kestänyttä kipua. (Kipu: Käypä hoito –suositus 2017). Akuutille kivulle on yleensä selkeä syy, joka pystytään hoitamaan. Akuutin kivun tehtävä on toimia suojaheijasteena ja opettaa ihmistä välttämään toimintoja, jotka ovat elimistölle haitallisia. Kipu saa yleensä ihmisen hakeutumaan hoitoon. (Kalso 2018, 108.) Voimakas akuutti kipu vaikuttaa/aiheuttaa usein autonomisen hermoston yliaktiivisuutta.

Tästä merkkejä ovat tiheä syke, verenpaineen nousu ja hikoilu. Kivun syitä voivat olla mm. erilaiset tulehdusten aiheuttamat kiputilat kuten virtsatietulehdus ja keuhkokuume, murtumat sekä leikkaukset. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2013, 54). Akuutin kivun hyvä hoito voi estää kivun kroonistumista. (Iivanainen & Syväoja 2016,78).

### **3.2 Krooninen kipu**

Kipu voidaan määritellä myös pitkäaikaiseksi eli krooniseksi. Krooninen kipu voidaan jakaa eri luokkiin. Esimerkiksi syöpäkipu on yksi kroonisen kivun muoto. Kipu määritellään krooniseksi, jos se on kestänyt yli kuukaudesta kuuteen kuukauteen tai ylittänyt kudonvaurion normaalin paranemisajan. Kivun kroonistumisella on hyvin laajat haittavaikutukset ihmisen elämään ja toimintakykyyn. (Iivanainen & Syväoja 2016,78.) On myös tärkeä selvittää kivun mahdollisia psykososiaalisia taustatekijöitä. (Valvira 2017).

Kroonisen kivun muotoja on erilaisia. Kudonvauriokipu eli nosiseptiivinen, joka aiheutuu kudonvauriosta tai sen uhasta, jolloin kipureseptorit aktivoituvat. Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu aiheutuu sairaudesta tai kipua lähettävän hermojärjestelmän vauriosta. Viskeraalinen kipu on sisäelinperäistä kipua, johon voi liittyä heijastekipua, ja se voi olla vaikeasti paikannettavissa. (Kipu: Käypä hoito suositus 2017.) Idiopaattinen kipu taas tarkoittaa toistaiseksi tuntemattomasta syystä aiheutunutta kipua. (Valvira 2017).

Pitkäaikaisen kivun hoidossa keskeistä on kivun jäsentäminen ja käsitteellistäminen. Oleellista on, että potilas ymmärtää mistä kivussa on kysymys sekä että potilas kokee tulevansa kuulluksi. Nimeämätön ja selittämätön kipu on potilaalle raskas kantaa. Yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa etsien kipua kuvaavia sanoja sekä kivun kokonaistilanteeseen sopivien käsitteiden etsiminen ja avaaminen voi olla merkityksellistä ja vahvistaa potilaan mahdollisuuksia työstää kipua psyykkisesti. (Salo & Hagelberg 2018.) ETENE valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta painottaa lausunnossaan kroonisen kivun hoidossa hoidon jatkumisen tärkeyttä, moniammatillista hoidon toteuttamista, sekä alan koulutuksen tehostamista. (ETENE 2015.)

Kivun kroonistumisen ehkäisyssä on tärkeää, että kivun alkuperäinen aiheuttaja ja kroonistumisen mekanismit tunnistetaan ja niihin voidaan ajoissa vaikuttaa. Perussairauksien ehkäisy ja hoito ovat tehokas osa kroonisen kivun ehkäisyä. Jo akuuttia kipua tulee hoitaa oikea-aikaisesti ja tehokkaasti sekä aktiivisesti kuntouttamalla, jolloin kroonistumista on mahdollista ehkäistä. Usein kroonistumisen taustalta löytyy korjausta vaativia elintapoja ja psykologisia tekijöitä, joihin on tärkeä puuttua varhaisessa vaiheessa tehokkaasti. Puuttumista helpottaisivat kipuun perehtyneet moniammatilliset tiimit, joihin kuuluisi lääkäreitä, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia ja psykologeja. (Kalso 2018, 1122.)

### **3.3 Kivun vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn**

Kivun kokemukseen liittyy vahvasti myös mieli. Kipuaistimus kulkeekin aivojen tunnekeskuksen kautta. Ihmisen mieli muistaa aikaisemmat kipukokemukset ja muistoja niistä. Muistot kivusta vaikuttavat ihmisen kipukokemukseen, jolloin kokemukset voivat olla hyvinkin erilaisia. (Granström 2010, 29.) Kipuongelmien pitkittymiseen, sen kokemiseen ja kipukokemuksen säätelyyn vaikuttavat keskushermoston toiminta, yksilölliset merkitykset ja tulkinnat sekä myös kivunkokijan sosiaalinen ympäristö ja vuorovaikutussuhteiden laatu. (2019, 231.)

Pitkäkestoisen kivun on myös todettu vähentävän dopamiinin eritystä, mikä johtaa ilon ja mielihyvän tunteiden vähenemiseen. Samalla myös motivaatio pyrkiä mielihyvää tuottavien asioiden äärelle vähenee. Kun tämä jatkuu pitkään, kokemukset yhdistyvät kipukokemuksiin ja henkilö herkistyy kivulle entisestään. (Viljakka 2019, 232.)

Monet pitkäaikaisesta kivusta kärsivät sairastuvat masennukseen. Mieli muuttuu alavireiseksi, eivätkä asiat innosta entiseen tapaan. Univaikeudet voivat myös lisääntyä. Mielialavaihteluita voi esiintyä ja tunteet voivat olla voimakkaampia. Masentuneisuus voi olla ohimenevää, mutta voi myös kroonistua ja muuttua depressioksi. Masentuneisuus voi liittyä menetyksiin, joita kivusta on aiheutunut, esimerkiksi asioihin, joita kivun vuoksi ei pysty enää tekemään. Pitkäaikaiseen kipuun voi liittyä myös ärtymystä ja aggressiivisuutta. Näillä voi olla negatiivisia vaikutuksia läheisiin ihmissuhteisiin. Toimintakyvyn ja kognition heikentyminen voi olla ärtymystä entisestään lisäävä tekijä. (Granström 2010, 37-38.) Kivulla on

vaikutuksia myös sosiaaliseen hyvinvointiin. Kipu vaikeuttaa perhe-elämää ja parisuhdetta. Toisilla ihmisillä voi olla vaikeuksia ymmärtää kipusairautta. Kipu voi vaikeuttaa kipusairaana kykyä eläytyä toisen ihmisen tuntemuksiin ja kykyä keskinäiseen vuorovaikutukseen. Perhe-elämään osallistuminen rajoittuu kivun vuoksi, kun liikkuminen ja fyysinen toimintakyky heikkenee. Arkea täytyy muodostaa usein uudelleen. Kipusairaus vaikuttaa myös läheisten jaksamiseen ja voi näin ollen lisätä heillä syyllisyyden tunteita. (Granström 2010, 76- 77.)

Kipuaistilla on tarkoitus suojella ihmistä, jolloin ihminen pyrkii välttämään kipua. Lyhytaikaisen kivun aikana yleensä kipua aiheuttavia toimintoja ja liikkeitä pyritään välttämään toipumisen edistämiseksi. Kivun pitkittyessä se ei kuitenkaan ole enää tarpeen. Tärkeämpää olisi, että pyrittäisiin löytämään tasapaino levon ja toiminnan välillä. Se vaatii totuttelua ja uusien toimintatapojen oppimista, joka puolestaan vaatii myös psyykkistä joustavuutta. Puhutaan pelko-välttämiskomuksesta, kun ihminen pelkää ja välttää toimintoja ja liikkeitä, jotka voivat mahdollisesti aiheuttaa kipua. Tämä voi johtaa tiettyjen tekemisien ja fyysisen rasituksen välttämiseen kokonaan. Pidempiaikaisena välttäminen johtaa rasituskestävyyden huonontumiseen ja kivulle herkistymiselle. Välttäminen aiheuttaa myös positiivisten kokemusten vähentymistä, joka altistaa masennukselle. Hoitona voidaan käyttää siihen suunnattua psykoterapiaa ja fysioterapiaa, sekä kyselylomakkeita, joilla ongelma pyritään tunnistamaan. (Viljakka 2019, 233-234.)

Kipu herkistää aisteja, jolloin kivusta kärsivä voi herkistyä esimerkiksi melulle, joka taas lisää ärtyneisyyttä. Kipu vaikuttaa myös ajattelu- ja keskittymiskykyyn häiritsevästi. (Granström 2010, 37-38.) Kipuun liittyvää masennusta ja ahdistusta tulee myös hoitaa. Hoitamattomana ahdistus voi jopa ennustaa huonoja kuntoutumistuloksia. Yhtenä hoitomuotona voidaan käyttää kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa ja -työtettä. Tällä pyritään vähentämään toiminnan haittaa, psykologista kuormittuneisuutta ja kipuun liittyvää haitallista ajattelua, selviytymistä kivun kanssa ja muuttaa suhtautumista kipuongelmaan, vaikka kivun voimakkuutta ei saataisi lievitettyä. (Viljakka 2019, 235,243-244.)

Yhtenä menetelmänä voidaan käyttää rentoutumisharjoituksia. Rentoutumiseen oppiminen vaatii harjoittelua, mutta kun reaktion saa aikaan se alentaa sydämen sykettä, hengityksen rytmiä ja rentouttaa lihaksia. Parasymptaattinen hermosto

aktivoituu ja kehon valmiustila hellittää, jolloin elimistö ja mieli rentoutuvat. Tämä taas helpottaa kivun säätelyä ja sen sietämistä. Esimerkkeinä rentoutusharjoituksista ovat progressiivinen rentoutus, jossa keho käydään läpi rentouttaen yksi lihas kerrallaan tai erilaiset mielikuva- tai tietoisien läsnäolon harjoitukset sekä hengityksen säätelyyn ja tasapainottamiseen perustuvat harjoitukset. (Viljakka 2019, 241-242.)

Pitkäaikaiseen kipuun liittyy myös usein väsymystä, joka aiheutuu yleisemmin kivun aiheuttamasta fyysisestä ja psyykkisestä stressistä. Väsymystä taas aiheuttavat univaikeudet ja kipu itsessään aiheuttaa unettomuutta. Kivun tunne pitää hereillä, koska nukahtaminen edellyttää aistimusten vaimentumista. Kipu, voi myös keskeyttää unen ja näin haitata unenlaatua. Kipu voi myös vaikeuttaa hyvän nukkumisasennon löytämistä. Unettomuus ja kipu pahentavat siis toisiaan. Kipu aiheuttaa unettomuutta ja väsyneenä kivun tunne voimistuu. (Granström 2010, 39-40.)

Kipupotilaan kanssa työskennellessä on hyvä muistaa moniammatillisen verkoston luominen ja sen käyttäminen aktiivisesti. Potilaalle tulee antaa tietoa kivusta ja keskustella potilaan kanssa. Potilasta tulee kuunnella ja olla avoin hänen kokemuksilleen ja antaa tarvittaessa tilaa. Tässä voi käyttää apuna esimerkiksi kivuntutkimusyhdistyksen materiaaleja. Hoitajana voi myös hankkia tietoa eri rentoutusmenetelmistä ja etsiä potilaan kanssa yhdessä sopivia vaihtoehtoja. (Viljakka 2019, 237, 245.)

## 4 KIVUNHOITO

Kivunhoito perustuu huolella tehtyyn arvioon potilaan kivuista ja kokonaistilanteesta. Hoito ja siihen liittyvä kuntoutus suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa, niin että molemmat osapuolet ovat sitoutuneita hoitoon. Potilas saa tarvitsemansa informaation tutkimustuloksista, taudinmäärityksestä, eri hoitovaihtoehtoista sekä niiden mahdollisista hyödyistä ja haitoista. Tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen. Silloin kun, kipua ei pystytä poistamaan, pyritään sitä lievittämään ja tukemaan potilaan selviytymistä. Pyritään myös lievittämään oheisoireita ja näin parantaa potilaan selviytymistä. Lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia, mutta niihin voidaan yhdistää lääkehoito tarpeen vaatiessa. Potilaan kipua ja toimintakykyä on arvioitava ja kirjattava säännöllisesti. Arvioinnissa lähtökohtana on aina potilaan oma käsitys kivustaan. (Kipu; Käypä hoito –suositus 2017.)

### 4.1 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien avulla saadaan myös potilas osallistumaan omaan kivun hoitoonsa, tarkoituksena on parantaa ja tukea potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Toisinaan lääkkeetön kivunhoito voi olla riittävä. Keskeisinä menetelminä käytetään liikuntaa, kylmä- ja lämpöhoitoa, TNS – hoitoa eli transkutaanista hermostimulaatiota, fysikaalisia hoitoja ja erilaisia terapeuttisia hoitoja. (Kipu: Käypä hoito- suositus 2017.)

Lämpöhoitomuotoja ovat pintalämpöhoito, syvälämpöhoito ja ultraäänihoito. Hoidoissa verenkierto vilkastuu, aineenvaihdunta kiihtyy, pehmytosien jäykkyys vähenee sekä lihasjännitys laukeaa. Esteitä lämpöhoidolle ovat hoidettavan alueen tulehdukset, ihottumat, vauriot sekä vammat, verenvuoto, ihon tuntuu puutokset ja elimistössä mahdollisesti olevat vierasesineet. Esim. syvälämpöhoidossa metalli voi kumentua. (Iivanainen & Syväoja 2016,83.) Lämpöhoidolle esteenä on myös heikentynyt kommunikaatiokyky (Pohjolainen 2018, 248).

Lämpöhoidon kesto riippuu potilaan omista tuntemuksista. Yleensä noin 10-20 lämpöhoitajakso on sopiva. Potilas voi myös hoitaa itse kipuaan lämpöpakkausten avulla. (Arokoski 2015.) Kylmähoidoissa käytetään jääpalapussia,



kylmäpakkausta, kylmäsuihketta ja -voidetta. Kylmä hidastaa hermoärsykkeen johtumisnopeutta ja aiheuttaa ihon tunnottomuutta, jolloin kipu lievittyy. (Iivanainen & Syväoja 2016, 83.) Kylmähoidon esteinä on alentunut tunto ihossa, huonontunut valtimoverenkierto, kylmäallergia, Raynad'n tauti eli valkosormisuus sekä potilaan huono kommunikointikyky (Pohjolainen 2018, 248). Hoidon kesto on noin 10-15 min kerrallaan (Arokoski 2015). Hieronta on rentouttava menetelmä, joka sisältää erilaisia tekniikoita kuten taputtelu, sively, hankaus, täristely ja ravistelu. Hieronta vapauttaa kehoon endorfiinia aivoista ja selkäytimestä.

(Pohjolainen 2009, 239.) Hieronnan vasta-aiheita voivat olla kaulavaltimoahtaumat, laskimotukokset ja verenvuototauti (Iivanainen & Syväoja, 2016, 83-84). Akupunktio on vanha kiinalainen hoitomenetelmä, jota käytetään lähinnä intramuskulaarisena ärsytyshoitona. Hoidossa laitetaan 5-10 neulaa akupunktiokarttojen mukaisiin pisteisiin. Hoitoa pystyy tehostamaan neuloihin yhdistettävällä sähköhoidolla. (Arokoski 2015.) Vasta-aiheina ovat hyytymishäiriöt ja antikoagulanttihoitoa saatavilla on noudatettava varovaisuutta. Akupunktiolla on vaikutuksia aivojen kivunestomekanismeihin. (Pohjalainen 2018, 251.) Transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio eli TENS on yleisin sähkökipuhoitomenetelmä. TENS-laitteita voi käyttää itsehoitona ja sitä käytetään paljon neuropaattisissa kiputiloissa. (Arokoski 2015.) TENS hoidon avulla aivot välittävät endorfiinia ja muita kipua lievittäviä välittäjäaineita. Vasta-aiheina sydämen tahdistin, ihotulehdus, ihottuma tai avoin haava. (Haanpää, Pohjolainen & Jääskeläinen 2018, 232.)

Yleisimpiä kroonisen kivun syitä, ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät, kuten toiminnallinen harjoittelu voivat tutkimusten mukaan olla yhtä tehokkaita kuin kipulääkkeet TULE-sairauksien hoidossa. Omahoidon ohjaus on tärkeässä osassa kivunhoidossa, sen tarkoituksena on parantaa potilaan omaa ymmärrystä sairaudesta ja näin saada kipu hallintaan. Esimerkkinä potilas voidaan ohjata tekemään liikuntaharjoitteita. Ohjauksen tukena voi käyttää oppaita tai videoita, jotka pohjautuvat tutkimusnäyttöön. (Arokoski, 2015.)

Syöpäpotilaille kipu on usein toistuva ja ahdistava oire. Syöpäkipu liittyy sairaudesta selviämiseen, etäpesäkkeiden kehittymiseen ja elämän laadun

heikkenemiseen. The National Comprehensive Network'in kivunhoito ohjeet painottavat lääkkeettömän kivunhoidon tärkeyttä, sisältäen fyysisen, kognitiivisen ja hengellisen hoidon metodeja.

Myös The American Society of Clinical Oncology'n kivunhoito-ohjeet tähdentävät lääkkeettömien terapiamuotojen käytön tärkeyttä. (Gentile, Boselli, O'Neill, Yaguda, Bailey-Yorton & Eaton, 2018, 968.) Parantavaa kosketusta ja onkologista hierontaa käytetään esimerkiksi onkologisessa integroidussa terapiassa kivunhoidon menetelmänä. Terapia keskittyy oireiden hallintaan, potilaan kärsimyksen vähentämiseen ja syöpähoitojen kestämiseen. Parantava kosketus on itämaiseen energialääketieteeseen perustuva metodi. Hoito perustuu muun muassa hellään kosketukseen ja käden liikkeisiin. Tutkimusten mukaan se parantaa elämänlaatua, vähentää hengitystiheyttä, sydämen sykettä ja verenpainetta, mielialahäiriöitä ja väsymystä. Siitä on tutkitusti todettu olevan apua syöpäpotilaiden kivun lievittämisessä. (Gentile ym. 2018, 969.)

Onkologinen hieronta on myös hyödyllinen tapa hoitaa fyysisiä ja psyykkisiä stressitekijöitä syöpäpotilailla. Siinä käytetään hellää lihasten painamista ja hieromista. Tekniikoita voi muuttaa asennonvaihdolla, painamisen voimakkuudella, tahdin muuttamisella ja lääkinnällisillä laitteilla. Tutkimusten mukaan hieronta lievittää kipua, pahoinvointia, stressiä, masennusta, ahdistusta ja väsymystä, samalla parantaen unenlaatua ja henkistä hyvinvointia. (Gentile ym. 2018, 969.)

Gentilen ym. (2018) tutkimuksen mukaan parantava kosketus ja onkologinen hieronta kipu helpottui yli 69% potilaista yhden terapiahetken jälkeen. Tutkimus ei kuitenkaan osoittanut, kuinka pitkään kipua lievittävä vaikutus kesti. Parantavaa kosketusta ja onkologista hierontaa toteutettiin yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla koulutettujen terapeuttien avulla. Muissa tutkimuksissa oli kuitenkin käytetty "maallikkoja" terapian toteuttamisessa, myös positiivisin tuloksin. Nämä hoitomuodot ovat hyviä vaihtoehtoja potilaille, jotka ovat halukkaita käyttämään lääkkeettämiä kivunhoitomuotoja. (Gentile ym. 2018, 971-972.)

Musiikin kuuntelun on todettu lievittävän pitkäaikaista kipua. Kyseinen tutkimus osoitti, että musiikki oli tehokas keino lievittämään lyhytaikaisesti kipua yli 65vuotiailla nivelrikkoo sairastavilla. (The Joanna Briggs Institute 2011.) Musiikin

avulla kipu lievittyy ja tuntuu vähemmän epämiellyttävältä. Musiikin kuuntelu auttaa myös nukahtamaan ja rentoutumaan. Lisäksi musiikki auttaa luomaan myönteisiä mielikuvia negatiivisten sijaan. (Miranda 2016, 208-209.)

Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoiminnan ymmärtämiseen sekä ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen ja näiden merkitykseen oppimisessa ja itsehallinnassa. (Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2019.)

Tarkoituksena on tukea potilaan kehotietoisuutta sekä pyrkiä vähentämään kehon jännitystä lisääviä tekijöitä. Paikallaan makaaminen sekä erityisesti selällään makaaminen lisäävät kehon jännitystilaa. Liikekontrollin häviäminen vaikuttaa myös kivun kontrollointiin. Kun potilas ei kykene itsenäiseen asennonvaihtoon, ei kehossa oleva jännitys pääse purkautumaan. Tämän hoitajat huomioivat erityisesti riittävillä asennonvaihtoilla ja kosketuksilla, joilla saadaan potilaan kehotietoisuutta lisättyä. (Hagström 2018.)

Potilaan tuntiessa kipua, usein ajatellaan että, on parempi antaa olla eikä liikutella tai tehdä mitään, mutta jos potilas ei liiku, niin kehon jännitys, kipu ja ahdistus lisääntyvät. Tarkoituksena on, että potilaan kontrolli omasta liikkeestä sekä kivunhallinnasta säilyisi. Havaitessaan potilaan kehon jännittyvän ja ilmeistä avustamisen aiheuttavan kipua, ei avustustapa ole oikea. (Hagström 2017.)

Hoidettaessa kipua kosketuksen avulla, voidaan huomata potilaan ikään kuin kannattelevan kehoaan kipua vastaan. Kosketuksella voidaan viestiä potilaalle tuesta ja luottamuksesta vuorovaikutustilanteessa. Tämän ansiosta potilas voi hetkeksi luovuttaa osan taakastaan hoitajalle sekä asettua kosketuksen kannateltavaksi. Kunnioittavan kosketuksen tekniikat ja läsnäolo voivat auttaa potilasta tavallisten hoitotoimenpiteiden ja asennon vaihdon yhteydessä kannatellen, tukien sekä vieden huomion pois kipukohdasta. (Styrman & Torniainen 2018,125-126)

Kosketus vaikuttaa monin tavoin fysiologisesti, esim. kosketuksessa syntyvä lämpö ja tuki vaikuttavat ihmisen kehon jännitys - rentous dynamiikkaan. Kosketus vaikuttaa myös psyykkisesti. Toista ihmistä koskettaessa, erittyy paljon mielihyvähormonia oksitosiinia, jolla on kipua lievittävä vaikutus. (Styrman & Torniainen 2018,125 &127.)

## 4.2 Lääkkeellinen kivunhoito

Kipulääkitys voidaan liittää tarvittaessa lääkkeettömään kivun hoitoon. Kipulääkitys tulee suunnitella jokaiselle yksilöllisesti sairauksien, riskitekijöiden ja psykososiaalisten tekijöiden pohjalta. Lääkehoidon ensisijaisina tavoitteina ovat kivun lievittyminen, elämän laadun paraneminen ja oheisoireiden lievittyminen. Pitkään kestäneen kivun hoidossa kipulääkkeitä käytetään säännöllisesti ja suositellaan ensisijaisesti pitkävaikutteisia valmisteita. Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että hoitovaste voi tulla vasta muutaman viikon kuluttua. Tulehduskipulääkkeitä ei suositella pitkäaikaiseen käyttöön. (Kipu; Käypä hoito – suositus 2017.)

Kotihoidossa asiakkaiden lääkkeet säilytetään pääasiassa asiakkaan kotona huomioiden oikeanlainen säilytys ja turvallisuus. Ajantasainen lääkelista on tärkeä löytyä kotoa tai olla muuten saatavilla turvallisuuden vuoksi. (Ikonen 2013, 243-244.)

Kudosvauriokivun hoidossa käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä tai näiden yhdistelmiä. Vahvat opioidit otetaan käyttöön vain erityistilanteissa. Potilaan kipulääkitystä suunniteltaessa tulee aina huomioida muut sairaudet, lääkeykitykset ja mahdolliset yliherkkyydet. Masennus ja krooninen kipu voivat esiintyä yhdessä, jolloin kipupotilaan hoidossa tulee huomioida myös depressiolääkitys ja sairauden optimaalinen hoito. Tulee myös ottaa huomioon että, tulehduskipulääkkeiden käytöllä on vaikutuksia useaan eri krooniseen sairauteen. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n kolmiportaitaista kivunhoidon lääkeohjeistusta syöpäkipuun käytetään muissakin kiputilanteissa. (Kalso 2019, 13) Lievää kipua hoidetaan tulehduskipulääkein sekä tukilääkkeiden avulla, kohtalaista kipua heikoilla sekä keskivahvoilla opioideilla ja kovaa kipua vahvoilla opioideilla. Tukilääkkeinä käytetään mm. prednisolonia, haloperidolia, amitriptyliinia, gabapentiniinia ja ulostus- sekä pahoinvointilääkkeitä. (Iivanainen & Syväoja, 2016, 84). Suomessa kivun lääkehoidossa käytetään neljäportaista ohjeistusta. Alimmalla portaalla ovat tulehduskipulääkkeet, seuraavalla ovat heikot opioidit, kolmantena omana portaana on budnenorfiini ja ylimmäisenä vahvat opioidit.

Suosituksena kuitenkin on, että tulehduskipu ja opioidilääkkeistä saadaan riittävä vaste kivunhoidolle. Lisälääkkeinä käytetään mm. prednisolonia, haloperidolia, amitriptyliinia ja gabapentiinia. (Kalso 2019, 13)

Opioidien käytössä on huomioitava sivuvaikutukset. Ummetus on opioidien yleisin sivuvaikutus. Ummetuksen mahdollisuudesta opioidien käytön yhteydessä on keskusteltava potilaan kanssa, ja siitä miten sitä voidaan hoitaa varmistamalla riittävä nesteytys ja ravinnon saanti sekä optimoimalla suolen liikkuvuutta. Ohjataan seuraamaan ulostamisen säännöllisyyttä ja määrää, ulosteen väriä, koostumusta ja mahdollista verisyyttä. Seurataan asiakkaan ruokavaliota, keskittymällä kuidun ja nesteiden saantiin. Arvioidaan myös asiakkaan liikkumista ja aktiivisuustasoa sekä toiminnallista tilaa. Huomioidaan vatsakivut ja krampit. Ohjataan asiakasta liikkumaan omien kykyjen ja jaksamisensa mukaan.

Huomioidaan asiakkaan sen hetkinen lääkitys ja niiden vaikutus vatsan toimintaan. Tarpeen mukaan otetaan laboratoriokokeita. Tarvittaessa voidaan ottaa käyttöön laksatiiveja. Muita opioidien yleisimpiä sivuvaikutuksia, joihin tulee kiinnittää huomiota ovat pahoinvointi ja uneliaisuus, varsinkin lääkkeen aloitusvaiheessa. (The Joanna Briggs Institute 2019.) Opioidit voivat myös aiheuttaa fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, kun lääkeväste eli toleranssi heikkenee käytön myötä. Se tulee esiin lisääntyvänä kipuna ja kasvavana lääkityksen tarpeena. (Kalso, 2019, 16.)

### **4.3 Kivun kirjaaminen**

Potilaan hyvä hoito pitää sisällään riittävän laajat ja oleelliset tiedot, jotka on kirjattu selkeästi ja ymmärrettävästi. Lain mukaan terveysalan ammattihenkilön, joka kirjauksen tai merkinnän potilas asiakirjoihin tekee, tulee olla aina tunnistettavissa, eli nähdään kuka merkinnän ja kirjauksen on tehnyt. (L 30.3.2009/298.)

Hyvän ja yksilöllisen hoidon järjestäminen vaatii asianmukaisen ja päivitetyn hoitosuunnitelman. (Valvira,2015). Asiakkaalle tulee laatia yksilöllinen hoitosuunnitelma potilastietojärjestelmään, joka toimii toteutettavan hoidon punaisena lankana hoitajilla. Hoitosuunnitelma sisältää kivunhoidon tavoitteet,

kivun syyn mukaisen hoidon, hoidot, joilla lievitetään kipuoireita ja potilaan tarpeisiin perustuvat psykososiaaliset tuet ja toimet sekä kuntoutus ja seuranta-aikataulut. (Valvira 2017).

Suomessa käytetään kansainvälistä hoitotyön kirjaamisen mallia, johon kuuluu FinCC- luokituksen mukainen rakenteinen kirjaaminen, joka taas tukee kansallisen terveystietokannan (Kanta) käyttöä. Edellytys sähköisen potilastiedon eArkiston käytölle nimenomaan on rakenteinen kirjaaminen. Terveystietokannan ja hyvinvointilaitos on laatinut FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppaan. (THL 2012.)

Kivusta on oleellista kirjata sen sijainti, arvioitu alkamisajankohta, kivun luonne (tylppä, pistävä, jomotus, viiltävä tms.), kivun tyyppi (esimerkiksi lepokipu, kipu liikkeessä), kivun voimakkuus (arviointi mittareiden avulla VAS, PAINAD). Tulee myös kirjata, keneltä kipua koskevat tiedot on saatu. Kirjaaminen tulee tehdä täsmällisesti ja siihen kuuluvaan kohtaan potilaskertomuksessa. (Tays 2018.)

Kivun hallinnan ongelmana käytännön hoitotyössä on, kun kivun voimakkuuden kirjaaminen ennen kipulääkkeen antoa ja kipulääkkeen jälkeen jää tekemättä. Kivunhoidon laatu on silloin vajavaista. Kivun voimakkuuden kirjaamisen ollessa puutteellista on laadukkaan kipumittarin käyttö tällöin hyödytöntä (Pesonen 2011,86.)

#### **4.4 Kivun arviointi ja seuranta**

Arvioitaessa potilaan kipua, lähtökohtana on potilaan oma arvio kivusta. Kivun arviointia, tehdään haastatteleamalla ja tarkkailemalla potilasta. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Jos potilas ei itse kykene arvioimaan kipuaan, voidaan kysyä läheisiltä tai arvioida kipukäyttäytymistä (ilmeitä, eleitä ja asentoja). Kipua voidaan myös arvioida seuraamalla fysiologisia muutoksia. Fysiologisia muutoksia voivat olla verenpaineen ja sykkeen nousu, hengityksen kiihtyminen, suolen toiminnan hidastuminen, virtsan erityksen väheneminen ja verensokerin nousu. (Kangasmäki & Pudas-Tähkä 2017). Kivun säännöllinen arviointi on tärkeää, jotta muutokset voidaan huomata ajoissa. Kipua arvioidaan potilaan hakeutuessa hoitoon kivun takia, akuutin kivun potilaille vähintään kerran työvuorossa ja aina ennen ja jälkeen lääkityksen tai muun kivunhoidon. Kivusta tulisi kysyä kaikilta potilailta vähintään kerran päivässä. (Tays 2018.)

Kivun arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota sen sijaintiin, alkamisajankohtaan, luonteeseen, tyyppiin ja voimakkuuteen esimerkiksi mittareiden avulla. Henkilön tulisi itse saada valita mittarin tyyppi (numeerinen, sanallinen, kasvokuvat) ja samaa mittaria tulisi käyttää koko hoidon ajan. (Tays 2018.) Lisäksi tulee arvioida kivun vaikutus potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, sekä sensoriset ja motoriset oireet, joita kipu mahdollisesti aiheuttaa. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida erilaisilla kipumittareilla. VAS eli visual analogue scale on kipujana, jolla kipua arvioidaan visuaalisesti. Kipujan vasen laita kuvaa kivuttomuutta ja oikea laita pahinta mahdollista kipua. (Terveyskylä 2019.) Potilas itse merkitsee arviointihetken kivun voimakkuuden. Kipujan toisella puolella on numeraalinen asteikko, jonka avulla kipu voidaan kirjata. Numeroasteikon mukaan kolme tai korkeampi kipu pitäisi aina hoitaa ja lääkitä. (Pesonen 2011.)

Voidaan myös käyttää kasvojen ilmeitä kuvaavaa kipujanaa, hymystä -itkuun ilmeillä, joka on tarkoitettu lähinnä lapsille. (Iivanainen & Syväoja 2016, 79.) Numeraalinen asteikko NRS tulee sanoista numeric rating scale. Kipukiila, jossa on numeroita asteikolla 0-10, potilas arvioi kivun voimakkuutta siirtämällä liikuteltavaa kiilaa arvioimaansa numeron kohdalle. (Kalso, 2018,91).

Sanallinen arvio VRS eli verbaalinen (verbal rating scale), jossa kuvataan kivun voimakkuutta sanallisella asteikolla sisältää tavallisesti neljästä seitsemään vaihtoehtoa (Mieronkoski 2017). On tärkeää että, potilaan kivun voimakkuuden mittaamisessa käytetään aina samaa mittaria tai asteikkoa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 78-79.)

Kivun arvioinnin mittarit auttavat kivun näkyväksi ja kirjattavaksi tekemisessä. Kivun laatua arvioidaan sanallisesti, kuvaavia sanoja kivulle ovat esimerkiksi pistävä, räjähtävä, tykyttävä, puristava, jomottava, aaltoileva ja viiltävä. Laadullinen arviointi kuvaa usein kivun taustalla olevan syyn, puristava kipu voi kertoa sydämen verenkierto ongelmasta. Räjähtävä kipu voi kuvailla valtimon repeämisen aiheuttamaa kipua. Pistävä tai viiltävä kipu voi olla nikama tai lihaspinteestä sekä keuhkotulehdusta kertova kipu. Sanat tykyttävä ja jomottava

voivat viitata paikalliseen tulehdukseen sekä suolilamaa tai suoliston toiminnan häiriöitä kuvaileva sana voi olla aaltoileva kipu (Iivanainen & Syväoja 2016,78-79.)

Kivun ja sen aiheuttamia toimintakyvyn muutoksia seurataan samoilla periaatteilla ja mittareilla kuin itse kivun arviointia. Oleellista on, että tuloksia seurataan ja verrataan aikaisempiin tuloksiin. Seurataan, ovatko hoidot auttaneet ja onko haittavaikutuksia ilmennyt, onko kivun tyyppi tai sijainti muuttunut ja onko kivun voimakkuus muuttunut. Potilaan omia toiveita, ajatuksia kivunhoidosta ja mielialaa kuunnellaan ja taustasairauksien hoidon osalta kysellään ja seurataan mahdollisia muutoksia. Tulee myös selvittää, kuinka potilaan muut sairaudet voivat vaikuttaa kipuun ja sen hoitoon. (Kipu: Käypä hoito –suositus 2017.)

Kivun arviointiin tulee ottaa mukaan potilas, sekä hänen läheisensä ja koko hoitohenkilöstö, kaikki, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Hoitohenkilöstöä tulee kouluttaa käyttämään kivunmittauksen työkaluja ja mittauskeinoja. Jos potilaalla on vaikeuksia kommunikoida, suositellaan käyttämään kivun arvioinnin tarkistuslistaa (PACSLAC). (Joanna Briggs Institute 2018)

RAI-lyhennys tulee sanoista Resident Assessment Instrument, joka on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, tarkoitettu vanhus- tai vammaispalvelun asiakkaan palvelutarpeen arvioimiseen sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Välineistöön kuuluvana osana on myös mittari, jolla arvioidaan kipua. Kipumittari koostuu numeroista, jossa 0 tarkoittaa ei kipua, 1= kipuja harvemmin kuin päivittäin, 2 = kipuja päivittäin/kohtalainen kipu ja 3 = kipuja päivittäin/ajoittain vaikea/sietämätön kipu. (THL 2019).

Dementiapotilaille kivun arviointiin on kehitetty mittari, joka perustuu kivun aiheuttamiin käytöksen muutoksiin. PAINAD-mittari, joka on lyhenne englannin kielen sanoista Pain assessment in advanced dementia. Mittarilla arvioidaan kivun aiheuttamia muutoksia käyttäytymiseen. Se on jaettu viiteen osa-alueeseen: hengityksen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ja lohduttamisen tarpeen muutoksiin. Vaikutuksen poikkeavuutta arvioidaan asteikolla 0-10. (Kalso 2018, 538.) Käyttäytymisen arviointiin perustuvia menetelmiä käytettäessä tulee huomioida sekä sulkea pois muut oireilua aiheuttavat



tekijät, epämukava vaatetus, jano, wc-tarve sekä mielialasta johtuvat tekijät huoli ja ahdistus. (Muistiliitto ry 2016,42).

Hyvän kivun hoidon perusedellytyksenä on kivun kirjaaminen ja arviointi säännöllisesti. Kokonaisvaltainen potilaan kiputilan sekä hänen tilanteensa arvioiminen luo perustan luottamukselliselle hoitosuhteelle ja hyvälle lääkehoidolle. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen, 2013).

## 5 KIVUNHOIDON ERITYISPIIRTEITÄ

Kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat pitkäaikaissairauksia potevat iäkkäät ihmiset, ja he ovat yleensä myös monisairaita. Kotihoidossa on psykiatrisia sairauksia potevia asiakkaita, päihdeongelmaisia ja monella tapaa vammautuneita ihmisiä, vaikeasti vammainen voi olla myös pitkäaikaissairas. Kotihoidossa on asiakkaina iäkkäitä ihmisiä, jotka sairastavat tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia, sydän- ja verisuonisairauksia, hengitysteiden sairauksia, diabetesta, syöpää, dementoivia sairauksia sekä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Yksi erityinen asiakasryhmä on lesket, jotka ovat vähän aikaa sitten menettäneet puolisonsa. Sotainvalidit ja veteraanit kuuluvat myös kotihoidon asiakkaisiin. (Ikonen 2013,42-43.)

Laki (980/2012) ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sosiaali- ja terveystalvveluista määrittelee iäkkääksi henkilön, jolla on korkeaan ikään yleisesti liittyviä toiminnanvajakuksia ja sairauksia.

Monisairastavuudelle ei toistaiseksi ole selkeää määritelmää kansainvälisestikään. Kuvaavasti sitä onkin nimitetty biologisten toimintahäiriöiden kokonaisuudeksi. Monisairastavuutta esiintyy nuorillakin, kuitenkin ikääntymisen myötä luonnollinen mahdollisuus tilaan yleistyy ja tyypillisesti se onkin geriatrinen ongelma. Monisairastavuus koostuu yksittäisistä kroonisista tiloista ja sairauksista, kliininen päähuomio siirtyy potilaskeskeiseen ajatteluun sairauskeskeisen ajattelun sijaan. (Sandberg 2015, 542.)

Dementiasta on tullut yleisin syy invaliditeetille ja merkittävä kuoleman aiheuttaja kehittyneissä maissa. Dementian hoito on priorisoitu kärkisijoille terveydenhuolto politiikassa, tutkimuksissa ja koulutuksessa maailmanlaajuisesti. (Jansen, Brazil, Passmore, Buchanan, Maxwell, McIfactrick, Morgan, Watson & Parsons 2016, 1235.)

Maailman terveysjärjestön mukaan palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta ilman diagnoosirajausta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018). Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan oireita lievittävää kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuuluu myös potilaan läheisten

aktiivinen hoito. Hoidolla pyritään lievittämään kärsimystä ja parantamaan elämänlaatua. (Terveyskylä, 2019.)

Saattohoidoksi kutsutaan ihmisen, jonka elämä lähestyy kuolemaa kokonaisvaltaista hoitamista. Hoidon tulee olla hyvää potilaan oireiden lievitystä sekä läheisten tukemista. Vuorovaikutuksen ja ihmisen läsnäolon merkitys korostuu saattohoitopotilasta hoidettaessa. Saattohoitopäätös edellyttää lääkärin diagnoosia sairaudesta, joka johtaa kuolemaan. (Hänninen 2015, 10-11.) Saattohoitoa saavista noin puolet hoidetaan kotona, usein kotihoidon turvin. Koti on kolmanneksi yleisin kuolinpaikka. (Ikonen 2013,250.)

Kotisairaalassa pystytään hoitamaan vaativampaa haavan hoitoa tarvitsevia asiakkaita. (Ikonen 2013, 73.) Potilaat, joilla on haavoja kokevat hyvin usein haavoihin liittyvää kipua. Useat kokevat sen suurena ongelmana, sekä haittaavan heidän elämänlaatuaan. Haavakipu on epämiellyttävä kokemus, joka aiheutuu tulehduksesta tai muusta kudosvauriosta. (Paschou, Stamou, Vuagnat, Tentolouris & Jude, 2019, 17.)

## **5.1 Iäkkäiden ja monisairaiden kivunhoito**

Iäkkään kivun hoidossa tärkein tavoite on parantaa kipua aiheuttava kudosvaurio. Jos se ei ole mahdollista, tavoitellaan kivuttomuutta. Jos kivuttomuuskaan ei ole täysin mahdollinen, pyritään saamaan kipu hallintaan, niin että liikkuminen, päivittäiset toimet ja nukkuminen sujuvat. (Finne-Soveri 2015.)

Erityisesti iäkkäiden kohdalla lääkkeettömien hoitojen tärkeys korostuu. Kivun hoidossa on myös tärkeä selvittää iäkkään omat odotukset ja tavoitteet sekä huomioida muut sairaudet ja toimintakyky. Iän myötä fysiologiset muutokset lisäävät herkyyttä monille kipulääkkeille, jolloin kipulääkeannosten tulee olla tavallista pienempiä. Ikääntyessä myös sairaudet lisääntyvät, jolloin muiden lääkkeiden käyttö voi samalla lisääntyä. Munuaisten toiminta heikkenee, jolloin lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten riskit kasvavat. (Kipu: Käypä hoito – suositus 2017.) Ikääntyneellä suolikanava on herkistynyt verenvuodoille ja sydämen ja verenkiertoelimistön toiminta voi vaatia lääkkeiden käytön soveltamista. Terveellä vanhuksella maksan toiminta voi riittää hyvinkin

lääkkeiden metabolisoitumiseen eli poistumiseen elimistöstä, erityistä huomiota tarvitaan, kun lääkkeitä on käytössä enemmän kuin kymmenen samanaikaisesti. Monisairailla sopivan lääkityksen löytäminen vaatii yleensä tasapainottelua haittojen, riskien ja hyötyjen välillä. Iäkkäällä kudosvauriokivun ensisijainen lääke on parasetamoli ja toisena tulehduskipulääke etiologiasta eli kivun syystä riippuen. Hermovauriokivussa lääkehoitona käytetään amitriptyliinia, gapapentiinia tai pregabaliinia. Täysin turvallista ja samalla tehokasta lääkettä voi olla vaikea löytää, ja tilanne hankaloituu vahvempaa lääkitystä tarvittaessa. Lääkkeiden sieto on kuitenkin aina yksilöllistä, ikääntymisestä huolimatta. On hyvä aloittaa ensin turvallisella vaihtoehdolla sekä maltillisella annoksella, ja nostaa annosta, kunnes haluttu teho saadaan aikaan tai haittavaikutukset ovat vastassa. (Finne-Soveri 2015.)

Oleellista on, että kipua hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Kartoitetaan sairaudet ja toimintakyky huolellisesti ja hoidettavan läheiset otetaan mukaan hoitoon. Asetetaan realistiset hoitotavoitteet ja pidetään yllä hyvää potilassuhdetta. Kivun ali- tai ylihoito voidaan saada hallintaan geriatrisen arvioinnin avulla, joka on laaja moniammatillinen toimintamalli. Siinä hoito- ja kuntoutussuunnitelma perustuu hyvin tehtyyn kartoitukseen iäkkään potilaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta. Kipulääkkeiden sietoa voidaan testata arvioimalla oheissairaudet, toimintakyky ja terveydentilan vakaus. Erilaisia suosituksia voidaan käyttää apuna, niitä soveltaen potilaan edun mukaisesti. Kulmakivinä hoidossa ovat kokonaisvaltainen arviointi, hoidon seuranta ja hoidon muuttaminen tai lopettaminen tarvittaessa. (Finne-Soveri 2015.)

Kivun lääkehoito aloitetaan vähitellen ja haittavaikutuksia seurataan. On kuitenkin mahdollista, että useamman lääkkeen yhdistämisellä pienellä annoksella saadaan parempi teho ja vähemmän haittavaikutuksia. Iäkkäiden lääkehoidossa kannattaa käyttää apuna esimerkiksi Fimean ylläpitämää iäkkäiden lääketietokantaa, josta löytää iäkkäille sopimattomat lääkkeet. (Kipu: Käypä hoito – suositus 2017.) Lääketietokanta on tarkoitettu yli 75-vuotiaiden lääkehoidon työkaluksi.

Tietokannan tarkoitus on helpottaa iäkkäiden lääkehoitoon liittyvää päätöksentekoa ja parantaa lääkehoidon turvallisuutta. Tietokanta luokittelee lääkeryhmät luokkiin A = sopii iäkkäille, B = tutkimusnäyttö/käyttökokemus vähäistä iäkkäillä, C =

soveltuu varauksin iäkkäille ja D = iäkkäillä lääkkeen käyttöä tulee välttää. Tietokantaa päivittää siihen erikoistunut asiantuntijaryhmä. (Huupponen, Jyrkkä & Ahonen 2019.)

Iäkkäiden kivunarviointi voi olla haastavaa sairauksien takia. Dementian tai afasian vuoksi kommunikointikyky saattaa olla heikentynyt. Kipu voi tulla esiin kiinnostuksen tai keskittymiskyvyn vähentymisenä, unihäiriöinä, kiihtyneisyytenä, ruokahaluttomuutena tai masentuneisuutena. Vanhetessa aistit heikkenevät, jolloin myös kivun aistimisessa tapahtuu muutoksia ja kivuntunto voi heiketä. Toisaalta iäkkäillä keskushermosto on myös herkempi neuropaattisten kiputilojen kehittymiselle. (Kalso 2009, 470-471.) Kipua arvioitaessa tulee käyttää asianmukaisia mittareita, huomioiden ikääntyneen kyky kommunikoida ja kognitiivinen taso. Luotettavin arvio potilaan kivusta on hänen oma arvionsa, erityisesti silloin, kun on kyse kognitiivisesta ongelmasta. (Joanna Briggs Institute 2018)

Ikääntyessä krooniset kiputilat lisääntyvät. Tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja niistä aiheutuvat kivut sekä sydän- ja verenkiertoelimestön ongelmat lisääntyvät.

Iäkkäillä esiintyy myös useammin postherpeettista neuralgiaa, kolmoishermostosärkyä, diabeettista neuropatiaa ja amputaatiosta johtuvia aavesärkyjä. Elimistön rappeutuminen, masennus ja menetykset sekä muut sairaudet ylläpitävät kroonisia kiputiloja. (Kalso, 472-473, 2009.)

Iäkkäät eivät saa aina riittävästi apua kipuihinsa, joka voi osittain johtua heidän omista asenteistaan, ettei kivusta saa valittaa, vaan valittaminen koetaan jopa häpeällisenä. Tähän auttaa yleensä empaattinen ja asiallinen keskustelu asiasta. (ETENE 2008.)

Home Healthcare Nurse - lehden artikkelin (2014) mukaan kotisairaanhoidajilla on keskeinen rooli moniammatillisessa hoitotiimissä ikääntyneiden kivun hoidossa. He toimivat usein niin sanottuina ikääntyneiden "asianajajina" ja moniammatillisen yhteistyön koordinaattoreina. (Macsorley, White, Conerly, Walker, Lofton, Ragland, Davery & Robertson 2014, 280.)

## 5.2 Muistisairaahan kivunhoito

Suomessa yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet ja Lewyn kappale- tauti. Dementiaa aiheuttavat lisäksi otsalohkojen rappeuma ja Parkinsonin tauti. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 560.)

Dementian eteneminen vaikuttaa myös siihen, kuinka kipu koetaan. Kalson (2018) mukaan Alzheimer-potilailla tehtyjen tutkimusten mukaan kivun toleranssi eli sietokyky lisääntyy mutta kipukynnykset pysyvät ennallaan. Vaskulaarista muistisairautta sairastavilla taas voi ilmetä kivun aiheuttaman kärsimyksen lisääntymistä. (Kalso 2018, 535-537.)

Tutkimusten mukaan riittämättömästä kivunhoidosta seuraa dementiapotilaalle haitallisia vaikutuksia tai niiden pahenemista, kuten neurologiset oireet, levottomuus, masennus, haastava ja vastustava käytös sekä unihäiriöt. (Jansen ym. 2016, 1236-1237.)

Dementiapotilaan kivun hoitoon vaikuttavia tekijöitä voivat olla haasteet lääkkeen annossa, jos potilas kieltäytyy lääkkeen otosta sekä rajoitetut lääkkeen antoreitit. Kognitiivinen vajavaisuus ja kommunikaation puute vaikeuttavat potilaalla kipulääkkeen tunnistamista, sen tarpeen ymmärtämistä ja lisäävät kieltäytymistä lääkkeen otosta. Tutkimuksen mukaan oraalinen, suonensisäinen ja subcutaaninen eli ihonalainen lääkkeen antoreitti koettiin ongelmallisemmaksi ja niiden tunnettiin lisäävän riskiä vammoille, kivulle ja ahdistukselle. Mieluisimmat antoreitit olivat peräpuikot ja lääkelaastarit. Ne koettiin vähempiriskiseksi ja vähemmän kajoaviksi menetelmiksi. (Jansen ym. 2016, 1241.)

Dementiapotilaan hoitoon todettiin kyseisessä tutkimuksessa myös vaikuttavan hoitajan ja lääkärin välinen suhde. Positiivinen suhde lisää hoitajilla potilaan hoidosta saamaa arvostusta, yhteistyötä ja kumppanuutta lääkärin kanssa sekä ammatillista arvostusta. Positiivinen suhde lisää lääkäriä sekä hoitajalla työn mielekkyyttä, ja tiedon jakamista sekä parantaa potilaan hoitoa. Huonoon hoitajan ja lääkärin väliseen suhteeseen koettiin vaikuttavan ongelmat kommunikaatiossa ja sairaanhoitajien raportoinnin puute, ja tämä on saattanut johtaa epäasialliseen potilaan saamaan hoitoon. Koettiin myös, että huonossa suhteessa lääkäriltä ei saanut tarpeeksi neuvoja vaikeissa tapauksissa tai kivunhoidon ollessa puutteellista. (Jansen ym. 2016, 1241.)

Edellä mainittu tutkimus osoitti myös, että tapauspohjaiset keskustelut ja kokeneempien hoitajien antama ohjaus olivat kehittäviä ja opettavia menetelmiä. Koulutusmahdollisuudet tulisi järjestää hoitajien tarpeiden mukaan. (Jansen ym. 2016, 1241.)

Muistisairauksiin sairastuneiden potilaiden kivunhoidon haasteet ovat kuitenkin saman tyyppisiä. Kivun ilmaisu vaikeutuu, aivojen degeneraatio eli rappeutuminen vaikuttaa kivun kokemiseen potilaan oma kivunhoitoon osallistuminen muuttuu. Haasteeksi muodostuu myös, se kuinka kivunhoito järjestetään ja toteutetaan muistisairaalle sopivaksi. (Kalso 2018, 535-537.)

Dementiapotilailla kivun mittaamiseen on kehitetty PAINAD-mittari, joka perustuu kivun aiheuttamiin käytöksen muutoksiin. (Kalso 2018, 538.) Tästä on kerrottu tarkemmin luvussa 4.4 Kivun arviointi ja seuranta.

Muistisairaahan kipua hoitaessa tulisi selvittää mahdollinen syy kivulle. Esimerkkinä ummetus tai pitkäaikainen vuodelepo. Syyn selvittämiseen voidaan käyttää kliinisiä tutkimuksia, kuvantamista tai laboratoriokokeita. Lääkehoidossa tulisi löytää mahdollisimman tehokas lievitys kipuun mahdollisimman vähillä haittavaikutuksilla. Lääkehoidon tulisi olla säännöllistä ja yksilöllistä. (Öun 2014, 239 - 240.) Kivunhoidossa voidaan käyttää myös lääkkeetömiä menetelmiä. (Muistiliitto, 2016, 42.) Muistisairaahan fyysisen aktiivisuuden tukeminen on myös tärkeä hoitokeino, jolla voidaan arvioida muistisairaahan voimavaroja ja tukea liikuntakyvyn säilymistä. Säännöllinen liikunta myös nostaa kipukynnystä. (Karvinen 2010, 131 - 132.)

### **5.3 Kivunhoito saattohoitotilanteessa**

Palliativisessa hoidossa tulee huomioida fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset eli olemassaoloon liittyvät tarpeet. Potilaan oireita, niiden vaikeusastetta ja haittaavuutta tulee arvioida systemaattisesti sekä hoidon vastetta tulee arvioida jatkuvasti. Suonen sisäinen ravitseminen tai nesteytys ei paranna potilaan elämänlaatua, eikä pidennä elinajanodotetta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saattohoitopäätös tulee tehdä ennen potilaan siirtymistä saattohoitoon, keskustellen potilaan sekä hänen niin salliessaan omaisten ja läheisten kanssa. Yhdessä suunnitellut hoitopäätökset ja suunnitelmat kirjataan potilasasiakirjoihin. Suunnitelman edellyttämät palvelut toteuttaa moniammatillinen työryhmä potilaalle ja omaisille. Moniammatillista työryhmää voidaan täydentää vapaaehtoisilla työntekijöillä (STM 2010.)

Potilaan oma koti on tuttu ja turvallinen paikka sairastaa, kotona sairastaminen voi lisätä oman elämän hallinnan tunnetta. Kotia voidaan muuttaa tilanteeseen sopivaksi esimerkiksi siirtämällä vuode olohuoneeseen (Ikonen 2013,250.)

Saattohoitoa suunniteltaessa on sovittava sairaala osasto, jonne potilas pääsee tarpeen niin vaatiessa. Kuolevalla ja hänen omaisellaan on oltava kaikkina vuorokauden aikoina mahdollisuus saada yhteys sairaalaan tai kotisairaalaan tuen ja neuvojen saamiseksi (Ikonen, 2013,258.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE lausunnossa korostettiin saattohoitopotilaiden kohdalla kivun hallinnan merkitystä potilaan hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä. Lausunnossa korostettiin myös moniammatillisen hoitotiimin ja pitkäaikaisen hoitosuhteen merkitystä, ettei potilas jäisi oireidensa kanssa yksin. (ETENE 2015.)

Kipu on saattohoitopotilaalla yleisin ja usein ahdistavin oire saattohoidon aikana. Kipu näkyy erityisesti syöpäpotilaiden saattohoidossa, varsinkin haimasyöpä tai eturauhassyöpä, joka on tehnyt etäpesäkkeitä luihin aiheuttaa erityisen kovia kipuja tutkimusten mukaan. Mutta kipua esiintyy myös ei-syöpäpotilailla esimerkiksi, loppuvaiheen sydämen vajaatoiminta ja obstruktiiviset keuhkosairaudet kuten esimerkiksi keuhkohtaumatauti. (Cambell, Kelly & Rovnyak, 2017. 381)

Yksi palliativisen ja saattohoidon laadun kulmakivistä on turvallisuus ja tehokas kivunhoito. Kivunhoidossa tulee huomioida, että kuoleman lähestyessä kognitiiviset ja fyysiset muutokset voivat rajoittaa tai estää potilaan kykyä kertoa kivustaan. (Cambell ym. 2017 382.)

Kivunhoito on yksi niistä syistä, miksi ihmiset kuoleman lähestyessä hakeutuvat saattohoitoon. Cambellin ym. (2017, 386) tutkimuksesta nousee esiin, että saattohoitotiimin tulisi kouluttaa myös muita potilaan hoitoon osallistuvia kivunhoidossa. Olisi tärkeää, että muutkin hoitoon osallistuvat pystyisivät



toteuttamaan turvallista ja tehokasta lääkehoitoa lääkeluokasta riippumatta. Perheenjäsenet voivat saada opastusta lääkehoidosta sairaanhoitajalta, lääkäriltä tai farmaseutilta. (Cambell ym. 2017.)

Cambellin ym. (2017, 386) mukaan lisäopetusta hoitajille ja muille hoitoon osallistuville lääkkeiden sivuvaikutuksista iäkkäillä potilailla tarvitaan enemmän. Iäkkäiden fysiologiset muutokset lisäävät riskiä sivuvaikutuksille. Asiantuntemusta tarvitaan myös lisää ei-syöpä potilaiden kivun hoidosta.

Kivunhoitoon saattohoitotilanteessa kuuluu kivun tunnistaminen ja paikantaminen sekä arvio kivun voimakkuudesta ja sen luonteesta. Ikääntyneet voivat kokea kipua eri tavalla kuin nuoremmat ja kipukynnys voi olla korkeampi tai heikompi esimerkiksi jonkin sairauden vuoksi. Kipu voi kuitenkin muuttua voimakkaammaksi nopeammin kuin nuoremmilla. (Tasmuth 2019.) Hoitoon osallistuvien tulisi osata tarkkailla ja arvioida kipua non-verbaalisten mittareiden avulla, jotta kipulääkitystä pystytään annostelemaan oikein. Hoitajille voidaan opettaa näyttöön perustuvien kipumittareiden käyttöä. Mittareiden käyttöä tulisi myös opettaa muille potilaan hoitoon osallistuville kuten perheenjäsenille. (Cambell ym. 2017, 386) Tästä esimerkkinä voidaan käyttää pitkälle edennyttä dementiaa sairastaville suunniteltua PAINAD-mittaria, jossa tarkkaillaan hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä, elekieltä ja lohduttamisen tarvetta.

(Muistiliitto ry 2016,42).

Kipua voidaan saattohoitotilanteessa arvioida myös tavallisilla mittareilla, (VAS ja VRS) ja näiden lisäksi voidaan käyttää ESAS-oirekyselyä (Edmonton Symptom Assessment Scale). Sen avulla pystytään kartoittamaan saattohoitopotilaiden kymmentä tyypillisintä oiretta. Saattohoidon aikana tulisi karsia ylimääräiset lääkkeet, jotka eivät ole enää tarpeellisia potilaalle. Ensisijaisesti tulee käyttää suunkautta annosteltavia lääkkeitä, silloin kun potilas pystyy vielä nielemään. Kun perustasolla hoidettava saattohoitopotilas ei pysty enää nielemään, lääkitys aloitetaan ihonalaisilla injektioilla ja tarvittaessa toistuvien pistojen välttämiseksi voidaan käyttää kanyylyä. Lääkeannoksia suurennetaan varovasti kipuvasteen mukaan, ja kun tarvittava kokonaisannos selviää, pystytään siirtymään siirtymään infuusio-lääkeannostelijaan ns. PCA-pumppu. (Tasmuth 2019.)

Kotona hoidettaessa suunnitellaan tarvittava oirelääkitys ainakin kipuun, ahdistukseen, pahoinvointiin ja hengenahdistusta varten sairauden niin vaatiessa. Huolehditaan lisäksi siitä, että potilaalla on kotona tarvittavia lisälääkkeitä sekä tarvittavat määräykset pistettäviin oirelääkkeisiin ovat kunnossa. Lääkäri arvioi mahdollisia eteen tulevia ongelmia sekä suunnittelee tarvittavat hoitotoimenpiteet. Hyvä ennakkointi on tärkeää pyrittäessä estämään ongelmatilanteiden syntyminen sekä pyrittäessä välttämään potilaan päivystykseen joutuminen (Poukka 2015, 579.)

Lääkkeetön kivunhoito on tärkeä osa saattohoitoa, ja menetelminä voidaan käyttää mm. Lämpö- ja kylmähoitoja, hierontaa ja musiikkia. Myös kuolemaan liittyvä mahdollinen ahdistus, masennus ja levottomuus hoidetaan osana kivunhoitoa. (Tasmuth 2019.)

Kivulias potilas on usein kuormittunut, ja jos/kun ei ole tarjolla parantavaa hoitoa, paljon voidaan tehdä vuorovaikutuksen keinoin. Ammattilainen voi kannustaa, rauhoittaa, voimaannuttaa ja tukea. Luomalla yhteyden vuorovaikutuksellisen keinoin voi potilaan tunnekuormaa lievittää, joka taas voi helpottaa yksinäisyyden tunteen kokemista. Hoitaja voi tarjota näköaloja tulevaan, kulkea potilaan rinnalla jakaen luopumiseen ja rajallisuuteen liittyvää surua, auttaen potilasta kestämään vaikeuksia näyttämällä, ettei potilas jää yksin kuormansa kanssa. Olkapäälle laskettu käsi voi joskus auttaa parhaiten. (Salo & Hagelberg 2018.)

#### **5.4 Haavanhoito ja kipu**

Haavan aiheuttama kipu on yleensä kudosaaurio- ja tulehduskipua eli nosiseptiivista ja inflammatorista (tulehdukseen kuuluva) kipua. Kroonisissa haavoissa voi myös esiintyä neuropaattista eli hermovauriokipua. Kipuun vaikuttavat kipuaistimus, kipukokemus, käyttäytyminen, geneettinen rakenne, ahdistus, odotukset, pelot, kokemukset, käsitykset, tunteet, kulttuuri, huomio ja tajunta sekä ennen kaikkea hoito. Kokemus on yksilöllinen ja perustuu kivunmittaamiseen. (Järves & Kontinen 2018, 97-98.) Kivun kokemiseen voi vaikuttaa myös ikä, sukupuoli, koulutus, mielenterveys, masennus ja erilaiset ympäristöön liittyvät tekijät kuten ajoitus, menettelytavat ja resurssit. (Paschou ym, 2019, 17.)

Kipua voi aiheutua levossa tai se voi esiintyä jatkuvasti, koskettaminen, liikuttaminen ja hoitotoimenpiteet voivat olla kipua aiheuttavia tekijöitä. Potilaalta on hyvä kysyä kipua arvioidessa myös tarkentavia kysymyksiä; missä tilanteessa kipu ilmenee? Mikä sitä pahentaa? Mikä lievittää? Onko vuorokausi vaihtelua? Häiritseekö se esimerkiksi unta tai muita toimintoja? Voimakkuutta voidaan mitata eri mittarein. Kipu mitataan aina ennen ja jälkeen toimenpiteitä ja lääkitystä lähdetään muuttamaan matalalla kynnyksellä. Kipu ja sen hoito kirjataan osana haavanhoitoa. (Järves & Kontinen 2018, 98-101.)

Haavakipua hoidetaan kipulääkityksen lisäksi lääkkeettömillä hoitomuodoilla. Potilasta informoidaan, sillä tieto vähentää ahdistusta ja kipua. Asentohoitojen ja tukisidonnan avulla vähennetään turvotusta, raajan riiputtamisella alaspäin voidaan vähentää iskeemistä kipua. Haavansidos materiaalit tulee valita ja käyttää oikein, ylläpidetään kosteutta ja lämpötilaa, sidokset pysyvät paikallaan, kostutetaan sidokset ennen poistamista. Käsitellään haavaa hellävaraisesti. Lääkkeettömistä hoitomuodoista sopivia voi olla rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset ja esimerkiksi musiikki voivat lievittää kipua. Erilaisista fysikaalisista hoidoista voi myös olla apua. (Järves & Kontinen 2018, 102.)

Potilaat voivat olla herkkiä pienellekin kosketukselle ja sidosten vaihto voi aiheuttaa sietämätöntä kipua. Tarttuvat sidokset voivat lisätä kipua ja traumaa, kun sidoksia vaihdetaan toistuvasti ja samalla kiskotaan alla olevia epidermisiä ja/tai dermaalisia soluja, sekä stimuloidaan tulehtunutta kudosta ja vahingoitetaan jo granuloitunutta kudosta. Tulisi siis valita sidokset, jotka minimoivat haavan vahingoittumista, kipua ja potilaan stressiä. Pehmeillä silikonivaahdoilla päällystetyt sidokset vähentävät kipua sidosten poiston yhteydessä verrattuna tavallisiin tarttuviin vedenkestäviin polyuretaanivaahdoista sidoksiin. Pehmeät silikonisidokset irtoavat aiheuttamatta traumaa haavalle tai sitä ympäröivälle iholle. On olemassa erityyppisiä pehmeitä silikonisidoksia, kuten autraumaattiset yksipuoliset sidokset, imukykyiset sidokset tiheille haavoille ja sidokset hypertrofisille arville sekä keloideille. (Paschou ym. 2019, 19.)

Stavroulan ym. (2019) tutkimuksen mukaan kipu selvästi vähentyi, kun käytettiin pehmeitä silikonisidoksia, jotka sisälsivät hopeaa, myös poiston yhteydessä kipu vähentyi. 81% tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että kipu oli voimakkaimmillaan useimmiten juuri sidosten poiston yhteydessä. Valitsemalla

autraumaattisia sidoksia pystyttiin vähentämään kipua ja traumaa. Myös sidokset, joiden pinnassa on kipulääkettä voivat vähentää sidosten vaihdon aiheuttamaa kipua. Halvempien, mutta traumaattisempien sidosten käyttö epäasianmukaisesti voi heikentää haavan paranemista ja lisätä kuluja. (Paschou ym. 2019, 19.)

Yhteenvedona, on tärkeää tunnistaa hyvän sidoksen ominaisuudet oikeanlaista sidosmateriaalia valittaessa. Sidosten poiston yhteydessä kipua voidaan ehkäistä käyttämällä runsaasti keittosuolaa tai vettä. Poistoon tulisi varata tarpeeksi aikaa ja tarvittaessa voidaan käyttää sidosten poistoon tarkoitettua ainetta. Joskus vanhasta sidoksesta voi jäädä haavalle jäänteitä, jotka heikentävät uuden sidoksen tarttumista, joten iho on huuhdeltava hyvin ennen uuden sidoksen asettamista.

Vedenkestäviä "nauhoja" voidaan hyödyntää haavojen reunojen suojaamisessa.

Myös ihonsuoja voiteita kannattaa käyttää tarpeen mukaan. (Paschou ym. 2019, 19.)

Haavan paikallinen hoito aiheuttaa yleensä kipua. Haavan puhdistuksessa tulee kiinnittää huomiota tehokkaaseen kivunlievitykseen. Potilas tulee ottaa mukaan hoidonsuunnitteluun ja huomioida potilaan kokemuksia ja toiveita. Rauhallinen ympäristö, kiireetön keskustelu, kuulluksi tuleminen ja hoidon tavoitteiden selkeyttäminen auttavat kivun hoidossa. Potilaan ohjauksessa on tavoitteena vahvistaa potilaan luottamusta hoitajaan. Kerrotaan mahdollisuudesta keskeyttää hoito tai lisätä kipulääkitystä. Kipulääkkeen annostelu on syytä aloittaa tarpeeksi ajoissa, jotta se ehtii vaikuttaa. Suun kautta otettavat lääkkeet tulisi annostella 30-60 min ennen hoitotoimenpidettä. Paikallisesti vaikuttavien puudutteen tulisi vaikuttaa jopa tunnin ajan. Kotisairaanhoidossa voi arvioida, pystyykö potilas ottamaan itse lääkkeen ennen toimenpidettä, vai vaatiiko kivunhoito oman käyntinsä. Jos hoito aiheuttaa runsaasti kipua, haava on suuri tai potilas pelkää, tulisi miettiä pitääkö haavanhoito toteuttaa poliklinisesti. (Järves & Kontinen 2018, 103-104.)

Pienen haavan lievää kipua hoidettaessa voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. Toimenpidekivunhoidossa voidaan käyttää puudutusta paikallisesti annosteltavilla puuduteaineilla. Kohtalaisen kivun hoitoon voidaan käyttää peruslääkkeenä tulehduskipulääkettä tai parasetamolia. Tarvittaessa voidaan ottaa

käyttöön heikko tai keskivahva opioidi. Toimenpidekipunhoitoon sopii paikallisesti annosteltava puuduteaine ja vahva opioidi. Vaikeassa kivussa peruslääkkeenä voidaan käyttää myös parasetamolia tai tulehduskipulääkettä, heikkoa tai vahvaa opioidia. Tarvittaessa otettava kipulääke voi olla vahva opioidi ja toimenpidekipunhoidossa puudutus tai jopa sedaatio/yleisanestesia (sairaaloissa). (Järves & Kontinen 2018, 104-107.)

Opioidien käytössä tulee kiinnittää erityishuomiota potilaan tarkkailuun. Erilaisia tulehduskipulääkkeitä ei kannata käyttää yhdessä, vaan käyttää vain yhtä valmistetta kerrallaan sallitulla enimmäisannoksella mahdollisimman lyhyen ajan. Puudutteiden käytössä haasteita ovat suuret puuduteainemäärät laajoille alueille, puudutteiden vaikutusaika ja syvissä haavoissa riittämätön puutuminen. Puuduteaineiden (salva) enimmäisannoksia ei ole tutkittu vielä tarpeeksi, mutta yleisesti on suositeltu puuduteaineen käyttöä enintään kerran vuorokaudessa ja enintään kolmen potilaan kämmenen kokoisen alueen verran. (Järves & Kontinen 2018, 104-107.)

On yleistä, että haavoilla kasvaa jokin bakteeri. Se ei kuitenkaan välttämättä estä haavan paranemista eikä vaadi antibioottihoitoa, ellei tulehdukseen viittäviä oireita löydy. Tulehduksen oireita ovat kuumotus, punoitus, turvotus ja kipu haavassa. Märkäinen erite tai haavan laajeneminen voivat olla tulehduksen oireita. Jos potilaalla on yleisoireita kuten kuumetta tai yleistä huonoa oloa, voi kyse olla vakavasta tulehduksesta, joka vaatii sairaalahoitoa. (Viljamaa & Vaalasti 2014.)

## 6 HYVÄN OPPAAN TUNTOMERKIT

Oppaita, ohjeistuksia ja tietopaketteja tuottaessa on tärkeää olla lähteiden suhteen kriittinen. On mietittävä tarkkaan, mistä tieto hankitaan. Kirjallisuuden, lakien asetusten, suositusten, artikkelien ja konsultaatioiden tulee täyttää tieteellisesti tutkitun tiedon kriteerit. (Vilkka & Airaksinen 2003, 53.)

Opinnäytetyössä käytetyn teorian tiedon eli lähteiden luotettavuus perustuu tutkittuun tietoon, alan tieteellisiin sivustoihin kuten, JBI suositukset, Medic, Cinahl ja PubMed, Käypä hoito -suositukset, alan tietokirjallisuuteen, lääke- ja hoitotieteen julkaisuihin, artikkeleihin sekä tutkimuksiin.

Kirjallisen tuotoksen kriteerejä ovat tuotteen uutuus, käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä. Teoria ja asiasisältö on informatiivista ja kohderyhmälle oikeanlaista sekä sopivaa. Tuote on houkutteleva, selkeä ja johdonmukainen. (Vilkka & Airaksinen 2003,53.)

### 6.1 Kirjallinen ohjausmateriaali

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan kirjallisia oppaita -ja ohjeita, jotka ovat erilaisiin tarkoitukseen tuotettuja. Kirjalliset ohjausmateriaalit voivat olla monisivuisia oppaita tai kirjasia. Ne voivat olla myös lyhyempiä yhden sivun kokoisia lehtisiä tai ohjeita. Kirjallisen ohjausmateriaaliin tulee olla kieliasultaan ymmärrettävä ja sopiva sille asiakaskunnalle, jolle se on kirjoitettu (Kyngäs ym. 2007,125.)

Hyväksi kirjallisen ohjeen tekee ohjeiden selkeys, ymmärrettävyys. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan, kenelle ohjeistus on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Opetettavaa tietoa ei saisi olla liikaa, vaan asiasisältö tulisi esittää vain pääkohdittain. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Kirjallisen ohjeen ulkonäön tekee helppolukuiseksi luettava kirjasintyyppi, tarpeeksi iso kirjasimen koko, selkeä tekstin asettelu ja jaottelu. Kuvien, kuvioitten, kaavioitten sekä taulukkojen avulla voidaan lisätä ymmärrettävyyttä ja herättää mielenkiintoa. Tärkeitä asioita voidaan painottaa alleviivaamalla, värityksin tai muilla korostuskeinoilla. Termien ja sanojen, joita käytetään, tulee olla tuttuja,

konkreettisia sekä yksiselitteistä. Mieluusti käytetään aktiivimuotoa kirjoituksessa. (Kyngäs ym. 2007, 126-127.)

Opasta tai ohjetta laatiessa tulee ottaa huomioon, missä teksti on tarkoitettu julkaistavaksi ja mistä asiakkaat sitä lukevat, näyttöruudulta vai paperisena versiona. Ruudulta lukeminen on erilaista kuin paperiversion, joten tekstin on oltava selkeää, virkkeiden ja kappaleitten lyhyitä. On otettava huomioon tekstin asettelu ja näkyvyys myös, kun tulostetaan opas paperisena versiona. Oppaan sanastoa mietittäessä tulee muistaa, mille asiakasryhmälle opas/ohje on suunnattu. Sanaston tulee olla yleiskieltä, selkeää ja ammattisanastoa tulee välttää (Eloranta & Virkki 2011,76.)

## 7 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Ohjaus on tiedon antamista, neuvontaa, sekä opetusta. Ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävänä on ohjata potilaita ja heidän läheisiään. Ohjausta toteutetaan suunnitellusti. Ohjauksen tarkoituksena on tukea ja auttaa potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustaa potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Hyvän ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta saavuttamaan hoidolle asetetut tavoitteet, sekä tukea potilaan kotona selviytymistä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5-6.)

Ohjauksen onnistuminen rakentuu riittäville taustatiedoille potilaasta. Hoitajan on tiedostettava myös omat taustatekijänsä sekä niiden vaikutus ohjaussuhteen syntymiseen ja sen etenemiseen. Ohjauksen perustuminen hoitajan ja potilaan yhteiseen näkemykseen hoidosta auttaa asiakasta sitoutumaan hoitoonsa. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Ohjaus on hoitajan ja potilaan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, ja se on myös sidoksissa heidän taustatekijöihinsä fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Nämä muodostavat todellisuuden, jota asiakas elää ja missä hän toteuttaa hoitoaan. Ohjaustarve on erilainen, oli kyseessä lapsi, nuori, aikuinen tai ikääntynyt ihminen. Ikääntyneitä ohjattaessa on otettava huomioon erilaiset haasteet fyysiset rajoitteet, esimerkiksi rajallinen näkökyky tai kuulon aleneminen tai muistihäiriöitä. Ikääntynyt saattaa tarvita hoidon ydinasioihin painottuvaa lyhyttä sekä usein toistuvaa ohjausta. Taasen kivuliasta sairautta sairastava asiakas ei kiputilan ollessa päällä kykene ottamaan vastaan kuntoutukseen liittyvää ohjausta, koska hänen senhetkinen ohjaustarpeensa liittyy kivunhallintaan. Ohjausta annettaessa onkin kyettävä asettamaan asiakkaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen ja ajateltava, mitä asioita asiakas kulloinkin on valmis oppimaan. (Kyngäs ym. 2007,27-30.)

Psyykkiset tekijät, jotka vaikuttavat ja on otettava huomioon ohjauksessa, ovat käsitys omasta terveydentilasta, odotukset, mieltymykset, tarpeet, kokemukset, oppimistavat –ja valmiudet ja motivaatio. Tiedon puute eri vaihtoehtoista vaikeuttaa asiakkaan päätöksiä ja ratkaisuja. Näin ollen hoitajalta odotetaan oma-



aloitteellisuutta sekä herkkyyttä antaa tietoa ja ohjeistusta asiakkaalle. (Kyngäs ym. 2007,32-33.)

Sosiaaliset taustatekijät, jotka ovat merkityksellisiä koostuvat eettisistä, kulttuuriperusteisista, etnisistä, sosiaalisista ja uskonnollisista toimintaan vaikuttavista tekijöistä. Omaiset ja perhe voivat olla ensiarvoisen tärkeitä asiakkaalle ja on selvitettävä, toivooko asiakas omaisia ohjattavan myös heidän kuuluessaan asiakkaan tukiverkoston. Hoitoympäristössä olevat tekijät, ihmissuhdeympäristö, hoitotyön kulttuuri ja fyysinen ympäristö voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen heikentävästi tai tukea ohjausta. Ohjaukseen vaikuttava, psyykkiseen ilmapiiriin kuuluva osatekijä on kiire ja ajan vähyys. Tämä vaikuttaa negatiivisesti vuorovaikutuksen laatuun. Asiakkaan aistiessa hoitajan kiireen hänelle voi tulla tunne, ettei hänen asiaansa kunnioiteta, jolloin keskustelu jää aloittamatta ja kysymykset jäävät kysymättä (Kyngäs ym.2007 ,34-37.)

Vuorovaikutus ihmisten välillä on sanallista tai sanatonta, yli puolet viestinnästä on sanatonta. Kehon kieli, eleet, ilmeet ja teot ovat sanatonta viestintää, joka voi olla tiedostamatonta tai tiedostettua. Sanattomalla viestinnällä pyritään tukemaan, täydentämään, kumoamaan, painottamaan joskus korvaamaan sanallista viestintää. (Kyngäs ym. 2007,39.)

Ohjaustilanteen eteneminen perustuu hoitajan ja potilaan väliseen tasa-arvoiseen ja vuorovaikutukselliseen suhteeseen. Jokainen ohjaus suhde on ainutlaatuinen. On tärkeää tietää ja tunnistaa, mitä asiakas tietää ohjattavasta asiasta, mitä hän haluaa tietää ja mikä on paras tapa asiakkaan omaksua asioita. Hoitajan tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä selvittää potilaan toiveita ja odotuksia kysymyksiä esittäen. Hoitajan tulee myös rohkaista ja ymmärtää potilasta osoittamalla aitoa kiinnostusta ja arvostusta potilaan asioita kohtaan. Hoitajan tulee ilmaista asiansa ja ajatuksensa selkeästi ja tuoda/välittää riittävästi tietoa potilaalle. Potilaat odottavat hoitajalta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta, niissäkin vuorovaikutustilanteissa, joissa he tietävät ajattelevansa eri lailla kuin hoitaja. (Kyngäs ym. 2007,47- 48.)

Motivoiva ohjaus pohjautuu empatian osoittamiseen, ristiriidan tuottamiseen, vastarinnan myötäilyyn, väittelyn välttämiseen sekä pystyvyyden tunteeseen.

Motivoivassa ohjauksessa käsitellään potilaan terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan ja nykyisen toimintatavan välistä ristiriitaa. (Kyngäs 2007, 49.)

Ohjaustilanteen suullista viestintään voidaan täydentää kirjallisella potilasohjeella, jolloin ohjauksen sisältö muistetaan todennäköisemmin paremmin. Kirjalliseen ohjeeseen voidaan palata myöhemmin potilaan voimavarojen ja ajan mukaan. Tämä mahdollistaa ohjeiden soveltamisen omaan elämään. (Eloranta & Virkki 2011,74.)

Terveyden huollon ammattilaisen ohjatessa potilasta, joka kärsii pitkäaikaisesta kivusta, haasteet psykologisesti ovat osittain samanlaiset hoitajallakin. Hoitaja kohtaa samanlaisia tunteita, kysymyksiä ja psyykkisiä kuormitustekijöitä kuin potilaskin. Hoitaja joutuu kohtaamaan ja kantamaan epätietoisuuden, turhautumisen ja avuttomuuden tunteita. Hoitajan tehtävä on ylläpitää toivoa ja kehittää kärsivällisyyttä, pitkäjänteisyyttä ja armeliaisuutta. (Salo & Hagelberg 2018.)

Hoitajan on huolehdittava, että omassa elämässä on riittävästi vastapainoa kivun hoidolle ja ohjaukselle pystyäkseen itsekin opettelemaan suuntaamaan tarkkaavaisuutensa hyödyllisiin asioihin. Hyvää mieltä tuottavien asioiden ja liikunnan lisääminen auttaa hoitajaa ja sitä kautta myös kivusta kärsivää potilasta. Tämä edesauttaa potilaan kohtaamista neutraalisti ja mahdollisimman luontevasti, kun auttava hoitaja on myös hyväksynyt potilaan pitkäaikaisen kivun luonteen sekä tavoitteet. (Salo & Hagelberg 2018.)

Annetun ohjauksen kirjaaminen on olennainen osa hoitotyötä, auttaen välttämään päällekkäistä ohjausta ja varmistaen hoidon jatkuvuuden. On hyvä kirjata myös potilaan itsensä kuvailema kokemus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää potilasasiakirjoihin kirjattavan potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan. (Eloranta & Virkki 2011,27.)

## 8 POHDINTA

Tässä osiossa pohditaan projektia kokonaisuutena ja arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutumista, sekä tekijöiden omaa oppimista projektin toteuttamisen aikana. Tässä osiossa käsitellään myös projektin eettisyyttä ja luotettavuutta sekä pohditaan mahdollisia jatkotutkimusideoita.

### 8.1 Projektin ja oman oppimisen arviointi

Kohdeorganisaatioksi valittiin JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän kotiutustiimi, koska toisella tekijöistä on työkokemusta kyseisestä organisaatiosta ja molemmilla tekijöillä löytyy työkokemuksia kotihoidosta. Kivunhoito-opas valikoitui aiheeksi sen ajankohtaisuuden, tekijöiden mielenkiinnon ja tilaajan tarpeen vuoksi. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin ottamalla yhteyttä tilaajaan ja tekijät tarjosivat ideaa kivunhoito oppaan toteuttamisesta tilaajaan tarpeiden mukaisesti. Tavoitteiden pääsemiseen ja toteutuksen arviointia varten käytettiin Swot-nelikenttä-analyysiä. Työn vahvuuksiksi koettiin aiheen kiinnostavuus, tekijöiden työkokemus kotihoidosta ja että, aiheesta löytyy runsaasti tietoa. Heikkouksina mainittiin aiheen laajuus, oleellisen tiedon rajaaminen ja aikataulun toteutuminen. Mahdollisuuksiksi koettiin oppaan hyöty tilaajalle ja mahdollisuus hyödyntää sitä muissakin yksiköissä. Uhkina katsottiin olevan etäisyys tilaajaorganisaatioon sekä se, ettei opasta otettaisi käyttöön.

Tekijät kokivat itse aiheen kiinnostavaksi ja myös työelämässä oli tullut esiin tilanteita, joissa oli käynyt ilmi, että tietoa sekä ohjeistusta kivunhoidosta tarvitaan käytännön työssä lisää. Kiinnostus aiheeseen säilyi koko työn tekemisen ajan, ja tekijät saivat laajasti lisää tietoa kivusta ja kivunhoidon eri menetelmistä opinnäytetyön tekemisen aikana. Tekijöiden työkokemuksesta kotihoidossa oli hyötyä oppaan sisältöä suunnitellessa ja osattiin arvioida sisältöä kotihoidossa työskentelyn näkökulmista. Tekijät antoivat sisällöstä ehdotuksia tilaajalle, jotka olivat kipu, kivunhoito, kivun arviointi, seuranta ja kirjaaminen, lääkkeetön ja lääkkeellinen kivunhoito ja ohjaus hoitotyössä. Kotiutustiimin asiakasryhmistä, jotka olivat iäkkäät, monisairaant ja muistisairaant sekä saattohoitoa tarvitsevat asiakkaat. Tilaajan mielestä sisältö oli kattava, mutta muistutti, että opas tulisi tehdä

kotihoidon näkökulmasta omien erityispiirteidensä takia, esimerkiksi että, kaikki hoitomenetelmät eivät ole aina mahdollisia kotioloissa. Lisäksi tilaaja ehdotti haavanhoitokivun mukaan ottamista oppaaseen. Tilaajan mielestä oppaan sisältö täytti kotiutustiimin tarpeet ja hyväksyi ne lopullisesti tutkimussuunnitelman yhteydessä.

Vahvuudeksi koettiin myös se, että kivusta ja kivunhoidosta löytyi hyvin laajasti tutkittua tietoa ja erilaista kirjallisuutta kivunhoidosta sekä suomeksi että englanniksi. Haastavaksi tiedon etsinnän kannalta koettiin, kotihoitoon ja nimenomaan kotiutustiimiin liittyvien kivunhoidon tutkimuksien löytyminen. Haasteena oli myös löytää englanninkielistä vastinetta sanalle kotiutustiimi. Teoriatietoa analysoidessaan tekijät huomasivat, kuinka pienelle osuudelle kivun kirjaaminen sekä kivun hoidon systemaattinen arviointi ja seuranta usein jäivät käytännön työssä eri tutkimusten mukaan.

Aiheen laajuus ja tiedon rajaaminen arvioitiin heikkoutena ja se koettiin työtä tehdessä haastavimpana asiana. Tietoa löytyi runsaasti ja oli valikoitava vain oleellinen, tätä opinnäytetyötä ajatellen tärkeä tieto. Tämän takia tekijät pyrkivätkin pitämään mielessään koko prosessin ajan työn punaisen langan eli kivunhoidon kotiutustiimissä. Kivunhoito liittyy moneen eri sairauteen ja tarkoituksena oli kuitenkin saada juuri kotiutustiimin työntekijöitä ja sitä kautta heidän asiakkaitaan hyödyttävä opas.

Mahdollisuutena koettiin, että oppaasta olisi hyötyä tilaajalle ja mahdollisesti myös muille yksiköille kuten esimerkiksi kotihoidolle. Tätä on vielä vaikea arvioida, koska opasta ei vielä olla otettu käyttöön. Tekijät kuitenkin uskovat, että oppaasta olisi hyötyä tilaajalle kyselylomakkeesta saadun palautteen perusteella.

Uhkana koettu välimatka tilaajan ja tekijöiden kanssa ei toteutunut, vaan nykyteknologian avulla yhteydenpito sekä palautteen kysyminen ja antaminen toimi hyvin. Tilaajaan oltiin yhteydessä sähköpostitse ja puhelimen välityksellä. Lisäksi uhkana koettiin, se ettei opasta otettaisi käyttöön, mutta tätäkin on vielä tässä vaiheessa hankala arvioida.

Projektin suunnittelu aloitettiin marras-joulukuussa 2018 tilaajan hankkimisella ja aiheen valinnalla. Aihelupa saatiin tammikuussa 2019, jonka jälkeen tehtiin tutkimussuunnitelma ja aloitettiin teoriatiedon kerääminen. Teoriaa kerättiin

joulukuulle 2019 saakka. Opaslehtinen tehtiin tammi-helmikuun 2020 aikana. Työn heikkoutena koettiin aikataulussa pysyminen ja aikataulussa olikin hieman viivästymistä, koska alun perin työ oli tarkoitus esittää jo tammi-helmikuussa 2020. Opinnäytetyötä tekijät tekivät yhdessä sekä erikseen jakamalla eri tehtäviä keskenään, jolla ajankäyttöä pyrittiin tehostamaan. Tekijät ovat kuitenkin tyytyväisiä työn aikatauluun, vaikka se hieman viivästyikin alkuperäisestä suunnitelmasta.

Opinnäytetyötä tehdessä tekijät miettivät omaa työskentelyään hoitotyössä kriittisemmin ja onko siinä esimerkiksi huomioinut riittävästi näyttöön perustuvaa tietoa. Ajatuksia herätti myös haavanhoitokivun riittävä hoito ja lääkitys haavanhoito toimenpiteiden aikana. Tekijöiden mielestä haavanhoitokivun hoitoon tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Tekijöiden käsitys myös kivunhoidon kokonaisvaltaisuudesta lisääntyi työn tekemisen aikana. Esimerkiksi siitä, kuinka tärkeä osa asiakkaan ohjaaminen kivunhoidossa on ja miten erilaisia kirjallisia materiaaleja voidaan ohjauksessa hyödyntää. Tekijöiden omat kokemukset kipumittareiden käytöstä ovat melko vähäisiä ja tekijät pohtivatkin, että opinnäytetyön tekeminen mahdollisesti lisää mittarien käyttöä jatkossa omassa käytännön hoitotyössä.

Päätöksien tekeminen oli jatkuvaa projektin eri vaiheissa. Parityöskentelyssä opittiin jakamaan vastuuta ottaen molempien tekijöiden mielipiteet huomioon. Parityöskentelyllä oli myös voimaannuttava ja motivoiva vaikutus. Tekijät löysivät itsestään uusia vahvuuksia ja heikkouksia opinnäytetyötä tehdessään. Opinnäytetyön ohjaajalta saatiin rakentavaa palautetta, jonka avulla opinnäytetyötä saatiin vietyä eteenpäin ja parempaan suuntaan. Oppaan tekeminen koettiin ajoittain melko työläänä ja pitkänäkin prosessina, mutta kuitenkin enemmän avartavana ja opettavaisena kokemuksena. Koulussa opitut hoitotieteelliset opinnot tulivat käyttöön opasta tehdessä.

Oppaan arviointia varten tehtiin kyselylomake kotiutustiimin työntekijöille, jonka avulla saatiin palautetta oppaasta. Oppaan tekemisen tavoitteena oli kehittää kivunhoidon laatua, turvallisuutta ja sujuvuutta. Opasta pyrittiin tekemään nämä tavoitteet huomioiden.

Oppaasta saatiin positiivista palautetta tilaajalta kivun kirjaaminen osiosta ja siitä, että oppaassa tuotiin esille, ettei kivuttomuus ole aina mahdollista ja kivunhoidon tulee olla kokonaisvaltaista. Oppaassa oli kotiutustiimin työntekijöiden mukaan hyvää tietoa ja he kokivat oppaan tarpeelliseksi. Tuotiin esiin, että asiaa oli paljon, mutta se oli hyvin tiivistetty ja “aina kun, luuli että jokin puuttuu, se tuli myöhemmin esiin.” Ulkonäöstä oli erinäisiä mielipiteitä.” Oppaassa olleet kuvat koettiin positiivisena asiana. Joku koki oppaan ulkoasun hyväksi ja selkeäksi, ja että sitä oli miellyttävä lukea. Mutta joku oli taas sitä mieltä, että ulkoasun tulisi olla yhtenäisempi ja että, se oli rikkonainen. Palautetta tuli myös, siitä että, kun oppaan tulosti, ulkoasu muuttui. Oppaan oli tarkoitus olla sähköisessä muodossa saatavuuden helpottamiseksi, palautteen perusteella työ muutettiin kuitenkin pdf-muotoon, jotta ulkoasu säilyisi paremmin myös tulostettaessa.

Oppaassa huomattiin kirjoitusvirheitä, jotka korjattiin palautteen saamisen jälkeen. Sanamuotojen vaihtelua koettiin tekevän oppaasta sekavan. Tällä tarkoitettiin sanoja krooninen kipu ja pitkäaikainen kipu. Oppaaseen päätettiin ottaa käyttöön krooninen kipu, ja se pysyy samana koko oppaassa. Toivottiin, että myös fysioterapeutit lisättäisiin työhön, koska he kuuluvat tärkeänä osana kotiutustiimiin. Tekijät päättivätkin lisätä työhön fysioterapeutit lähihoitajien ja sairaanhoitajien lisäksi. Koska kivun vaikutuksia fyysiseen toimintakykyyn ei oppaassa nostettu omaksi otsikokseen, koettiin että, se oli jätetty pois. Kivun vaikutuksista fyysiseen toimintakykyyn kerrotaan oppaassa, mutta sitä ei otettu omaksi otsikokseen koska sitä käsitellään yleisesti oppaassa. Tekijöiden mielestä, on tärkeä nostaa kivun vaikutukset psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn omaksi otsikokseen, koska se jää usein vähemmälle huomiolle.

Palautteessa lähteeksi ehdotettiin Helena Mirandan – Ota kipu haltuun kirjaa

(2016), Oppaaseen otettiin kyseisestä kirjasta tietoa musiikin vaikutuksista kipuun, koska siitä oli työssä ennestään melko vähän tietoa. Tekijät päättivät, etteivät ota kirjaa enempää käyttöön, koska vastaavanlaisia lähteitä työstä jo löytyy ja lähteitä on opinnäytetyössä niin kattavasti. Tilaajan antama lähde oli kuitenkin tekijöiden mielestä hyvä, ja sieltä löytyi paljon hyödyllistä tietoa kivusta. Lääkkeettömien menetelmien esteistä ja vaikuttavuudesta kaivattiin kattavammin tietoa. Toivottiin, että kaikki vaihtoehdot esitettäisiin samalla tavalla. Tekijät muokkasivat palautteen perusteella lääkkeettömien menetelmien esittelyä. Palautteessa kyseenalaistettiin,

onko haavanhoitotuotteiden esittely työssä tarpeellista. Tekijät kuitenkin päättivät, että, koska tutkimustieto osoittaa haavanhoitotuotteiden valinnalla oleva suuri vaikutus haavanhoitokipuun, tuotteiden mainitseminen on tarpeellista. Työssä ei kuitenkaan mainita tuotemerkkejä, vaan kuvaillaan minkälaiset tuotteet vähentävät kipua haavan hoidon yhteydessä. Oli myös ehdotettu, että saattohoito siirrettäisiin oppaan loppuun ja tekijät toteuttivat ehdotuksen, koska se tuntui luonnolliselta.

Joku kaipasi kipulääkkeisiin mainittavan masennuslääkkeiden ja tulehduskipulääkkeiden yhdistelmää. Oppaaseen on avattu kivun lääkehoidon portaita, mutta palautteen perusteella sinne lisättiin myös tukilääkkeinä käytettävät lääkkeet, joihin kuuluu myös masennuslääkkeitä. Oppaassa haluttiin käsitellä lääkehoitoa melko lyhyesti ja yksinkertaistetusti, ettei opinnäytetyö menisi liikaa lääketieteen tai farmasian puolelle.

Tilaja koki oppaan olevan hyvä sellaisenaan, mutta jos sitä haluaa tiivistää voisi yleistä tietoa kivusta ja sen tyypeistä lyhentää. Palautteessa tuli ilmi, että hoitajat kokivat, ettei tämä tieto olisi niin tarpeellista oppaassa, ainakaan niin yksityiskohtaisesti. Tärkeämpänä koettiin kivunhoidonmenetelmät, yhteistyötahot, ja kivun arviointi sekä seuranta. Palautteen perusteella yleistä tietoa kivusta lyhennettiin, muttei jätetty pois kokonaan, koska tekijät olivat sitä mieltä, että yleinen tieto kivusta ja kivun tyypeistä on tärkeää sen hoidon kannalta.

Tekijät ovat tyytyväisiä opinnäytetyön lopputulokseen ja oppaaseen. Tilajalta saatu palaute auttoi muokkaamaan oppaasta selkeämmän ja enemmän tilaajan tarpeita vastaavan. Palaute oli tekijöiden mielestä rakentavaa ja sitä oli sen verran paljon, että työtä pystyttiin hyvin arvioimaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda opas kotiutustiimin tarpeisiin ja tekijöiden mielestä tavoitteeseen päästiin.

## **8.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimusetiikan periaate ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohta on tutkimuksen hyödyllisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja hyödyllinen työskennellessä sairaanhoito- ja terveydenhuoltoalalla. Aihe on myös tekijöitä itseään kiinnostava ja tärkeä heidän opiskellessaan sairaanhoitajiksi. Työn tilaajalla oli tarvetta kivunhoito-oppaalle, joten työ on hyödyllinen tilaajalle sekä työn tekijöille. Tilaja organisaatiolta on

saatu lupa työhön ja lupa mainita tilaajaorganisaation nimi työssä. Työstä on tehty tutkimussuunnitelma, jonka työntilaaaja sekä opinnäytetyön ohjaaja ovat hyväksyneet.

Tutkimusetiikka määritellään normatiiviseksi etiikaksi, joka sisältää oikeat säännöt, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkijoille on kiteytetty kahdeksan eettistä vaatimusta: Älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatin harjoittamisen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212). Opinnäytetyötä tehdessä näitä pyrittiin noudattamaan. Opinnäytetyön tekemiseen on haettu ja saatu asianmukainen lupa koululta. Opinnäytetyönä tehtävä opas ei sisällä kenenkään henkilötietoja, eikä näin ollen loukkaa kenenkään anonymiteettiä.

Tutkimus etiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäiseen tutkimusetiikkaan kuuluu tieteenalan luotettavuus ja totuudellisuus. Perusvaatimuksena on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä, sekä tiedeyhteisön sisäiset säännökset. Tieteen kriittisyys vaatii omien toimintatapojen ja perusteiden arviointia erilaisista näkökulmista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Tekijöiden käyttämät lähteet ovat tutkittua ja ajantasaista tietoa, jolloin tietoa ei luoda tyhjästä, eikä myöskään kopioida toisten tekstiä. Merkitsemällä tekstissä käytetty lähde todistetaan alkuperäisen kirjoittajan nimi. Oppaassa on käytetty sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia ja hoitotieteellisiä artikkeleita. Lähteinä on myös käytetty alan kirjallisuutta. Lähteet on etsitty terveysalan keskeisiä tietokantoja käyttäen, kuten Medic, Cinahl, Duodecim, PubMed, Google Scholar, Terveysportti ja Joanna Briggs Institute. Oppaassa käytetyt kuvat ovat itse otettuja tai otettu Pixabay kuvituspalvelusta, josta kuvia saa käyttää vapaasti ilman tekijän lupaa.

Lähdemateriaali on rajattu viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyihin tutkimuksiin, jotta oppaassa käytetty tieto olisi mahdollisimman ajankohtaista. Muutamia vanhempia lähteitä työstä löytyy, mutta ne eivät koske kivunhoitoa koskevaa teoriaa, vaan teknistä teoriatietoa oppaan tekemisestä ja hoitotyön ohjaamisesta. Uudempaa tietoa tästä oli vain vähän tarjolla tai tieto ei ollut vuosien aikana muuttunut. Tietoa on kerätty kahden tekijän toimesta, jolloin kerättyä tietoa



on voitu analysoida kahdesta eri näkökulmasta ja tietoa on pystytty hakemaan myös näin laajemmin.

Tieteen ulkoiseen etiikkaan kuuluu, miten asiaa tutkitaan sekä kuinka alan ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaa. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet perustuvat Helsingin julistukseen, joka sopii hyvin hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Helsingin julistus on myös kansainvälisesti hyväksytty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Mikään ulkopuolinen taho ei vaikuta tekijöihin, tekijät eivät saa taloudellista hyötyä opinnäytetyönä tehdystä oppaasta.

Tieteellisen tiedon kriteerit ovat julkisuus, perustelevuus, objektiivisuus, eettisyys ja kommunikoivuus (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 22). Julkisuuden kriteeri toteutuu, kun opinnäytetyö ja opas julkaistaan korkeakoulun Theseus-tietokannassa. Objektiivisuuden kriteeri toteutuu, kun tekijät käyttävät omia mielipiteitään ainoastaan pohdinta osuudessa. Perustelevuuden kriteeri toteutuu, kun työhön on merkitty oikeaoppisesti lähteet sekä alkuperäiset kirjoittajat tekstiin sekä lähdeluetteloon. Kommunikoivuus tulee työssä esille, siten että, opinnäytetyössä on käytetty selkeitä käsitteitä ja vieraammat käsitteet on työssä selitetty. Opinnäytetyö on tehty yhteisymmärryksessä tilaajan kanssa, ja sisältö sekä tavoitteet ovat yhdessä asetettuja.

### **8.3 Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimusaiheina olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus kivunhoidon laadusta kotihoidossa ja kotiutustiimissä, liittyen kivun arviointiin, seurantaan, hoitoon ja hoidon vaikutuksiin. Jatkotutkimusaiheena voisi myös tutkia haavanhoitokivun hoitoa ja hoidonlaatua, vertailemalla hoitoa kotihoidon asiakkaiden ja laitoshoidossa olevien asiakkaiden välillä.

## LÄHTEET

Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. SIC - lääketietoa fimeasta. 2015,4. Viitattu 21.11.2019.

Saatavilla: [https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin](https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin)

Cambell, C., Kelly, M. & Rovnyak, V. 2017. Pain management in home hospice patients: A retrospective descriptive study. Nursing and Health Sciences 2017, 19, 381-382, 386. Viitattu 22.10.2019. Saatavilla: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12359> (Maksullinen tietokanta)

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. 27, 74, 76. Latvia. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen - Julkunen, K & Åstedt-Kurki, P. 2012, 22,25-26. Hoitotiede. 4.uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

ETENE, 2015. Lausunto kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidosta. Sosiaali ja terveysministeriö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. ETENE. Viitattu 14.5.2019.

Saatavilla: [https://etene.fi/documents/1429646/1556045/Lausunto\\_ETENE\\_Krooninen\\_kipu/f919778b-38ad-448a-ace4268a4b322d44/Lausunto\\_ETENE\\_Krooninen\\_kipu.pdf](https://etene.fi/documents/1429646/1556045/Lausunto_ETENE_Krooninen_kipu/f919778b-38ad-448a-ace4268a4b322d44/Lausunto_ETENE_Krooninen_kipu.pdf)

ETENE, 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveyden huollon eettinen neuvottelukunta ETENE raportti. Viitattu 3.12.2019. Saatavilla: <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENEjulkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265dcb7961dc3ab/ETENEjulkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf>

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. SIC - Lääketietoa Fimeasta. 2015, 4. Viitattu 11.12.2019. Saatavilla: [https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivunhoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa](https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivunhoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa)

Gentile, D, Boselli, D, O'Neill, G, Yaguda, S, Bailey-Dorton, C & Eaton, T. 2018. Cancer pain relief after healing touch and massage. The Journal of alternative and complementary medicine. 2018, 24, 9, 10, 968-969, 971972. Viitattu 1.11.2019. Saatavilla: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2018.0192> (Maksullinen tietokanta)

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. Facultas toimintakyvyn arviointi. EBM- Guidelines. Duodecim. Viitattu 3.2.2020. Saatavilla: [https://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=fac00018](https://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018)
- Haanpää, M., Pohjolainen, T. & Jääskeläinen, S. 2018. Stimulaatiomenetelmät. Teoksessa Kipu. 232. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen V. & Vainio, A. Helsinki Duodecim.
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaana vanhuksen elämän loppuvaiheenhoito. Teoksessa Palliatiivinen hoito. 560. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Hagsström, K. 2017. Kinestetiikka ja palliatiivinen hoito. Suomen kinestetiikka yhdistys ry jäsenlehti 2, 2017. Viitattu 20.1.2020. Saatavilla: [https://www.kinestetiikka.fi/wp-content/uploads/2019/03/Kineslehti\\_2017\\_02.pdf](https://www.kinestetiikka.fi/wp-content/uploads/2019/03/Kineslehti_2017_02.pdf)
- Hagström, K. 2018. Tutustumiskäynti Bernin tehohoito klinikalla 24.5.2018. Suomen kinestetiikka yhdistys ry jäsenlehti 3.2018. Viitattu 20.1.2020 Saatavilla: [https://www.kinestetiikka.fi/wpcontent/uploads/2019/03/Kinestetiikka\\_lehti\\_2018\\_3.pdf](https://www.kinestetiikka.fi/wpcontent/uploads/2019/03/Kinestetiikka_lehti_2018_3.pdf)
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(4):385-92, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Viitattu 4.5.2019. Saatavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822?keyword=kipu%20palliatiivisessa%20hoidossa>
- Huupponen, R., Jyrkkä, J. & Ahonen J. 2019. Iäkkäiden lääkityksen tietokanta on työkalu lääkehoidon soveltuvuuden arviointiin. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Viitattu 19.11.2019. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/laake/haku/huupponen%2520risto/sic00108/artikkeli>
- Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa Palliatiivinen hoito. 10-11. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa 78-79, 83-84. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 42-43, 73-74, 243-244, 250, 258. Porvoo. Edita. Bookwell Oy.
- Jansen, B, Brazil, K, Passmore, P, Buchanan, H, Maxwell, D, McIlfactrick, S, Morgan, S, Watson, M. & Parsons C. 2016. Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. JCN – Journal of Clinical Nursing. 2016, 26, 1234-1244. Viitattu 22.11.2019. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27324751>

JIKperuspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Palvelut. Ikääntyvien palvelut. Kotiin tarjottavat palvelut. Kotiutustiimit. Viitattu 14.1.2020. Saatavilla: [https://www.jikky.fi/palvelut/ikaantuvien\\_palvelut/kotiin\\_tarjottavat\\_palvelut/kotiutustiimit](https://www.jikky.fi/palvelut/ikaantuvien_palvelut/kotiin_tarjottavat_palvelut/kotiutustiimit)

Joanna Briggs Institute 2011. Nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain. *Best Practice* 15 (10). Viitattu 11.12.2019. Saatavilla: <http://connect.jbconnectplus.org/> (Maksullinen tietokanta).

Joanna Briggs Institute 2019. Palliative Care: opioids and constipation management, *Palliative Care: Management of side-effects of opioids*. Joanna Briggs Institute 24.7.2019. Viitattu 27.11.2019. Saatavilla: <http://connect.jbconnectplus.org/> (Maksullinen tietokanta).

Joanna Briggs Institute 2018. Pain Assessment in Aged Care. Recommended Practices. Joanna Briggs Institute 11.11.2018. Viitattu 4.5.2019. Saatavilla: <http://connect.jbconnectplus.org/> (Maksullinen tietokanta).

Järves, K. & Kontinen, V. 2018. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa *Haavanhoidon periaatteet*, 97-107. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kalso, E. & Haanpää, M. 2018. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa *Kipu*, 281. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu, Muuttaako ikääntyminen kivun kokemista. Teoksessa *Kipu*, 535-538. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa *Kipu*. 79. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki. Duodecim.

Kalso, E. 2018. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? *Lääkärilehti - Tieteessä/Katsaus* 18/2018 VSK 73, 1122. Viitattu 11.12.2019. Saatavilla: <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/miksi-kipu-pitkittyyjavoiko-sita-ehkaista/?public=219108ef10470df8d9b792c240c4f1fb>

Kalso, E. 2019. Syöpäkivun hoidon portaat. Teoksessa *Opioidit pitkäkestoisessa kivussa*, 13, 16. Toim. Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. Lääkelaitos. Tampere. Punamusta Oy Tampere. Viitattu 12.5.2019. Saatavilla: [https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160\\_opioidit-opas.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf)

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa *Kipu*. 472-473. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki. Duodecim.

Kalso, E. 2018. Voiko kipua mitata? Teoksessa *Kipu*, 91. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim

Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä, S-M. 2017. Teho- ja valvontahoitotyön opas: Kivun arviointi. Terveysportti. Viitattu 22.1.2020. Saatavilla: [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p\\_haku=kivun%20arvioint](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_haku=kivun%20arvioint)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimushoitotieteessä, 211212, 218. Helsinki. Kustantaja: Sanoma Pro Oy

Karvinen, E. 2010. Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Toim. Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 131-132. Helsinki: Edita Prima

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M & Tiittanen, H. 2013. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö, 54. Helsinki. Kustantaja Sanoma Pro Oy

Kipu. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen anesthesiologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 4.4.2019. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50103>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY oppimismateriaalit Oy.

L28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.11.2019. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

L30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.5.2019 Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

MacSorley, R, White, J, Conerly V, Walker, J, Lofton, S, Ragland, G, Davery, D & Robertson A. 2014. Pain assesement and management strategies for elderly patients. Home Healthcare Nurse 2014/5, 32, 280. Viitattu 11.12.2019. Saatavilla: [https://journals.lww.com/homehealthcareonline/fulltext/2014/05000/Pain\\_Assessment\\_and\\_Management\\_Strategies\\_for.4.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/homehealthcareonline/fulltext/2014/05000/Pain_Assessment_and_Management_Strategies_for.4.aspx#pdf-link)

Mieronkoski, R. 2017. VAS, VRS vai NRS - Vinkkejä kipumittarin valintaan. Terveyttä tieteestä. Viitattu 11.5.2019. Saatavilla: <http://terveyttatieteesta.blogspot.com/2017/10/vas-vrs-vai-nrsvinkkejakipumittarin.html>

Miranda, H. 2016. Voimaannu kulttuurista. Teoksessa Ota kipu haltuun. 208-209. Kustannusosakeyhtiö Otava Keuruu.

Muistiliitto ry. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 42, 2/2016. Viitattu 14.1.2020. Saatavilla:

[https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2016. Ihmisen Fysiologia ja Anatomia. 483. Sanoma Pro Oy Helsinki.

Opetushallitus. 2012.SWOT-analyysi. Viitattu 27.3.2019. Saatavilla:

[https://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbltoi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](https://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbltoi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018.

Viitattu

14.5.2019. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Paschou, S., Stamou, M., Vuagnat, H., Tentolouris., N. & Jude, E. 2019. Pain management of chronic wounds: Diabetic ulcers and beyond. 9/23/2019. 17, 19.

Viitattu 10.12.2019. Saatavilla:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378512218302858>

Pesonen, A. 2011. Pain Measurement and management in elderly patient. 86.

Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavilla: [https://helda-helsinki.fi/ezproxy.puv.fi/bitstream/handle/10138/28175/painmeas.pdf?sequence=](https://helda-helsinki.fi/ezproxy.puv.fi/bitstream/handle/10138/28175/painmeas.pdf?sequence=1)

[1](https://helda-helsinki.fi/ezproxy.puv.fi/bitstream/handle/10138/28175/painmeas.pdf?sequence=1)

Pesonen, A. 2011. Pain measurement and management in elderly patients:

Clinical studies in long term hospital care and after cardiac surgery. Helsingin yliopisto: lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos. Viitattu 22.1.2020.

<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/28175>

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu. 239. Toim.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki. Duodecim.

Pohjalainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu. 248,251.

Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen V. & Vainio, A. Helsinki Duodecim.

Poukka, P 2015. Kotisaattohoito, kotisaattohoidon toteutus. Teoksessa

Palliatiivinen hoito, 578. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. Riika. Kustannus Oy Duodecim

PSHP:n moniammatillinen näyttöön perustuvan toiminnan alueverkosto. Tays.

2018. Kivun arviointi ja kirjaaminen. Ohje terveydenhuollon ammattilaisille.

Viitattu 19.11.2019. Saatavilla: <https://www.tays.fi/fi->

FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Yleisohjeet/Kivun arviointi ja kirjaaminen(62153)

Salo, S & Hagelberg, N. 2018. Kipuongelman jäsentäminen- pitkäaikaisen kivun hoidon perusta, Lääkärilehti - Tieteessä/katsaus. 18/2018 VSK 73. Viitattu 26.11.2019. Saatavilla:

[https://www.laakarilehti.fi/ezproxy.puv.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kipuongelman\\_jasentaminen-ndashpitkaaikaisen-kivun-hoidon-perusta/](https://www.laakarilehti.fi/ezproxy.puv.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kipuongelman_jasentaminen-ndashpitkaaikaisen-kivun-hoidon-perusta/)

Sandberg, T. 2015. Monisairas potilas ja monisairastavuuden yleisyys, ennuste ja arviointi, 524. Teoksessa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. Riika. Kustannus Oy Duodecim.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektin vetäjänkäsikirja. Viitattu 25.3.2019. Saatavilla:

[http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta\\_projektiksi.pdf](http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö, kotihoito ja kotipalvelut. n.d. Viitattu 1.4.2019. Saatavilla: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

STM. 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Asiantuntija kuulemiseen perustuvat hyvän saattohoidon suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Saatavilla:

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Styrman, T. & Tornainen, M. 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla, 125-127. Jyväskylä. PS-kustannus.

Suomen kinestetiikka yhdistys ry. 2019. Viitattu 21.1.2020. Saatavilla: <https://www.kinestetiikka.fi/>

Suomen Kivuntutkimus ry. 2019. Mitä kipu on. Perustietoa kivusta kaikille. Viitattu 15.4.2019. Saatavilla:

<https://suomenkivuntutkimusyhdistys.yhdistysavain.fi/@Bin/171512/Mit%C3%A4+kipu+on.+Perustietoa+kivusta+kaikille.pdf>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=17985137. 2007. Helsinki: Tilastokeskus

Viitattu:

3.5.2019. Saatavilla:

[http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_20070531\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_20070531_tie_001.html)

Tasmuth, T. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti Duodecim. 2019, 540-544. Viitattu 4.5.2019. Saatavilla:

<https://www.laakarilehti.fi/ezproxy.puv.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitysvanhuksensaattohoidossa/>

Terveyskylä. 2019. Opi arvioimaan kipua. Viitattu 17.12.2019. Saatavilla: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Terveyskylä. 2019. Palliatiivinentalo. Palliatiivinen hoito. Mitä palliatiivinen hoito on? Viitattu 14.1.2020. Saatavilla: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinenhoito/mit%C3%A4palliatiivinen-hoito-on>

THL Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki. Viitattu 5.5.2019. Saatavilla: <https://docplayer.fi/4663112Finccluokituskokonaisuuden-kayttoopas.html>

THL Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. HC- Palauteraportti vertailumittarien selitteet. Viitattu 21.12.2019. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/raivertailukehittamisen-tietotuotteet/rai-vertailutiedon-selitteet/hcpalauteraporttivertailumittarien-selitteet>

THL Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Tietoa RAI-järjestelmästä. Helsinki. Viitattu 21.12.2010. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointiraijarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Valvira sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Pitkäaikaishoidossa oleville potilaille on laadittava hoitosuunnitelma. DNR päätös ei ole hoitosuunnitelma. 2015. Viitattu 29.4.2019. Saatavilla: <https://www.valvira.fi/-/pitkaaikaishoidossa-oleville-potilaille-on-laadittava-hoitosuunnitelma-dnrpaatosei-ole-hoitosuunnitelma>

Viljakka, A. 2019. Kivun psykologia ja kroonisen kivun psykologinen hoito. Teoksessa Terveyden psykologia, 231-234,236-237,241-245. Toim. Sinikallio, S. Jyväskylä. PS-kustannus

Viljamaa, J. & Vaalasti, A. 2014. Krooninen alaraajahaava. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim - Käypä hoito. Viitattu 23.1.2020. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/khp00068>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö, 9,30,53. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Öun, I. 2014. Muistisairaankivun arviointi ja hoito. Teoksessa Muistisairaankuntouttava hoito. Toim. Merja Hallikainen, Riitta Mönkäre, Toini Nukari & Marjo Forder. 239 - 240. Porvoo: Boowell O



## LIITE 1

**KYSELYLOMAKE****Kivunhoidon opas kotiutustiimille**

Kysymykset ovat avoimia ja niihin saa vastata omin sanoin.

1. Mitä mieltä olet oppaan ulkonäöstä ja tekstin luettavuudesta?
2. Mitä mieltä olet oppaan sisällöstä? (Kotiutustiimin toimintaa ajatellen)
3. Muuttaisitko jotain oppaassa?
4. Lisäisitkö tai poistaisitko jotain?