

KEUHKOSYÖPÄPOTILAAN KIVUNHOITO -KANSIO

Maija Soininen

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Soininen, Maija. Keuhkosityöpöpotilaan kivunhoito -kansio. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2012, 57 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin produktina, jonka tarkoituksena oli tuottaa kansio keuhkosityöpää sairastavan potilaan kivunhoidosta Peijaksen sairaalan osastolle S4k. Tarkoituksena oli, että osaston vakituinen henkilökunta sekä sijaiset ja opiskelijat voivat hyödyntää kansion sisältöä hoitaessaan keuhkosityöpää sairastavien potilaiden kipua.

Peijaksen sairaalan osasto S4k on keuhkosairauksien vuodeosasto. Osastolla oli olemassa jo kansio kivunhoidosta, mutta nyt osastolle toivottiin kivunhoito kansiota nimenomaan keuhkosityöpää sairastavien potilaiden kivunhoidon tueksi. Kansiossa on kivunhoidon lisäksi tietoa myös keuhkosityövästä ja sen hoitomuodoista sekä kivun synnystä.

Keuhkosityöpöpotilaan kivunhoito -kansion sisältö pohjautuu teorian tietoon keuhkosityövästä, keuhkosityövän hoidosta, kivusta ja kivunhoidon eri menetelmistä. Teorian tietoa on kerätty kirjallisuuskatsauksella. Tiedonhaussa on hyödynnetty Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjasto- ja tietopalveluita.

Asiasanat: syöpätaudit, keuhkosityöpä, kipu, kivunhoito

ABSTRACT

Soininen, Maija.

Pain care for patients with pulmonary cancer: guide for nurses.

57 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

This thesis is a product and the aim of the thesis was to create a guide of pain management for patients with pulmonary cancer. The guide was made to a ward S4k in Peijas Hospital in Vantaa. The ward S4k is for patients who have different kind of pulmonary diseases for example asthma, COPD, pulmonary cancer, pneumonia and tuberculosis.

The ward S4k already had a guide about pain management, however, they wanted to have specific information on pain management for patients with pulmonary cancer. The specific wishes for the content of the guide were to have more information on pain management that does not include pharmaceuticals.

The content of the guide was based on the information gathered by literature view.

The process of the thesis started during spring 2010 and the guide was ready to be delivered to the ward S4k in January 2012. The guide has been at the ward to be evaluated. After evaluation necessary amendments were made.

Key words: cancer, pulmonary cancer, pain, pain management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 SYÖPÄTAUDIT	7
2.1 Keuhkosityöpä.....	8
2.2 Keuhkosityövän hoitomuodot	9
3 KEUHKOSYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ	10
3.1 Ravitseminen	10
3.2 Hygienia ja erityis	12
3.3 Hengenahdistus ja yskä.....	13
3.4 Psyykinen tuki.....	14
4 KIPU	15
4.1 Kivun muodostuminen	16
4.2 Keuhkosityövän aiheuttama kipu	17
5 KIVUN HOITOTYÖ	19
5.1 Kivun tunnistaminen ja arviointi.....	19
5.2 Kivun lääkehoito	21
5.3 Syöpäkipun lääkehoito	21
5.4 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	23
6 OPINNÄYTETYÖPROSESSI	25
6.1 Menetelmänä toiminnallinen opinnäytetyö.....	26
6.2 Terveystietä	26
7 KANSION ARVIOINTI.....	27
8 POHDINTA	28

LÄHTEET.....	30
LIITE.....	32

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa keuhkosityöpöpotilaan kivunhoito -kansio toiminnallisena opinnäytetyönä. Kansio tulee Peijaksen sairaalan keuhkosairauksien osastolle S4k. Kansion tarkoituksena on olla apuna sairaanhoitajille ja lähihoitajille, jotka hoitavat keuhkosityöpää sairastavia potilaita. Osastolla on yhä enemmän potilaita, jotka sairastavat keuhkosityöpää ja kärsivät sairauden aiheuttamista kivuista. Kipuja voidaan yrittää lievittää monin eri keinoin niin lääkkeillä kuin vaihtoehtoisilla menetelmillä, joten kansio, johon on koottu erilaisia kivunhoito menetelmiä, on hyödyllinen hoitotyötä tekeville hoitajille.

Tietoa kivunhoidosta on laajasti saatavilla, mutta tiedon etsimiseen voi mennä paljon aikaa ja energiaa. Hoitajien työn helpottamiseksi ja ajan säästämiseksi potilaille on hyvä, jos osastolla on olemassa kivunhoitokansio, johon tietoa eri kivunhoito menetelmistä on valmiiksi kerätty hoitajia varten. Tarkoituksena ei ole kehittää uutta kivunhoidon teoriaa, vaan käyttää hyödyksi jo olemassa olevaa materiaalia ja tutkittua tietoa niin keuhkosityövän aiheuttamasta kivusta kuin sen hoidostakin. Osastolla oleva kansio keuhkosityöpöpotilaan kivunhoidosta on hyödyksi myös osastolle tuleville uusille hoitotyöntekijöille sekä sijaisille, joilla ei välttämättä ole aiempaa kokemusta syöpöpotilaan hoidosta tai kivunhoidosta.

Keuhkosityöpöpotilaan kivunhoito -kansion tekemiseksi tarvitaan teoriatietoa niin syövästä kuin kivustakin. Tarkoituksena on ensin kerätä hoitotieteellistä ja lääketieteellistä teoriaa syövän synnystä ja sen hoidosta, keuhkosityövästä ja ennen kaikkea syövän aiheuttamasta kivusta sekä siitä, miten syövän aiheuttamaa kipua voidaan hoitaa tai lievittää. Tästä teoriapohjasta on tarkoitus tiivistää ymmärrettävää ja helposti käytäntöön sovellettavaa tietoa keuhkosityöpää sairastavan potilaan kivunhoidosta ja kivun lievittämisestä hoitotyötä tekeville hoitotyön ammattilaisille.

2 SYÖPÄTAUDIT

Syöpätaudeilla tarkoitetaan sellaisia sairauksia, joissa elimistöön kehittyy epänormaaleja soluja. Jakautuessaan nämä epänormaalit solut lisääntyvät, jolloin syntyy kasvain. Kasvainsairaudet jaetaan karkeasti kahteen ryhmään, hyvänlaatuisiin ja pahanlaatuisiin. On kuitenkin muistettava, että myös hyvänlaatuinen kasvain johtuu epänormaalista solukasvustosta. Hyvänlaatuiset kasvaimet eivät muodosta etäpesäkkeitä, vaan ne ovat aina paikallisia. Tyypillistä hyvänlaatuisille kasvaimille on hidas kasvunopeus, ne muistuttavat hyvin paljon alkuperäisiä normaaleja soluja, ne eivät juuri koskaan aiheuta kromosomimuutoksia eivätkä ne uusiudu kirurgisen poiston jälkeen. (Isola 2006, s. 16–17.)

Pahanlaatuisia kasvaimia kutsutaan syöviksi. Hyvänlaatuisiin kasvaimiin verrattuna pahanlaatuiset kasvaimet kasvavat yleensä nopeasti, ne muodostavat etäpesäkkeitä sekä uusiutuvat helposti kirurgisesta poistosta huolimatta. Pahanlaatuisen kasvaimen solukko eroaa huomattavasti terveestä solukosta, ja solukon järjestäytyminen on häiriytynyttä. (Isola 2006, s. 16–17.) Pahanlaatuisen kasvaimen aiheuttamat oireet voivat olla hyvin monimuotoisia. Oireet vaihtelevat syöpäkasvaimen sijainnin, koon ja kasvunopeuden mukaan. Syöpä voi olla pitkään myös täysin oireeton, tai oireet voivat olla pelkästään yleisoireita, kuten väsymystä, laihtumista tai kuumeilua. Joskus syöpäkasvain havaitaan jonkun toisen tutkimuksen yhteydessä sivulöydöksenä, ja osa syöivistä havaitaan seulontatutkimuksissa. Syövän diagnosointi alkaa mahdollisten oireiden tutkimisesta, ja tarkka anamneesi on välttämätöntä. Syöpä voidaan havaita erilaisilla kuvantamistutkimuksilla kuten tietokonetomografia- magneetti- ja röntgen tutkimuksilla. Kuitenkin syöpädiagnosi perustuu aina kudoksenäytteen mikroskooppiseen tarkasteluun. Yleensä näytteeksi riittää paksuneulanäyte syöpäkasvaimesta syöpädiagnosin varmistamiseksi. Ohutneulanäyte, harjanäyte ja huuhtelunäyte soveltuvat diagnostisiksi näytteiksi vain tietyille syöpätyypeille. (Roberts & Joensuu 2006, s. 76–78.)

Pahanlaatuiset syöpäkasvaimet luokitellaan levinneisyytensä mukaan. Pyrkimyksenä on luokitella kasvaimet mahdollisimman tarkasti. Syöpäkasvaimien levinneisyyden luokit-

telussa käytetään TNM-luokittelua. Kyseisessä luokittelussa T-kirjain tarkoittaa tuumoria eli primaarikasvainta ja sen kokoa sekä sen levinneisyyttä lähtöelimen ulkopuolelle. N-kirjain puolestaan tarkoittaa alueellisia imusolmukkeita. M-kirjain TNM-luokittelussa tarkoittaa etäpesäkkeitä eli metastaaseja, joita joko on tai ei ole. Syövän ennusteen ja hoidon kannalta on tärkeää selvittää myös kasvaimen erilaistumisaste. Erilaistumisasteen mukaan syöpäkasvaimet jaetaan neljään ryhmään eli gradukseen. Syövän hoitoon ja ennusteeseen vaikuttaa olennaisesti se, missä vaiheessa syöpäkasvain havaitaan ja onko se lähettänyt etäpesäkkeitä muualle elimistöön. Laajalle levinnyttä syöpää on käytännössä mahdotonta parantaa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 1999, s. 225.)

2.1 Keuhkosyöpä

Keuhkosyöpä on Suomessa miesten toiseksi yleisin syöpä ja naisten neljänneksi yleisin syöpä. Keuhkosyövän ilmaantuvuus niin Pohjoismaissa kuin Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissakin on miesten kohdalla pienentynyt, mutta naiset sairastuvat keuhkosyöpään yhä useammin. Näin on myös Suomessa. Keuhkosyövän ilmaantuvuus väestössä on suoraan verrannollinen tupakoinnin lisääntymiseen. Tupakointi onkin suurin keuhkosyöpää aiheuttava vaaratekijä, jopa 85–90 % todetuista keuhkosyövistä johtuu tupakoinnista. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 277.)

Niin kuin muissakin syövässä, myös keuhkosyövässä luotettavin diagnoosi perustuu mikroskooppiseen tutkimukseen. Keuhkosyöpäkudokselle on kuitenkin tyypillistä se, että kudoksen rakenne voi olla syöpäkasvaimen eri kohdissa erilainen, joten biopsianäytteestä ei välttämättä saada luotettavinta diagnoosia. Siksi keuhkosyövän diagnosoimiseksi varmintaa on tutkia leikkauksessa poistettu syöpäkudos kokonaan mikroskooppisesti. Samassa keuhkosyöpäkasvaimessa voi olla sekä pienisoluisia että ei-pienisoluisia karsinoomia samoin kuin esimerkiksi levyepiteeli- että adenokarsinoomia. Kaikista keuhkosyövistä 40 % on levyepiteelikarsinoomia ja adenokarsinoomia on 25 %. Näistä kahdesta keuhkosyöpätyypistä adenokarsinoma on naisilla tyypillisempi kuin miehillä, ja tupakoimattomien keuhkosyöpään sairastuneiden keuhkosyöpätyyppi on lähes aina adenokarsinoma. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 279.)

Keuhkosityöpä on hyvin usein alkuvaiheessa oireeton, ja joskus keuhkosityöpäkasvain ehtii kasvaa hyvin kookkaaksi ennen ensioireita. Osa keuhkosityövistä löydetäänkin sattumalöydöksinä jonkin muun tutkimuksen yhteydessä. Yleisimmät keuhkosityövän aiheuttamat oireet ovat hengenahdistus, yskä, veriyskä, toistuvat keuhkokuumeet sekä yleisoireet kuten väsymys, heikkous, kuumeilu ja ruokahaluttomuus sekä laihtuminen. Yleisoireet voivat pitkään olla ainoita viitteitä keuhkosityövästä, joten hoitoon hakeutuminen saattaa viivästyä pitkäänkin. Kuitenkin keuhkosityövän syntyprosessi on hyvin monivaiheinen ja pitkäaikainen. Arvioiden mukaan vähintään kuuden eri solunsäätelymekanismin tulee häiriytyä ennen kuin keuhkosityöpä syntyy. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 281.)

2.2 Keuhkosityövän hoitomuodot

Yleisimmät syövän hoitomenetelmät ovat kirurginen hoito, sädehoito ja solunsalpaaja- eli sytostaattihoidot. Etenkin kun on kyse syöpäkasvaimesta, on ensisijainen hoitomuoto kasvaimen kirurginen poisto. Mikäli kasvainta ei pystytä kirurgisesti poistamaan joko kasvaimen sijainnin tai koon vuoksi, voidaan kasvainta yrittää pienentää tai se voidaan poistaa kokonaan sädehoidon tai solunsalpaajahoidon avulla. Usein hoitona käytetään useiden hoitomuotojen erilaisia yhdistelmiä. Kirurgisen hoidon, sädehoidon ja solunsalpaajahoidon lisäksi kehitteillä on jatkuvasti uusia hoitomenetelmiä, esimerkiksi erilaiset hormonaaliset hoitomuodot tai paikalliset, suoraan syöpäsoluihin kohdistuvat syöpälääkkeet. Myös erilaisia rokotteita niin syöpäsoluja vastaan kuin elimistön puolustusmekanismin vahvistamiseksi on kehitteillä koko ajan. Hyvin tärkeä osa syövän hoitoa ovat myös potilaan hoidon aikana vointia ja hoidon sietokykyä vahvistavat lääkkeet ja hoidot, kuten tehokas kivunhoito ja pahoinvoinnin hoito. (Salminen 2000, s. 24–33.)

Keuhkosityöpää sairastavan potilaan hoito määräytyy histologian, TNM-luokituksen ja potilaan yleiskunnon mukaan, myös leikkauskelpoisuus vaikuttaa siihen, hoidetaanko potilasta kirurgisesti. Hoitopäätöksen tekee aina moniammatillinen työryhmä, jossa tulisi olla mukana ainakin keuhkolääkäri, onkologi ja thoraxkirurgi sekä radiologi. Potilaan hoitopäätökseen vaikuttaa ratkaisevasti myös potilaan yleiskunto ja hänen mahdolliset

muut sairaudet, etenkin sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet sekä munuaisten ja maksan sairaudet. Myös syövän levinneisyys muualle elimistöön vaikuttaa hoitopäätökseen. Mikäli keuhkosityövän todetaan muodostaneen etäpesäkkeitä, on hoidon ennuste varsin huono. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 287.)

3 KEUHKOSYÖPÄPOTILAAN HOITOTYÖ

Syöpään sairastuminen horjuttaa sairastuneen fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Konkreettisesti syöpää hoidetaan lääketieteellisin keinoin, mutta sekä sairauden että hoitojen aiheuttamia ongelmia voidaan hoitaa hoitotyön keinoin. Sairaanhoidajalla on siis suuri rooli syöpää sairastavan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. (Lehti 2000, s. 68.)

3.1 Ravitsemus

Sekä syöpähoidot että itse sairaus voivat aiheuttaa monia erilaisia fyysisiä oireita, joita voidaan ehkäistä tai helpottaa hoitotyön eri menetelmin. Yksi hankalimpia fyysisiä ongelmia, joita keuhkosityöpää sairastavat kokevat, on ruokahaluttomuus. Ravinnon saanti on paranemisen kannalta erittäin tärkeää. Olisi tärkeää, että sairastunut saisi ravinnosta riittävästi valkuaisaineita, vitamiineja ja kivennäisaineita, jotta elimistö kykenisi muodostamaan uusia terveitä soluja. Keuhkosityöpää sairastavan potilaan ruokahalun huononeminen johtuu yleensä sädehoidosta, solunsalpaajahoidosta tai leikkaushoidosta. Tavoitteena olisi kuitenkin saavuttaa mahdollisimman hyvä ravitsemustila ja ylläpitää sitä lääketieteellisistä hoidoista huolimatta. Usein hoitojen aiheuttama ruokahalun huononeminen johtuu suun limakalvojen rikkoutumisesta tai tulehtumisesta, jolloin syöminen aiheuttaa potilaalle kipua. Myös suun kuivuminen aiheuttaa syömis- ja nielemisongelmia. Solunsalpaajahoidot puolestaan aiheuttavat useimmille potilaille pahoinvointia ja oksentelua, mikä puolestaan aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Ruokahaluttomuus voi johtua myös sairastuneen psyykkisestä kriisistä, jonka syöpään sairastuminen on aiheutta-

nut. Kun kaikki energia kuluu sairaudesta selviämisen ajatteluun, ei ruoka välttämättä maistu eikä potilaalla ole tällöin edes ruokahalua. (Lehti 2000, s. 68–69.)

Syöpään sairastuneen ruokahalua voidaan yrittää lisätä hoitotyön keinoin, jotta hän saisi mahdollisimman paljon hyvää ja terveellistä ravintoa laihtumisen ehkäisemiseen ja riittävän ravinnon turvaamiseen. Hoitotyössä olisi tärkeää huomioida potilaan toiveet ruoan suhteen, esimerkiksi joustaa ruoka-ajoissa ja tarjota potilaalle hänen lempiruokiaan, mikäli se on mahdollista. Ruoan tulisi olla maistuvaa, ja olisi hyvä, jos potilas voisi halutessaan itse lisätä ruokaan suolaa tai sokeria, sillä syöpähoidot voivat muuttaa potilaan makuaistia hyvinkin paljon. Useat pienet ateriat päivän aikana ovat hyvä keino lisätä potilaan ravinnon saantia kuten myös ruokailun järjestäminen yhdessä muiden kanssa sen sijaan, että potilas joutuu ruokailemaan yksin omassa sairaalasängyssään. Myös ruoan lämpötilalla on vaikutusta sen maistuvuuteen. Yleensä huoneenlämpöinen tai jopa kylmä ruoka saattaa maistua paremmin, varsinkin jos potilaan suun limakalvot ovat arat ja kipeät. Mikäli kiinteän ruoan syöminen tekee kipeää, voidaan potilaalle tarjota keittoja tai soseita. Pehmeät, miedonmakuiset ruoat voivat maistua parhaiten, jos suu on hyvin ärtynyt ja kipeä. Myös nielemisongelma olisi hyvä huomioida ruoan koostumuksessa. Jos potilaan on vaikea niellä ruokaa, tulisi ruoan olla sellaisessa muodossa, että sitä olisi helppo niellä. Lisäksi ruokailuun tulee varata riittävästi aikaa ja pureskeltavia ruokia tulee mielellään välttää. Lisäksi nielemisongelmasta kärsivien potilaiden olisi hyvä välttää maidon juomista, sillä se lisää limaneritystä. Maidon sijaan olisi suositeltavaa juoda sitruunateetä, omenamehua tai vettä. (Lehti 2000, s. 69–71.)

Pahoinvoinnista kärsivien potilaiden olisi hyvä yrittää syödä monta pientä ja viileää ateriaa päivän aikana. Toisaalta pahoinvointiin saattaa joidenkin kohdalla auttaa myös pienet suolapalat, kuten silli tai suolakurkku. Makea ja rasvainen ruoka puolestaan saattaa lisätä pahoinvointia. Myös ympäristö voi ehkäistä pahoinvointia merkittävästi. Ympäristön tulisi olla viileä, ja kaikenlaisien hajusteiden käyttöä tulisi välttää pahoinvoinnista kärsivien hoitotyössä. (Lehti 2000, s. 72–73.)

3.2 Hygienia ja erityys

Syöpää sairastavan potilaan hygieniasta on tärkeää pitää hyvää huolta ja hoitosuunnitelmassa tulisi ottaa huomioon myös potilaan omat tottumukset ja tavat hygienian hoidossa ja ne tulisi yhdistää tarvittaviin hoitoihin. Etenkin sädehoitoa saavan potilaan ihon kunnosta on pidettävä erityisen hyvää huolta. Onkin tärkeää, että potilaalle annetaan hyvät ja selkeät ihonhoito ohjeet myös kotiin. Sädehoito aiheuttaa vähitellen punoitusta ja arkuutta hoitoalueelle. Se myös lisää tulehduksen riskiä. Mikäli sädehoidettava ihoalue tulehtuu, hidastaa se suunniteltua sädehoitoa. Syöpää sairastavan potilaan tulee siis huolehtia hyvin ihonsa kunnosta, jotta pahoilta infektioilta välttyttäisiin. Suosituksena on, että potilas käyttäisi hoitojen aikana pehmeitä puuvillaisia vaatteita, jotka eivät kiristä tai hankaa ihoa. Iho tulisi myös suojata auringolta, pakkaselta ja tuulelta, ja saunassa tulisi välttää kuumia löylyjä hoidon päättymiseen asti. Iholla ei myöskään saisi käyttää hajusteita eikä parfyymeja, ja iho tulisi pestä ilman saippuaa haalealla vedellä. On suositeltavaa välttää kosteusvoiteiden käyttöä sädehoidetulla ihoalueella, etenkin jos iho on mennyt rikki. Rikki menneelle iholle voidaan käyttää erilaisia hauteita, mutta vain lääkärin ohjeiden ja suositusten mukaisesti. Ilmakylvyt sen sijaan ovat iholle hyväksi. (Lehti 2000, s. 75–77.)

Suuhygieniasta huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää suun limakalvojen rikkoutumisen ehkäisyssä. Tupakointi on syytä lopettaa, sillä se pahentaa huomattavasti limakalvojen terveenä pysymistä. Sädehoitojen aikana on hyvä hoitaa suuta ja hampaita tehostetusti, jotta sädehoitoja on mahdollista toteuttaa suunnitelmien mukaan. Sädehoitoa saaville potilaille suositellaan hampaiden harjaamista pehmeällä harjalla vähintään kahdesti vuorokaudessa. Hammaslangan käyttöä ei suositella. Mikäli suun limakalvot ovat kipeät, eikä potilas kivun vuoksi pysty harjaamaan hampaitaan, hän voi puhdistaa suun suuhuuhtelulla käyttämällä purskutteluun keittosuolaa. Tämä auttaa etenkin silloin, kun suun limakalvot ovat vaurioituneet ja liman erityys on runsasta. Keittosuolahuuhtelua suositellaan tehtäväksi parin tunnin välein. Potilaan on jatkettava tehostettua suun hoitoa koko loppuelämänsä ajan, etenkin jos on saanut sädehoitoa pään ja kaulan alueelle. (Lehti 2000, s. 77–79.)

Sädehoidot ja solunsalpaaja hoidot voivat aiheuttaa potilaalle niin ummetusta kuin ripuliakin sekä pahoinvointia ja oksentelua, jotka vaikuttavat potilaan nestetasapainoon. Hoitotyössä onkin hyvin tärkeää tarkkailla potilaan nestetasapainoa, jotta välttyttäisiin liialliselta kuivumiselta ja laihtumiselta. Etenkin laihtuminen on hyvin hankalaa korjata jälkikäteen. Laihtumisella on hyvin suuri vaikutus siihen, miten potilas selviytyy hoidoista. Kuten edellä on mainittu, riittävä ravinnon saanti on ensiarvoisen tärkeää selviytymisen kannalta. Hoitotyössä on otettava huomioon vatsan toiminta ja siihen liittyvät häiriöt. Ummetusta tulisi yrittää ehkäistä ohjaamalla potilasta syömään kuitupitoista ruokaa sekä nauttimaan tarpeeksi nesteitä. Myös liikunta, mahdollisuuksien mukaan, auttaa ummetuksen ehkäisemisessä. Mikäli ruokavaliolla ei saada ummetusta ehkäistyksi, voidaan ummetusta helpottaa laksatiiveilla ja tarvittaessa erilaisilla peräruiskeilla. Toinen vatsantoimintaan liittyvä ongelma voi olla ripuli. Tällöin potilasta tulisi neuvoa välttämään ripulia lisääviä ruoka-aineita, kuten esimerkiksi runsaasti maustettuja ruokia, kahvia, papuja ja herneitä. Hoitohenkilökunnan on pidettävä huolta siitä, että ripulista kärsivä potilas saa tarpeeksi nesteitä ja ravintoa. Tällöin on hyvin tärkeää seurata potilaan painoa tarkasti päivittäin. Nestetasapainoa ylläpitämään voidaan harkita tarvittaessa suonensisäistä lääkitystä. (Lehti 2000, s. 80–82.)

3.3 Hengenahdistus ja yskä

Yksi keuhkosityövän ensimmäisiä oireita on usein hengenahdistus. Tämä oire jatkuu läpi koko sairausajan. Alkuun hengenahdistusta tuntuu ennen kaikkea raskuudessa, ja tällöin onkin syytä sovittaa liikkuminen voimien mukaan. Hengenahdistus voi tuntua myös jatkuvana, jolloin sitä tuntuu myös levossa ollessa. Tällöin hengenahdistus rajoittaa sairastuneen elämää enemmän, ja sairastuneesta voi tuntua, ettei hän jaksakaan tehdä yhtään mitään. Toinen hyvin yleinen oire keuhkosityöpää sairastavilla on yskä. (Bellaoui, Karjalainen, Mali, Räsänen & Rosenberg 2005, s. 18.)

Yskään auttaa usein kohoasento, varsinkin nukkuessa. Lisäksi potilaan olisi hyvä juoda paljon nesteitä vähentämään liman sitkeyttä. (Bellaoui et al. 2005, s. 18.) Yskää voidaan helpottaa myös kosteuttamalla ilmaa ilmankostuttajalla, myös höyryhengityksestä voi olla apua. Potilaan kannalta olisi hyvä mikäli sairaanhoitaja tai fysioterapeutti opettaisi

potilasta yskimään tehokkaasti ja oikealla tekniikalla liman irtoamiseksi. Hyvällä asento-ohjauksella voidaan myös auttaa pitämään hengitystiet avoimina, yleensä kylkiasento toimii tässä parhaiten. (Lehti 2000, s. 80.)

Hengenahdistusta voidaan helpottaa hoitotyön keinoin huolehtimalla siitä, että potilaalla on hyvä asento ja että huoneilma on puhdasta ja raikasta. Myös potilaan pelkotilat voivat pahentaa hengenahdistuksen tunnetta, joten tärkeää on rauhoitella potilasta ja olla hänen lähellä hengenahdistuskohtauksen aikana. Hengenahdistusta voi olla tarpeellista lievittää myös lääkkeellisin keinoin, tärkeintä on kuitenkin, että hoitaja on rauhallinen eikä jätä potilasta yksin. (Lehti 2000, s. 80.)

3.4 Psyykkinen tuki

Syöpään sairastuminen ei ole vain fyysinen prosessi, vaan siihen liittyy hyvin suurelta osin myös tunteiden ja ajatusten muutokset ja myllerrykset. Syöpädiagnoosi on yleensä raskasta saada ja kuulla, ja se aiheuttaa monenlaisien ajatusten ja tunteiden vyöryn sekä sairastuneelle että hänen läheisilleen. Hyvin yleistä on, että sairastunut kieltää alkuun sairauden kokonaan. Tämä on yleensä tarpeellinen suojautumismekanismi, jotta sairastunut voi koota omia voimavarojaan ja saavuttaa tunnetasapainon, ennen kuin pystyy hyväksymään sairauden todeksi. Syöpään sairastuminen laittaa usein elämänarvot uusiksi ja aiheuttaa paljon erilaisia pelkoja ja surua. Sairastuminen saattaa aiheuttaa erilaisia syyllisyyden ja häpeän tunteita, sekä itsesääliä ja itsetunnon laskua. Monet aiemmin tutut ja turvalliset asiat saattavat jäädä elämästä kokonaan pois ja sairaus ja hoito alkavat määritellä elämää. Sairastuneen kannalta olisi tärkeää yrittää säilyttää positiivinen asenne, jolloin hoitojen jaksaminen olisi mahdollisesti helpompaa. (Bellaoui et al. 2005, s. 21.)

Hoitotyössä on tärkeää, että hoitaja osaa huomioida potilaan fyysisen kunnon lisäksi myös hänen psyykkistä tasapainoa. Kaikki potilaat eivät osaa suoraan ilmaista henkistä pahaa oloaan ja tällöin tarvitaan hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan erilaisia tunnetiloja. Hoitohenkilökunnan tehtävä on fyysisen hoitotyön lisäksi tukea syöpään sairastunutta ja hänen läheisiään myös psyykkisesti. Emotionaalinen tuki auttaa niin sairastunutta, kuin

hänen perhettäänkin käsittelemään sairauden aiheuttamia tunteita ja pelkoja. Tunnetilojen huomioiminen sekä tarvittavan emotionaalisen tuen antaminen hoitotyössä vaikuttaa potilaan toipumismahdollisuuksiin sekä elämän laatuun positiivisesti. (Kuuppelomäki 2000, s. 130.)

Hyvin tärkeä osa niin kivunhoidon kuin minkä tahansa muunkin hoidon onnistumista on potilaan motivaatio ja sitoutuminen hoitoon. Kivunhoidon tavoitteena on elämän laadun parantaminen ja kivun aiheuttamien ongelmien vähentäminen. Tähän päästään parhaiten silloin kuin potilas itse on mukana päättämässä hoidon tavoitteista ja menetelmistä. Jotta potilas pystyy parhaimmalla mahdollisella tavalla osallistumaan päätöksen tekoon, pitää hänellä olla vuorovaikutuksellinen suhde hoitajaan. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet kuten empatia ja aito välittäminen sekä teoreettiset tiedot kivusta ja kivunhoidon menetelmistä edistävät hoidon onnistumista. Myös itse vuorovaikutustilanne vaikuttaa hyvin paljon siihen, tuntee potilas että häntä on kuunneltu ja että hänen toiveitaan kunnioitetaan. (Estlander 2003, s. 168–171.)

4 KIPU

Kipu on yksi kaikkia maailman ihmisiä koskeva aistimus. Kipua voi tuntua normaalien fysiologisten tapahtumien yhteydessä, tapaturmien yhteydessä sekä myös erilaisten tutkimusten ja hoitomuotojen yhteydessä. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun näin: ” Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivuriin tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein” (IASP 1994). Kivun kokemiseen vaikuttaa hyvin vahvasti myös se kulttuuriympäristö, jossa ihminen on kasvanut ja minkälaiseen kivunkokemisen kulttuuriin hän on oppinut. Joissakin kulttuureissa kivun ilmaisemista ei pidetä hyvänä asiana ja kipu koetaan hyvin yksityisenä asiana. Toisissa kulttuureissa puolestaan kipua ilmaistaan hyvinkin voimakkaasti, jolloin kivun kokeminen on julkista. Kivun kokeminen on kuitenkin aina hyvin subjektiivista, eivätkä toiset ihmiset yleensä tiedä toisen kivusta ellei tämä jollain tavoin kipuaan ilmaise. Kuitenkin tulee muistaa, että vaikka ihminen ei pystyisi kipuaan sanal-

lisesti tai millään muullakaan tavoin ilmaisemaan, voi hän kuitenkin kokea hyvinkin voimakasta kipua. (Sarlio 2000, s. 24–29.)

4.1 Kivun muodostuminen

Kipu tuntemukseen vaikuttavat monet eri tekijät ja usein kivun kokeminen on hyvin kokonaisvaltaista. Kivun kokemisen kokonaisuuteen vaikuttavat niin fyysiset kuin psyykkisetkin tekijät. Fyysinen kipu johtuu usein ulkoisesta tekijästä tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttamasta kudosaivuriosta. Kudosaivuriokivussa kipuhermopäätteet reagoivat voimakkaasti kudosaivurion aiheuttamalle ärsykkeelle. Tällaista kipua kutsutaan nosiseptiiviseksi kivuksi. Nosiseptiivinen kipu puolestaan jaetaan kahteen ryhmään, somaattiseen kipuun ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen kipu aiheutuu lihas, luusto, sidekudos ja iho vaurioista, kun taas viskeraalinen kipu on sisäelinten kudosaivuriosta johtuvaa kipua. Tyypillisiä nosiseptiivista kipua aiheuttavia tilanteita ovat infektiot, iskemia ja kasvaimet. Myös neuropaattinen kipu on kudosaivurion aiheuttamaa kipua. Tällöin vaurio on kuitenkin itse kipua välittävässä hermossa. Neuropaattinen kipu on siis hermovauriokipua, joka on voinut syntyä ulkoisen tekijän aiheuttamana tai sisäisen vamman, esimerkiksi kasvaimen, aiheuttamana. Hermovauriokipu jaotellaan sijainnin mukaan erilaisiin kipu- ja tuntehäiriöihin. Kipua voi syntyä myös ilman selvää kudostaivuriota. Kun kivun aiheuttajaa ei tiedetä, kutsutaan kipua idiopaattiseksi kivuksi. Idiopaattiseen kipuun liittyy hyvin vahvasti ahdistusta ja levottomuutta. Kipu on idiopaattista kun se on jatkunut yli kuusi kuukautta, eikä huolellisista ja asianmukaisista tutkimuksista huolimatta ole saatu selville kivun aiheuttajaa. (Sailo 2000, s. 30–33.)

Kipu jaotellaan sen keston mukaan akuuttiin ja krooniseen. Akuutti kipu on äkillisesti ja nopeasti alkavaa, ja toimiikin elimistön varoitusmerkkinä. Yleensä akuuttiin kipuun liittyy jokin selkeä syy, mikä kivun aiheuttaa. Akuutti kipu paranee ajallaan ja lievittyy helpommin, eikä se jätä keskushermostoon pysyviä jälkiä. Akuutti kipu pitää kuitenkin hoitaa ajoissa ja asianmukaisesti, ettei kipu kroonistu. Kroonisella kivulla tarkoitetaan kipua, joka kestää yli kolme kuukautta tai kipua, joka kestää pidempään kuin normaalin kudoksen paranemiseen kuluvan ajan. Krooninen kipu ei toimi elimistön varoitusmerkkinä, vaan se on sairaus. Kun krooninen kipu on nosiseptiivista, se on merkkinä kudosaivuriosta.

ten hapenpuutteesta. Tällöin pitkäänkin kestänyt kiputila voidaan parantaa, koska kivun aiheuttaja on tiedossa ja siihen voidaan vaikuttaa. Neuropaattisessa kivussa vaurioitunut hermo lähettää jatkuvasti kipu impulssia elimistöön. Krooninen kipu aiheuttaa muutoksia keskushermostoon, joten jatkuvasta kivusta kärsivän ihmisen kipua estävät hermo- toiminnot heikkenevät. Tällöin elimistössä on jatkuvasti kipuärsykeitä, jolloin selkädin saattaa herkistyä siten, että kipuaistimus voimistuu. Yleensä krooninen kipu mielletään jatkuvaksi kivuksi, mutta se voi olla myös toistuvaa. Krooninen kipu voi myös olla tuntemattomasta syystä johtuvaa, jolloin ihmisellä todetaan krooninen kipuoireyhtymä. Jatkuva kipu vaikuttaa ihmisen elämään hyvin kokonaisvaltaisesti. Usein kroonisesta kivusta kärsivät ovat myös masentuneita ja väsyneitä, sillä unen laatu voi olla erittäin huonoa, heidän sosiaaliset suhteet kärsivät ja työkyky heikkenee, mikä puolestaan voi aiheuttaa suuria taloudellisia vaikeuksia. Hiljalleen kipu alkaa täyttää koko elämän. (Sailo 2000, s. 34–35.)

4.2 Keuhkosyövän aiheuttama kipu

Lähes kaikki syövät aiheuttavat syöpään sairastuneelle kipua, joko suoraan syöpäkasvaimesta johtuvaa tai välillisesti hoidoista johtuvaa. Myös syöpään sairastumiseen liittyvät psykologiset tekijät aiheuttavat osaltaan kipua sairastuneelle. Mitä pidemmälle sairaus etenee, sitä todennäköisemmin kipua esiintyy ja sitä kovempaa kipu on. Ainakin puolet syöpään sairastuneista kokee jatkuvan, tasaisen kivun lisäksi myös läpilyöntikipuja. Läpilyöntikivuilla tarkoitetaan sellaisia kipuhuippuja, jotka selkeästi ylittävät potilaan jatkuvan taustakivun. Kipuja esiintyy eniten syövissä, jotka muodostavat herkästi etäpesäkkeitä, yksi tällaisista syöivistä on keuhkosyöpä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 21.)

Kivun esiintyminen syöpä potilailla vaihtelee niin sairauden vaiheesta kuin syövän sijainnistakin riippuen. Kaikista syöivistä eniten kipua sairauden alkuvaiheessa koetaan keuhkosyövässä. Yli puolet keuhkosyöpään sairastuneista kokevat kipua myös sairauden loppuvaiheessa, kivun voimakkuus voi vaihdella lievästä voimakkaaseen. Kuitenkaan kaikille keuhkosyöpää sairastaville ei tule kipuja. On arvioitu, että noin 75 %:a syöpäkivuista johtuu itse syövästä ja 15 %:a johtuu hoidoista. Myös muita syitä kivun

tuntemiseen on. Nosiseptiivinen kipu syöpään sairastuneilla johtuu usein syöpäkasvaimesta. Kipua syntyy kun kasvain aiheuttaa kudosisäälintä, kuten suolta. Myös sisäelinten ympärillä olevat kapselit ovat hyvin kipuherkkiä, jolloin kasvaimen aiheuttama turvotus sisäelimestä, jossa ei itsessään ole kipureseptoreita, aiheuttaa kipua. Toisaalta syöpäkasvain voi erittää kipua aiheuttavia kemikaaleja, jotka herkistävät tai ärsyttävät kipuhermopäätteitä. Keuhkosyövässä suurin kipua aiheuttava tekijä on luuetäpesäkkeet. Kaikkia luuetäpesäkkeiden kipua aiheuttavia mekanismeja ei toistaiseksi tarkasti tiedetä. Luustometastaasit aiheuttavat yleensä jatkuvaa, jomottavaa ja tylppää kipua. Luustometastaasit voivat olla joko lyyttisiä tai skleroottisia, tai molempia. Lyyttiset luuetäpesäkkeet ovat murtuma-herkkiä toisin kuin skleroottiset luuetäpesäkkeet. Luustometastaasit aiheuttavat kivun lisäksi myös hyperkalsemiaa sekä selkäytimen ja hermojen kompressiota, samoin kuin luuydinkudoksen vähenemistä. Lisäksi luustometastaaseihin liittyy suurena riskinä murtumat, jotka puolestaan lisäävät kipuja. Kipu on usein ensimmäinen ja ainoa oire luuhun levinneestä syövästä, sillä metastaasi näkyy röntgenkuvassa vasta muutaman viikon jälkeen. Luun tiheyden tulee muuttua 40 %:a ennen kuin muutos näkyy röntgenkuvassa. Keuhkosyöpään voi liittyä myös neuropaattista kipua, mikäli syöpä kasvain on levinnyt hermostoon tai kasvain painaa tai puristaa hermoja. (Vainio & Kalso 2006, s. 756–761.)

Myös syövän hoitomuodot voivat aiheuttaa sairastuneelle kipuja. Keuhkosyövän ensisijainen hoitomuoto on kirurginen leikkaushoito, jossa kasvain pyritään poistamaan kokonaan. Kirurgisesta hoidosta aiheutuu potilaalle myös kipuja. Leikkauksen jälkeen leikkausalue voi olla hyvinkin kipeä. Mikäli leikkaushaavan paraneminen pitkittyy tai haava tulehtuu, aiheuttaa se myös kipua potilaalle. Leikkauksessa saattaa myös syntyä hermovaurio, joka aiheuttaa neuropaattisia kipuja potilaalle. Sädehoito ja solunsalpaajahoidot aiheuttavat myös kipua. Sädehoidon aiheuttama kipu voi johtua hermon verenkierron huononemisesta, fibroosista tai sidekudoksen kroonisesta tulehduksesta. Sädehoito saattaa aiheuttaa paikallisen nekroosin selkäytimessä, joka voi olla hyvinkin kivulias. Sädehoitoon saattaa liittyä pitkäaikaisia komplikaatioita, jotka ovat kivuliaita ja kehittyvät hitaasti. Solunsalpaajahoidot voivat puolestaan aiheuttaa hermovauriokipua, joko suoraan neurotoksisella mekanismilla tai immunologisella mekanismilla. Neurotoksiset solunsalpaajat aiheuttavat aksonivaurioita, jotka näkyvät sekä sensorisina että motorisina oireina. Immunologinen hermovaurio johtuu siitä, kun syövän hoitoon annettu vasta-

aine pienentää kasvainta ja samalla indusoi autoimmuunivasteen tervettä hermokudosta vastaan. Tämä johtuu siitä, että solunsalpaaja sisältää sekä syöpäsoluille että terveille soluille yhteisiä antigeenejä. (Vainio & Kalso 2006, s. 762–763.)

5 KIVUN HOITOTYÖ

Kivun kokeminen on aina yksilöllistä ja hyvin henkilökohtaista, jonka vuoksi potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. Yleensä kipua kokevat potilaat kertovat siitä sanallisesti, mutta toisaalta toiset potilaat eivät välttämättä halua kertoa kivustaan. Toisaalta potilas ei ehkä pysty itse kertomaan kivustaan. Vaikka potilas ei pystyisi sanallisesti ilmaisemaan omaa kipuaan, ei se tarkoita, etteikö hän silti kokisi kipua. Etenkin tällöin on hyvin tärkeää, että hoitohenkilökunta osaa tunnistaa potilaan kivun ja osaa valita tarpeellisen hoitotyön auttamis- ja kivunhoitokeinon. Onnistunut kivunhoito edellyttää hoitajalta kivun tunnistamista sekä tietoja ja taitoja toteuttaa kivun hoitotyötä. Lisäksi on hyvin tärkeää, että toteutettua kivunhoitoa ja hoitotyötä arvioidaan suunnitelmusti ja säännöllisesti, jotta saadaan selville onko toteutettu kivun hoito ollut onnistunutta ja riittävää. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 7–12.)

5.1 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kivun hoitotyön toteuttamisessa ensimmäinen askel on kivun tunnistaminen. Yleensä kivun kokija kertoo itse, minkälaista kipua hän tuntee ja missä kohtaa kehoa kipua esiintyy. Normaalisti kommunikoimaan kykenevä ihminen pystyy myös kertomaan milloin kipu on alkanut ja minkälaisessa tilanteessa. Ensisijaisesti pyritään selvittämään kivun aiheuttaja, etenkin kun on kyse akuutista kivusta. Toisaalta on olemassa potilasryhmiä, jotka eivät pysty itse sanallisesti kertomaan kokemastaan kivusta ja tällöin on hoitohenkilökunnan tunnistettava kipu ja pystyttävä arvioimaan sen voimakkuutta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 75.)

Kipu vaikuttaa voimakkaasti elimistöön, joten kipua voidaan jossain määrin arvioida fysiologisesti tarkkailemalla muutoksia hengitysfrekvenssissä, verenpaineessa ja sydämen rytmissä. Myös potilaan hikoilu, paleleminen, kalpeus tai pahoinvointi, voivat olla merkkejä kivusta. (Kalso 2002, s. 227–229.) Kivun arvioinnissa on kuitenkin huomiotava kivun lisäksi kaikki muutkin potilaan peruselintoimintoihin vaikuttavat tekijät, kuten sairaudet, lääkitys, hoitoympäristö sekä potilaan tunnetila ja toiminta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 75–76.)

Myös käyttäytymistä voidaan käyttää apuna kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa, etenkin jos potilas ei kykene tai osaa sanallisesti ilmaista itseään. Käyttäytymisen arviointia kivun tunnistamisessa pidetään luotettavampana kivun tunnistamisen keinona kuin fysiologisten muutosten arviointia. Kivun tunnistamista käyttäytymisestä voidaan arvioida esimerkiksi kasvojen ilmeistä, kehon asennosta tai raajojen liikkeistä. Kipua kokeva saattaa itkeä, olla ahdistunut tai hermostunut, hän huokailee, vaikeroi tai huutaa. Hän ei välttämättä anna koskea itseensä ja hoitotoimenpiteet saattavat olla hänelle hyvin kivuliaita, jonka vuoksi potilas voi olla aggressiivinen hoitajia kohtaan. Kivulias potilas saattaa liikkua hitaammin tai levottomasti ja liikkeet saattavat olla hyvin jäykkiä. Toisaalta pitkään kestänyt kova kipu voi johtaa siihen, ettei potilas enää reagoi, sillä hän voi olla niin voimaton. Kivun kokeminen saattaa aiheuttaa myös eristäytyneisyyttä ja vetäytymistä omiin oloihin. Jokaisen ihmisen kipukäyttäytyminen riippuu hyvin paljon persoonallisuudesta, temperamentista, aikaisemmista kipu kokemuksista sekä kulttuurista. (Estlander 2003, s. 61–67.)

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös siihen kehitettyjä kipumittareita. Yleisimmin käytetty kipumittari on ns. VAS eli visuaalinen analogiasteikko. Siinä voi olla joko vaakasuora jana, kiilamainen kuva tai kuvia kasvoista. Kasvoasteikkoa käytetään yleensä pienten lasten kivun arvioinnissa. Visuaalisten asteikkojen lisäksi voidaan käyttää myös sanallisia asteikkoja. Sanallisella asteikolla pystytään paremmin selvittämään potilaan kivun ominaisuuksia ja voimakkuutta. Suomenkielisessä vakioidussa sanallisessa kipumittarissa on kullekin kipua kuvaavalle sanalle määritelty numeerinen arvo, joka edustaa kivun voimakkuutta. Sanallisen asteikon avulla voidaan jossain määrin erotella myös akuutti ja krooninen kipu toisistaan. Kivun voimakkuuden lisäksi selvitetään myös, milloin kipua ilmenee, vaihtelee kipun voimakkuus eri vuorokauden ai-

koina, onko kipu säännöllistä ja pahentaako liikkuminen kipua vai lievittääkö. (Kalso 2002, s. 41–43.)

5.2 Kivun lääkehoito

Lääkehoito on eniten käytetty menetelmä kivun hoidossa. Kipulääkkeillä pystytään lievittämään tehokkaasti hyvinkin vaikeita kiputiloja, esimerkiksi leikkauksesta tai syövästä aiheutuvia. Kipulääkkeet jaotellaan vaikutusmekanismien perusteella tulehduskipulääkkeisiin sekä heikkoihin, keskivahvaan ja vahvoihin opioideihin. Tulehduskipulääkkeiden toiminta elimistössä perustuu kipua välittävien, tulehdusta lisäävien ja kuumetta aiheuttavien välittäjäaineiden sitomiseen elimistöstä, jolloin nämä oireet lievittyvät. Tulehduskipulääkkeitä, esimerkiksi ibuprofeeni ja ketoprofeeni, saa apteekista ilman reseptiä pieniä määriä ja niitä käytetäänkin yleisesti lievien tai keskivaikeiden kudosaivuriokipujen hoitoon. Myös parasetamoli liitetään samaan ryhmään tulehduskipulääkkeiden kanssa, vaikka sillä ei ole tulehdusta estävää tai lievittävää vaikutusta. Parasetamoli vaikuttaa pääasiassa keskushermoston kautta ja sillä on hyvä kuumetta alentava ja kipua lievittävä vaikutus. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 107–115.)

Opioideja puolestaan käytetään vaikean tai keskivaikean kivun lääkehoitoon. Opioidit vaikuttavat pääasiassa keskushermoston kautta. Opioidireseptoreita sijaitsee selkäytimessä, keskiaivoissa ja aivorungossa, ja niiden aktivoimisen saa aikaan hermovälittäjäaineiden vapautuminen. Opioidien käytössä on huomioitava niihin kehittynyt toleranssi, jolloin tarvitaan yhä suurempia annoksia kivun lievittämiseksi. Lisäksi etenkin vahvat opioidit, kuten esimerkiksi fentanyyli, morfiini ja metadoni, ovat sekä fyysistä että psyykkistä riippuvuutta aiheuttavia ja tämä tulee ottaa huomioon etenkin lääkitystä purettaessa. (Malmberg 2000, s. 190–191.)

5.3 Syöpäkivun lääkehoito

Syöpäpotilaille on erilaisia akuutteja ja pitkäaikaisia kipuja. Monilla potilailla on samanaikaisesti useita kipukohtia kehossaan. Läpilyöntikipu eli kroonisen kivun äkillinen

paheneminen on yleistä. Kipujen selvittelyssä ja hoidossa täytyy ottaa huomioon kivun erilaiset syntytekijät, unohtamatta tautiin liittyviä pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteita, jotka vaikuttavat kivun kokemiseen. Noin kolme neljäsosaa syöpään liittyvistä kivuista on syövän aiheuttamia, noin 20 % johtuu syövän hoidosta ja alle kymmenesosa johtuu muista syistä. Suuri osa syövän aiheuttamista kivuista johtuu kasvaimen aiheuttamista kudosisäilytyksistä. (Vainio 2000, s 94.)

Keuhkosityövän aiheuttaman kivun hoidossa lääkehoitona käytetään kolmenlaisia lääkkeitä. Kivun lääkehoito aloitetaan yleensä aina ensin tulehduskipulääkkeillä. Eri tulehduskipulääkkeiden välillä ei ole olennaisia eroja vaikutusmekanismeissa, joten mikäli jokin tulehduskipulääke ei tehoa kipuun, ei sitä kannata vaihtaa toiseen tulehduskipulääkkeeseen. Joissain tapauksissa potilaan voi olla hyödyllistä käyttää tulehduskipulääkkeitä niiden tulehdusta poistavan vaikutuksen vuoksi, vaikka niillä ei kipuja saataisikaan pois. Mikäli tulehduskipulääkkeellä ei saada tarvittavaa kivun hoitoa aikaiseksi, sen rinnalle voidaan lisätä vahvempi kipulääke, eli opioidi, tai jokin muu kivunhoitomenetelmä. (Vuorinen 2008, s. 12–13.)

Opioidit lievittävät hyvin syövästä aiheutuvaa kipua. Opioideissa aloitetaan kivunhoito heikoista opioideista ja aina ensin mahdollisimman pienellä vaikuttavalla annostuksella. Jokainen ihminen reagoi kipulääkkeisiin yksilöllisesti, joten oikean annoskoon titraaminen vie joskus aikaa. Kipulääkitystä suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon myös kipua aiheuttavat ja ylläpitävät mekanismit. Mikäli heikoista opioideista ei saada tarvittavaa apua kivunhoitoon, siirrytään vahvempiin opioideihin. Näissäkin aloitetaan pienimmästä mahdollisesta annoksesta, jota nostetaan tarpeen mukaan. (Kalso & Vainio 2002, s. 137.) Kivunhoidon lääkkeellisessä hoidossa käytetään peruslääkkeenä pitkävaikutteisia opioideja, joiden rinnalle on usein määrätty saman lääkeaineryhmän lyhytvaikutteinen kipulääke läpilyöntikipujen hoitoon. Mikäli potilas tarvitsee lyhytvaikutteista kipulääkettä useita kertoja vuorokaudessa läpilyöntikipuun, tulee pitkäaikaisen kipulääkkeen annosta nostaa. (Vuorinen 2008, s. 14–16.)

Kivunhoitoon voidaan käyttää myös muita lääkkeitä, kuin kipulääkkeitä. Tällaisia ovat esimerkiksi eräät masennuslääkkeet tai epilepsialääkkeet. Masennuslääkkeistä usein kivunhoidossa käytetty lääke on amitriptyliini, joka nostaa potilaan kipukynnystä jo

hyvin pienillä annoksilla. Lisäksi sillä on unta normalisoiva ja väsyttävä vaikutus, joten se sopii myös unilääkkeeksi kivusta kärsiville potilaille. Epilepsialääkkeitä puolestaan käytetään kivun hoidossa estämään virheellisten impulssien kulku hermostossa. Tällaisia lääkkeitä ovat karbamatsepiini, kabapentiini ja pregabaliini, ja niiden vaikutus kohdistuu hermovauriokivussa vain vaurioituneisiin ääreisherموihin. (Vuorinen 2008, s. 16.)

Lääkkeiden lisäksi voidaan syöpää sairastavan potilaan kivun hoidossa käyttää myös erilaisia erikoistekniikoita, kuten ihonalaista lääkitystä, puudutuksia ja neurokirurgisia menetelmiä (Kalso & Vainio 2002, 165–166). Ihonalaisessa lääkityksessä kipulääke annostellaan suoraan potilaan ihon alle tai suoneen. Yleensä potilaalla on tällöin käytössä kipupumppu, joka pumpkaa lääkettä etukäteen säädettyjen annosten ja turvarajojen mukaan potilaaseen. Kipupumpun käyttöä suositellaan sellaisille potilaille, jotka eivät pysty ottamaan kipulääkkeitä suun kautta, esimerkiksi pahoinvoinnin tai suolitukoksen vuoksi. Vaihtoehtoisesti kipupumpun sijaan voidaan käyttää kipulääkelaastareita, joista kipulääke imeytyy potilaan ihon läpi elimistöön. (Vuorinen 2008, s. 17–18.) Yksi kivunhoidon erikoistekniikka on selkäydinpuudutus, jossa selkäytimen lähelle asennetaan katetri, jonka kautta annostellaan kipulääkkeitä ja puudutusainetta. Tässä tekniikassa voidaan puuduttaa kipualue joko vyöhykemäisesti tai kokonaan katetrin alapuolelta. Neurokirurgisissa menetelmissä voidaan yksittäisiä hermoja käsitellä puudutteilla tai ärsyttää neuloilla tai sähköllä. Näitä menetelmiä voidaan jossain määrin käyttää oheishoitoina syöpäkivun hoidossa. (Kalso & Vainio 2002, s. 170–175.)

5.4 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Keuhkosityöpää sairastavan potilaan kaikki kivut eivät aina johdu itse sairaudesta, vaan syynä kipuihin voivat olla esimerkiksi pitkän sairaalassa oloajan mukanaan tuoma liikkumattomuus tai vuodepotilaaksi pakottavat syöpähoidot. Tällöin potilaalle voi olla apua fysioterapiasta. Pitkät sairaalahoidot altistavat lihaskunnan heikkenemiselle, toisaalta lihaskunto ja suorituskyky saattavat alentua jopa viikon vuoteessa olon jälkeen. Syöpä ei ole esteenä liikehoidoille, kunhan hoidossa huomioidaan mahdollisten metastaasien paikat ja niiden aiheuttamat rajoitukset. Syöpäpotilaan liikunnassa tulee painot-

taa kevyitä liikuntamuotoja ja välttää voimakasta rasitusta ja ääriasentoja. Hyviä liikunta muotoja ovat esimerkiksi kävely, pyöräily tai vesiliikunta. (Vuorinen & Kalso 2007, s. 31–32.)

Syvälämpöhoitoa, hierontaa tai pintalämpöhoitoa ei suositella syöpäkasvainien tai etäpesäkkeiden alueelle. Lymfaterapiaa puolestaan voidaan käyttää, esimerkiksi raajojen turvotukseen, mutta etenkin sairauden alkuvaiheessa hyvin varovaisesti. Kaula- rinta- ja lannerangan kipuihin voidaan kokeilla manipulaatiohoitoja, kuitenkin huomioiden mahdollisten etäpesäkkeiden aiheuttamat murtumavaarat luustossa. Pääsääntö fysikaalisissa hoidoissa on mobilisoivien menetelmien käyttö. (Vuorinen & Kalso 2007, s. 32.)

Keuhkosityövän aiheuttamaan kipuun voi joillakin potilailla auttaa myös rentoutus ja hengitysharjoitukset. Hengitysharjoitusten tavoitteena on rentouttaa lihaksia ja jo pelkästään syvään hengittämisellä on rentouttava vaikutus. Rentoutus sopii parhaiten potilaille, joilla on kipua voimistavia emotionaalisia ongelmia ja pelkoja, sillä rentoutus vähentää ahdistuneisuutta ja lihasjännitystä. Rentoutusta ja hengitysharjoituksia potilas voi tehdä itsenäisesti, juuri silloin kun hän tuntee siihen tarvetta ja kokee saavansa niistä apua kivun hallintaa. Rentoutus toimii siis mukana kulkevana kivunhallintakeinona. (Kalso & Vainio 2002, s. 202.)

Syöpään sairastuneen potilaan emotionaalinen ja psyykinen tukeminen ovat myös osa kivunhoitoa. Sairastuminen syöpään herättää useimmissa potilaissa pelkoja ja aiheuttaa sekä psyykkisen että fyysisen tasa-painon järkkymistä elämässä. Kivut ovat oire, joita syöpään sairastuneet eniten pelkäävät. Kun hoitaja ymmärtää potilaan tunteita ja hyväksyy ne, on hänellä hyvät edellytykset potilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen sairauden aikana. Ne toimivat myös hyvänä lähtökohtana kivunhoidolle. Sairauden alkuvaiheessa pelko, viha, ahdistus ja epätoivo lisäävät potilaan kivun tuntemista, tällöin on hyvin tärkeää antaa tietoa kivunhoidosta niin kirjallisesti kuin suullisestikin, sekä muistaa että asioiden toistaminen on hyvin tärkeää. Alun shokkivaiheen jälkeen potilas alkaa usein itse kiinnostua kivunhoidostaan ja sen seurannasta. Kun potilaalla on luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde, hän todennäköisemmin ottaa kivunhoidon puheeksi ja tuo esille kivunhoitoon liittyviä kysymyksiä. Tärkeää kivunhoidon onnistumisen kannalta on se, että potilas saa itse osallistua päätöksen tekoon kivunhoidonmenetelmän valin-

nassa, sekä se, että hän kykenee ymmärtämään kipuaan ja hallitsemaan sitä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 185–186.)

Kivunhoitoon voi saada apua myös erilaisista terapiaryhmistä tai yksilöterapiasta. Kipuun liittyy aina fyysisen kivun lisäksi psykologinen kivun kokeminen. Varsinkin pitkään jatkuneeseen kipuun liittyy paljon erilaisia tunteita tai toisaalta kyvyttömyys tunteiden ilmaisemiseen. Kipuun voidaan vaikuttaa vaikuttamalla kipua kokevan ihmisen havainto- ja tunnemaailmaan. Tärkeää on huomioida sairastuneen lisäksi myös hänen läheisensä. Perheterapiassa otetaan lähtökohtaisesti huomioon se, että perhe on jokaisen tärkein sosiaalinen ympäristö. Perheellä ja läheisillä ihmisillä on suuri vaikutus siihen, kokeeko sairastunut oman tilanteensa myönteisenä vai toivottomana. (Kalso & Vainio 2002, s. 190–199.)

6 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Tämän opinnäytetyön tekeminen alkoi keväällä 2010 aiheen valinnalla, kun aiemmin valittu opinnäytetyön aihe ei lopulta toteutunutkaan. Aloin miettiä, mistä voisin opinnäytetyön tehdä, ja selailin eri työnantajien ehdotuksia ja tilauksia opinnäytetyöksi. Päädyin myös kyselemään jo työelämässä olevilta tutuilta ja ystäviltä, olisiko heidän työpaikoillaan tilausta opinnäytetyölle. Minulle selvisi, että Peijaksen sairaalan keuhkosairauksien vuodeosastolla olisi tarvetta keuhkosityöpää sairastavien potilaiden kivunhoitokansiolle. Siitä tuli opinnäytetyöni aihe.

Osaston S4k osastonhoitajalta sain tietää, että osastolla on yhä enemmän keuhkosityöpää sairastavia potilaita ja että osastolla olisi tarvetta saada lisää tietoa kivunhoidosta. Osaston työntekijöiltä tuli toive tietää enemmän lääkehoidon aloittamisesta kivunhoidossa sekä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä.

Aloin työstää opinnäytetyötä hakemalla tietoa sekä keuhkosityövästä että kivunhoidosta. Käytin tiedonhakuun Diakonia-ammattikorkeakoulun internetsivujen kautta käytettävissä

sä olevia tietokantoja, jotka löytyvät kirjasto- ja tietopalveluiden kautta. Internet-hakujen lisäksi käytin Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjastopalveluita.

En saanut osastolta tiukkoja aikarajoja heille tulevan osuuden valmistumisen suhteen, joten olen voinut työstää opinnäytetyötä oman työni ohella aina mahdollisuuksien mukaan. Osastolle tuleva kansio keuhkosityöpää sairastavan potilaan kivunhoidosta valmistui lopulta joulukuussa 2011. Kansio sisältää teoriatietoa niin keuhkosityövästä kuin kivusta sekä kivunhoidosta. Lisäksi kansiossa on lyhyesti tietoa osastolla S4k käytössä olevista kivunhoidossa käytetyistä lääkkeistä. Listan lääkkeistä sain osastolta. Olen pyrkinyt siihen, että kansio olisi helposti käytettävissä ja siitä olisi helppo löytää tarvitsemaansa tietoa. Kansion ulkoasu on hyvin yksinkertainen ja pelkistetty.

6.1 Menetelmänä toiminnallinen opinnäytetyö

Niin kuin muissakin opinnäytetyömenetelmissä on toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäinen vaihe aiheen ideointi. Valinnassa on hyvä lähteä liikkeelle siitä, että pohtii millaiset asiat opinnoissa itseään kiinnostaa. Tältä pohjalta on hyvä alkaa syventää omaa ammatillista osaamistaan sekä alkaa kartoittamaan mahdollista työelämän yhteistyökumppania opinnäytetyölle. (Vilka & Airaksinen 2004, s. 23.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa jokin tuote. Se voi olla kirjallinen tuote, tapahtuma tai vaikka näyttely. Tarkoituksena on yhdistää teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja toiminnallisuus sekä raportointi. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu käytännössä kahdesta osasta, joista toinen on työn toiminnallinen osuus ja toinen raportointi. (Vilka & Airaksinen 2004, s. 9, 51.)

6.2 Terveysviestintä

Koska terveysviestinnälle ei ole olemassa yhtenäistä määritelmää sen monitieteellisyyden takia, voidaan terveysviestintä määritellä WHO:n mukaan keskeiseksi keinoksi välittää terveystietoa yleisölle sekä keinona ylläpitää julkista keskustelua terveystieteen

myksistä. Yleisesti terveystiedotuksella tarkoitetaan viestintää joka koskee terveyttä tai terveyteen liittyviä käsitteitä. Kuitenkin kulttuurisesta näkökulmasta katsottuna terveystiedotuksen sisältö koskee niin terveyttä kuin sairauttakin, ja se voi perustua sekä tietoon että tunteeseen, kokemuksia unohtamatta. Terveystiedotukseen liittyy sairauksien ja terveyden tutkiminen ja hoito sekä niihin liittyvä viestintä, kuten myös kirjallinen ja suullinen potilaan neuvonta ja ohjaus. Lisäksi terveystiedotus käsittää lääkärin ja potilaan tai hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen. (Torkkola 2002.)

7 KANSION ARVIOINTI

Toimitin keuhkosityöpöpotilaan kivunhoito -kansion osastolle S4k tammikuussa 2012. Tällöin pyysin osaston vakituisia työntekijöitä, sijaisia sekä mahdollisesti osastolla olevia opiskelijoita tutustumaan kansion sisältöön. Pyysin heiltä palautetta kansion sisällöstä liittämällä kirjallisen pyynnön kansion mukaan. Toivoin palautteen olevan vapaamuotoinen mielipide siitä, vastaako kansion sisältö heidän tarpeitaan ja toiveitaan kansiossa.

Kansio oli osastolla arvioitavana noin kuukauden ajan. Osaston työ on ajoittain hyvin kiireistä, joten ymmärrettävästi kaikki eivät jättäneet kirjallista palautetta. Osaston vakituisista työntekijöistä viisi sairaanhoitajaa sekä osastonhoitaja tutustuivat kansioon ja antoivat palautetta. Myös kaksi osastolla silloin työharjoittelussa ollutta sairaanhoitaja-opiskelijaa antoivat kansion sisällöstä palautetta.

Osastolta saamani palaute oli positiivista ja monipuolista. Kansion sisällössä pidettiin sen helppolukuisuudesta sekä selkeästä etenemisestä. Kommentoijat pitivät hyvänä, että syövän aiheuttama kipu oli erotettu syöpähoitojen aiheuttamasta kivusta. Kansiossa saamassani palautteessa oli myös sisältöä koskevia tarkennusehdotuksia, jotka liittyivät esimerkiksi vuodepotilaiden kivunhoitoon ja lääkehoidon tarkkaan kirjaamiseen. Lisäksi kansioon toivottiin johdantokappaletta. Liitteessä 1 esitellään osastolle S4k tulleen kansion sisältö.

Oman arvion mukaan kansion ensimmäisestä versiosta, joka oli siis osastolla arvioinnissa ollut versio, tuli hyvin teoriapohjainen. Kun olin kansion sisällön saanut valmiiksi ja aikaa kului, aloin miettiä mitä kaikkea kansioista jäi vielä puuttumaan. Myös saamani palaute sekä osastolta että opettajilta oli hyvin samankaltaista omien ajatusteni kanssa. Kansion tulisi olla enemmänkin eri kivunhoidon menetelmiä sisältävä. Siinä tulisi olla myös käytännönläheisempiä menetelmiä kivun arvioinnista.

Kun pohdin mitä kansiossa tulisi sisällöllisesti olla, huomaan nyt, että lähestyin asiaa liian teoreettisesta näkökulmasta. Se mitä osastolla ehkä enemmän kaivattaisiin eli käytännön menetelmiä ja neuvoja, jäi teorian jalkoihin.

8 POHDINTA

Tehdessäni tätä opinnäytetyötä sain syventyä sekä keuhkosityöpään sairautena että kivun syntyyn ja kivun hoitoon. Käytin tietolähteenä luotettavia teoksia ja julkaisuja syöpäsairauksista sekä kivusta ja kivunhoidosta. Suomen syöpäpotilaat ry:n sekä suomen kivuntutkimusyhdistys ry:n internetsivujen kautta sain paljon hyvää ja arvokasta tietoa käytettäväksi opinnäytetyöni teoriaosuudessa sekä varsinaisessa osastolle tullessa kansiossa. Sivuilta saa käyttöön esimerkiksi erilaisia potilasoppaita, joissa on paljon hyödyllistä tietoa.

Opinnäytetyötä työstäessä minun oli mahdollista perehtyä vielä syvemmin kivun hoitoon ja erilaisiin kivunhoidon menetelmiin. Oli mielenkiintoista saada lisää tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä sekä kivun kokemisen arvioinnista. Näitä tietoja kaivattiin myös osastolla, jonne keuhkosityöpöpotilaan kivunhoito -kansion tein. Kansio on toteutettu siten, että osaston henkilökunnan on mahdollista jatkaa kansion täydentämistä omien tarpeiden mukaan. Lisäksi heidän on mahdollista lisätä kansioon vielä tarkempaa tietoa oman osaston käytännöistä keuhkosityöpä-potilaiden kivunhoidossa.

Opinnäytetyö oli aiheeltaan hyvin mielenkiintoinen, vaikkakin työn olisi voinut tehdä nopeammassa aikataulussa. Koska tein opinnäytetyön käytännössä kokonaan oman työn ohella, motivaatio opinnäytetyön tekemiseen ei aina ollut paras mahdollinen. Tästä opineena suosittelen opinnäytetyön aloittamista ajoissa. On erittäin tärkeää hyödyntää opinnäytetyön ohjaukseen tarjolla oleva aika. Opinnäytetyön tekemistä helpottaa suuresti mielenkiintoisen aiheen valinta, kuten itse huomasin.

Mutta mielenkiintoinenkin aihe tuntuu välillä siltä, että sitä ei jaksaisi enää ajatella yhtään. Myös motivaatio opinnäytetyön tekemiseen puuttui aika ajoin. Tähän auttoi se, että välillä ei ajatellut koko työtä lainkaan. Silloin kun sai työhön vähän etäisyyttä, alkoi opinnäytetyö taas kiinnostaa ihan eri tavalla. Motivaatiota lisäsi aina se, kun jonkun ongelmallisena kokeman asian sai ratkaistua. Tämän opinnäytetyön tekemisessä oli monia sellaisia hetkiä, etten tiennyt miten edetä. Myös tällöin auttoi kun otti välillä etäisyyttä asiaan ja vaihtoi näkökulmaa tai keskusteli aiheesta työelämässä olevien kollegojen kanssa.

Jos nyt alkaisin tehdä uutta opinnäytetyötä näillä tiedoilla ja taidoilla, joita tämän työn tekemisestä on tullut, osaisin suhtautua asiaan eri tavalla. Todennäköisesti valitsisin aiheen, joka on lähempänä niin sanottua omaa alaa hoitoalan monista vaihtoehdoista.

Opinnäytetyötä tehdessäni mieleeni tuli myös paljon ajatuksia siitä, minkälaisia tutkimuksia olisi mielenkiintoista tehdä oman opinnäytetyöni aiheen tiimoilta. Olisi esimerkiksi mielenkiintoista tutkia sitä, miten keuhkosityöpää sairastavat potilaat kokevat kivunhoidon omalla kohdallaan toimivan ja minkälaista kivunhoitoa he kaipaisivat sekä minkälaista kipua he kokevat. Olisi myös mielenkiintoista tietää, osaako hoitohenkilökunta tunnistaa kipua omien ja potilaiden arvioiden mukaan.

LÄHTEET

- Bellaoui, Pirkko; Karjalainen, Eeva-Maija; Mali, Pekka; Räsänen, Merja & Rosenberg, Leena 2005. Keuhkosityöpötilaan opas. Suomen Syöpäpotilaat ry. 2005.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 1999. Sisätauti – kirurginen hoitotyö. WSOY: Porvoo.
- Isola Jorma 2006. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Lyly Teppo & Mikko Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Duodecim, 16–33.
- Kuuppelomäki, Merja 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY: Porvoo, 129–157.
- Lehti, Tuija 2000. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY: Porvoo, 67–92.
- Mali, Pekka; Ojala, Antti & Salo, Jarmo A. 2006. Keuhkosityöpä. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Lyly Teppo & Mikko Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Duodecim, 277–294.
- Malmberg, Lena 2000. Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa Eriikka Sailo ja Anne-Marie Varti (toim.) Kivunhoito. Tammi: Tampere, 185–198.
- Roberts, Peter J. & Joensuu, Heikki 2006. Kliininen diagnostiikka ja levinneisyysluokittelu. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Lyly Teppo & Mikko Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Duodecim, 76–81.
- Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Varti (toim.) Kivunhoito. Tammi: Helsinki, 30–38.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY: Oppimateriaalit.
- Salminen, Eeva 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY: Porvoo, 11–43.
- Sarlio, Johanna 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Varti (toim.) Kivunhoito. Tammi: Helsinki, 23–29.

- Torkkola, S. 2002. Mitä on terveysviestintä? Jyväskylän yliopisto. www.avoin.jyu.fi/optimakurssit/terveystieto/terv102/osa-1-terveysviestinta/mita-terveysviestinta-on viitattu 21.10.2011.
- Vainio, Anneli & Kalso, Eija 2006. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Lyly Teppo & Mikki Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Duodecim, 756–774.
- Vainio, Anneli 2000. Kivun lääketieteellinen hoito. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY: Porvoo, 93–112.
- Vilkkä, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi: Jyväskylä.
- Vuorinen, Eero & Kalso, Eija 2007. Syöpäkivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007.
- Vuorinen, Eero 2008. Syöpäpotilaan kivun hoito. Suomen Syöpäpotilaat ry. 2008.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. WSOY: Juva.
- Kalso, Eija 2002. Kipu tutkimuskohteena. Teoksessa Eija Kalso ja Anneli Vainio (toim.) Kipu. Duodecim: Jyväskylä, 39–49.
- Kalso, Eija 2002. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Eija Kalso ja Anneli Vainio (toim.) Kipu. Duodecim: Jyväskylä, 222–244.
- Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2002. Kivun hoitomuodot. Teoksessa Eija Kalso ja Anneli Vainio (toim.) Kipu. Duodecim: Jyväskylä, 127–208.

LIITE

KEUHKOSYÖPÄPOTILAAN KIVUNHOITO

Maija Soininen
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

SISÄLLYS

I OSA: Teoria	4
1 Johdanto	5
2 Keuhkosityövän synty	5
3 Keuhkosityövän hoito	6
4 Keuhkosityöpäpotilaan hoitotyö	7
4.1 Ravitseminen	7
4.2 Hygienia ja erityis	7
4.3 Hengenahdistus ja yskä	8
4.4 Psykkinen tuki	8
5 Kivun synty	9
5.1 Keuhkosityövän aiheuttama kipu	10
5.2 Keuhkosityövän hoitojen aiheuttama kipu	11
6 Kivunhoitotyö, kivun tunnistaminen ja arviointi	12
7 Kivun lääkehoito	13
7.1 Lääkehoidon aloittaminen kivunhoidossa	14
7.2 Erikoistekniikat lääkkeellisessä kivunhoidossa	15
8 Lääkkeettömät kivunhoito menetelmät	16
II OSA: Hoitotyön menetelmiä	18
ESIMERKKEJÄ HOITOTYÖN MENETELMISTÄ	19
Ruokahalu	19
Hygienia	19
Erityis	20
Hengenahdistus ja yskä	20
Psykkinen tuki	20

Kipu	21
Kivun tunnistaminen	21
Kivun arviointi	21
Kivun lääkehoito	21
Lääkkeetön kivunhoito	22
Osaston S4k kipulääke valikoima	23
LÄHTEET	26

I OSA: Teoria

1 Johdanto

Tämän keuhkosityöpötitaan kivunhoitoa käsittelevän kansion on tarkoitus olla apuna päivittäisessä hoitotyössä. Kansio jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen osa sisältää teoriatietoa keuhkosityövästä, sen hoitomuodoista sekä kivunhoidosta. Toiseen osaan on koottu esimerkkejä eri menetelmistä, joita voi hyödyntää hoitotyössä. Menetelmä esimerkkejä on sekä keuhkosityöpötitaan hoitotyöhön liittyen että kivunhoitoon liittyen.

2 Keuhkosityövän synty

Keuhkosityöpä on Suomessa miesten toiseksi yleisin syöpä ja naisten neljänneksi yleisin syöpä. Keuhkosityövän ilmaantuvuus niin Pohjoismaissa kuin Länsi-Euroopassa ja Yhdysvalloissakin on miesten kohdalla pienentynyt, mutta naiset sairastuvat keuhkosityöpään yhä useammin. Näin on myös Suomessa. Keuhkosityövän ilmaantuvuus väestössä on suoraan verrannollinen tupakoinnin lisääntymiseen. Tupakointi onkin suurin keuhkosityöpää aiheuttava vaaratekijä, jopa 85 – 90 % todetuista keuhkosityövistä johtuu tupakoinnista. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 277.)

Keuhkosityövän diagnosoimiseksi varmintä on tutkia leikkauksessa poistettu syöpäkudos kokonaan mikroskooppisesti, sillä keuhkosityöpäkudokselle on tyypillistä, että kudoksen voi olla syöpäkasvaimen eri kohdissa erilainen. Keuhkosityövät, jotka ovat epiteelisiä, voidaan histologian mukaan luokitella pienisoluisen karsinoomaan ja ei-pienisoluisiin karsinomiin. Samassa keuhkosityöpäkasvaimessa voi siis olla sekä pienisoluisia että ei-pienisoluisia karsinoomaa samoin kuin esimerkiksi levyepiteeli- että adenokarsinoomaa. Kaikista keuhkosityövistä 40 % on levyepiteelikarsinomia ja adenokarsinomia on 25 %. Näistä kahdesta keuhkosityöpätyypistä adenokarsinoma on naisilla tyypillisempi kuin miehillä, ja tupakoimattomien keuhkosityöpään sairastuneiden keuhkosityöpätyyppi on lähes aina adenokarsinoma. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 279.)

Keuhkosyöpä on hyvin usein alkuvaiheessa oireeton, ja joskus keuhkosyöpäkasvain saattaa ehtiä kasvaa hyvinkin kookkaaksi ennen ensioireita. Osa keuhkosyövistä löydetäänkin sattumalöydöksinä jonkin muun tutkimuksen yhteydessä. Yleisimmät keuhkosyövän aiheuttamat oireet ovat hengenahdistus, yskä, veriyskä, toistuvat keuhkokuumeet sekä yleisoireet, kuten väsymys, heikkous, kuumeilu ja ruokahaluttomuus sekä laihtuminen. Yleisoireet voivat pitkään olla ainoita viitteitä keuhkosyövästä, joten hoitoon hakeutuminen saattaa viivästyä pitkäänkin. Kuitenkin keuhkosyövän syntyprosessi on hyvin monivaiheinen ja pitkäaikainen. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 281.)

3 Keuhkosyövän hoito

Yleisimmät syövän hoito menetelmät ovat kirurginen hoito, sädehoito ja solunsalpaaja eli sytostaattihoido. Etenkin kun on kyse syöpäkasvaimesta, on ensisijainen hoitomuoto kasvaimen kirurginen poisto. Mikäli kasvainta ei pystytä kirurgisesti poistamaan, joko kasvaimen sijainnin tai koon vuoksi, voidaan kasvainta yrittää pienentää tai poistaa kokonaan sädehoidon tai solunsalpaajahoidon avulla. Usein hoitona käytetään useiden eri hoitomuotojen erilaisia yhdistelmiä. Kirurgisen hoidon, sädehoidon ja solunsalpaajahoidon lisäksi kehitteillä on jatkuvasti uusia hoitomenetelmiä, esimerkiksi erilaiset hormonaaliset hoitomuodot tai paikalliset, suoraan syöpäsoluihin kohdistuvat syöpälääkkeet. Hyvin tärkeä osa syövän hoitoa ovat myös potilaan hoidon aikana vointia ja hoidon sietokykyä vahvistavat lääkkeet ja hoidot, kuten tehokas kivunhoito ja pahoinvoinnin hoito. (Salminen 2000, s. 24 – 33.)

Keuhkosyöpää sairastavan potilaan hoito määräytyy histologian, TNM-luokituksen ja potilaan yleiskunnon mukaan, myös leikkauskelpoisuus vaikuttaa siihen, hoidetaanko potilasta kirurgisesti. Potilaan hoitopäätökseen vaikuttaa ratkaisevasti myös potilaan yleiskunto ja hänen mahdolliset muut sairaudet, etenkin sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet sekä munuaisten ja maksan sairaudet. Myös syövän levinneisyys muualle elimistöön vaikuttaa hoitopäätökseen, mikäli keuhkosyövän todetaan

muodostaneen etäpesäkkeitä, on hoidon ennuste varsin huono. (Mali, Ojala & Salo 2006, s. 287.)

4 Keuhkosityöpöpotilaan hoitotyö

Syöpään sairastuminen horjuttaa sairastuneen fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia. Konkreettisesti syöpää hoidetaan lääketieteellisin keinoin, mutta sekä sairauden että hoitojen aiheuttamia ongelmia voidaan hoitaa hoitotyön keinoin. Sairaanhoidajalla on siis suuri rooli syöpää sairastavan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. (Lehti 2000, s. 68.)

4.1 Ravitsemus

Sekä syöpähoidot että itse sairaus voivat aiheuttaa monia erilaisia fyysisiä oireita, joita voidaan ehkäistä tai helpottaa hoitotyön eri menetelmin. Yksi hankalimpia fyysisiä ongelmia, joita keuhkosityöpää sairastavat kokevat, on ruokahaluttomuus. Ravinnon saanti on paranemisen kannalta erittäin tärkeää. Olisi tärkeää, että sairastunut saisi ravinnosta riittävästi valkuaisaineita, vitamiineja ja kivennäisaineita, jotta elimistö kykenisi muodostamaan uusia terveitä soluja. Keuhkosityöpää sairastavan potilaan ruokahalun huononeminen johtuu yleensä sädehoidosta, solunsalpaajahoidosta tai leikkaushoidosta. Tavoitteena olisi kuitenkin saavuttaa mahdollisimman hyvä ravitsemustila ja ylläpitää sitä lääketieteellisistä hoidoista huolimatta. (Lehti 2000, s. 68–69.)

4.2 Hygienia ja erityis

Syöpää sairastavan potilaan hygieniasta on tärkeää pitää hyvää huolta ja hoitosuunnitelmassa tulisi ottaa huomioon myös potilaan omat tottumukset ja tavat hygienian hoidossa ja ne tulisi yhdistää tarvittaviin hoitoihin. Etenkin sädehoitoa saavan potilaan ihon kunnosta on pidettävä erityisen hyvää huolta. Onkin tärkeää, että potilaalle annetaan

hyvät ja selkeät ihonhoito ohjeet myös kotiin. Sädehoito aiheuttaa vähitellen punoitusta ja arkuutta hoitoalueelle. Se myös lisää tulehduksen riskiä. Mikäli sädehoidettava ihoalue tulehtuu, hidastaa se suunniteltua sädehoitoa. Syöpää sairastavan potilaan tulee siis huolehtia hyvin ihonsa kunnosta, jotta pahoilta infektioilta välttyttäisiin. Suuhygieniasta huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää suun limakalvojen rikkoutumisen ehkäisyssä. Tupakointi on syytä lopettaa, sillä se pahentaa huomattavasti limakalvojen terveenä pysymistä. Sädehoitojen aikana on hyvä hoitaa suuta ja hampaita tehostetusti, jotta sädehoitoja on mahdollista toteuttaa suunnitelmien mukaan. (Lehti 2000, s. 75–79.)

Sädehoidot ja solunsalpaaja hoidot voivat aiheuttaa potilaalle niin ummetusta kuin ripuliakin sekä pahoinvointia ja oksentelua, jotka vaikuttavat potilaan nestetasapainoon. Hoitotyössä onkin hyvin tärkeää tarkkailla potilaan nestetasapainoa, jotta välttyttäisiin liialliselta kuivumiselta ja laihtumiselta. Etenkin laihtuminen on hyvin hankalaa korjata jälkikäteen. Laihtumisella on hyvin suuri vaikutus siihen, miten potilas selviytyy hoidoista. (Lehti 2000, s. 80–82.)

4.3 Hengenahdistus ja yskä

Yksi keuhkosityövän ensimmäisiä oireita on usein hengenahdistus. Tämä oire jatkuu läpi koko sairausajan. Alkuun hengenahdistusta tuntuu ennen kaikkea rasiuksessa, ja tällöin onkin syytä sovittaa liikkuminen voinnin mukaan. Hengenahdistus voi tuntua myös jatkuvana, jolloin sitä tuntuu myös levossa ollessa. Tällöin hengenahdistus rajoittaa sairastuneen elämää enemmän, ja sairastuneesta voi tuntua, ettei hän jaksakaan tehdä yhtään mitään. Toinen hyvin yleinen oire keuhkosityöpää sairastavilla on yskä. (Bellaoui, Karjalainen, Mali, Räsänen & Rosenberg 2005, s. 18.)

4.4 Psykkinen tuki

Syöpään sairastuminen ei ole vain fyysinen prosessi, vaan siihen liittyy hyvin suurelta osin myös tunteiden ja ajatusten muutokset ja myllerrykset. Syöpädiagnoosi on yleensä raskasta saada ja kuulla, ja se aiheuttaa monenlaisien ajatusten ja tunteiden vyöryn sekä

sairastuneelle että hänen läheisilleen. Hyvin yleistä on, että sairastunut kieltää alkuun sairauden kokonaan. Tämä on yleensä tarpeellinen suojautumismekanismi, jotta sairastunut voi koota omia voimavarojaan ja saavuttaa tunnetasapainon, ennen kuin pystyy hyväksymään sairauden todeksi. Syöpään sairastuminen laittaa usein elämänarvot uusiksi ja aiheuttaa paljon erilaisia pelkoja ja surua. Sairastuminen saattaa aiheuttaa erilaisia syyllisyyden ja häpeän tunteita, sekä itsesääliä ja itsetunnon laskua. Monet aiemmin tutut ja turvalliset asiat saattavat jäädä elämästä kokonaan pois ja sairaus ja hoito alkavat määritellä elämää. Sairastuneen kannalta olisi tärkeää yrittää säilyttää positiivinen asenne, jolloin hoitojen jaksaminen olisi mahdollisesti helpompaa. (Bellaoui et al. 2005, s. 21.)

5 Kivun synty

Kipu on yksi kaikkia maailman ihmisiä koskeva aistimus. Kipua voi tuntua normaalien fysiologisten tapahtumien yhteydessä, tapaturmien yhteydessä sekä myös erilaisten tutkimusten ja hoitomuotojen yhteydessä. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun näin: ” Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein” (IASP 1994). Kivun kokeminen on aina hyvin subjektiivista, eivätkä toiset ihmiset yleensä tiedä toisen kivusta ellei tämä jollain tavoin kipuaan ilmaise. Kuitenkin tulee muistaa, että vaikka ihminen ei pystyisi kipuaan sanallisesti tai millään muullakaan tavoin ilmaisemaan, voi hän kuitenkin kokea hyvinkin voimakasta kipua. (Sarlio 2000, s. 24 – 29.)

Kipu tuntemukseen vaikuttavat monet eri tekijät ja usein kivun kokeminen on hyvin kokonaisvaltaista. Kivun kokemisen kokonaisuuteen vaikuttavat niin fyysiset kuin psyykkisetkin tekijät. Fyysinen kipu johtuu usein ulkoisesta tekijästä tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttamasta kudosvauriosta. Kudosvauriokivussa kipuhermopäätteet reagoivat voimakkaasti kudosvaurion aiheuttamalle ärsykkeelle. Tällaista kipua kutsutaan nosiseptiiviseksi kivuksi. Nosiseptiivinen kipu puolestaan jaetaan kahteen ryhmään, somaattiseen kipuun ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen kipu aiheutuu lihas, luusto,

sidekudos ja iho vaurioista, kun taas viskeraalinen kipu on sisäelinten kudosaauriosta johtuvaa kipua. Tyypillisiä nosiseptiivista kipua aiheuttavia tilanteita ovat infektiot, iskemia ja kasvaimet. Myös neuropaattinen kipu on kudosaaurion aiheuttamaa kipua. Tällöin vaurio on kuitenkin itse kipua välittävissä hermossa. Neuropaattinen kipu on siis hermovauriokipua, joka on voinut syntyä ulkoisen tekijän aiheuttamana tai sisäisen vamman, esimerkiksi kasvaimen, aiheuttamana. Hermovauriokipu jaotellaan sijainnin mukaan erilaisiin kipu- ja tuntehäiriöihin. Kipua voi syntyä myös ilman selvää kudosta tai hermovauriota. Kun kivun aiheuttajaa ei tiedetä, kutsutaan kipua idiopaattiseksi kivuksi. Idiopaattiseen kipuun liittyy hyvin vahvasti ahdistusta ja levottomuutta. Kipu on idiopaattista kun se on jatkunut yli kuusi kuukautta, eikä huolellisista ja asianmukaisista tutkimuksista huolimatta ole saatu selville kivun aiheuttajaa. (Sailo 2000, s. 30 – 33.)

Kipu jaotellaan sen keston mukaan akuuttiin ja krooniseen. Akuutti kipu on äkillisesti ja nopeasti alkavaa, ja toimiikin elimistön varoitusmerkkinä. Yleensä akuuttiin kipuun liittyy jokin selkeä syy, mikä kivun aiheuttaa. Akuutti kipu paranee ajallaan ja lievittyy helpommin, eikä se jätä keskushermostoon pysyviä jälkiä. Akuutti kipu pitää kuitenkin hoitaa ajoissa ja asianmukaisesti, ettei kipu kroonistu. Kroonisella kivulla tarkoitetaan kipua, joka kestää yli kolme kuukautta tai kipua, joka kestää pidempään kuin normaalin kudoksen paranemiseen kuluvan ajan. Krooninen kipu ei toimi elimistön varoitusmerkkinä, vaan se on sairaus. Kun krooninen kipu on nosiseptiivista, se on merkkinä kudosten hapenpuutteesta. Tällöin pitkäänkin kestänyt kiputila voidaan parantaa, koska kivun aiheuttaja on tiedossa ja siihen voidaan vaikuttaa. Neuropaattisessa kivussa vaurioitunut hermo lähettää jatkuvasti kipu impulssia elimistöön. Krooninen kipu aiheuttaa muutoksia keskushermostoon, joten jatkuvasta kivusta kärsivän ihmisen kipua estävät hermo- toiminnot heikkenevät. Tällöin elimistössä on jatkuvasti kipuärsykyitä, jolloin selkäydin saattaa herkistyä siten, että kipuaistimus voimistuu. Yleensä krooninen kipu mielletään jatkuvaksi kivuksi, mutta se voi olla myös toistuvaa. Krooninen kipu voi myös olla tuntemattomasta syystä johtuvaa, jolloin ihmisellä todetaan krooninen kipuoireyhtymä. (Sailo 2000, s. 34 – 35.)

5.1 Keuhkosityövän aiheuttama kipu

Kivun esiintyminen syöpä potilailla vaihtelee niin sairauden vaiheesta kuin syövän sijainnistakin riippuen. Kaikista syöivistä eniten kipua sairauden alkuvaiheessa koetaan keuhkosityövässä. Yli puolet keuhkosityöpään sairastuneista kokevat kipua myös sairauden loppuvaiheessa, kivun voimakkuus voi vaihdella lievästä voimakkaaseen. Kuitenkaan kaikille keuhkosityöpää sairastaville ei tule kipuja. On arvioitu, että noin 75 %:a syöpäkipuista johtuu itse syövästä ja 15 %:a johtuu hoidoista. Myös muita syitä kivun tuntemiseen on. Nosiseptiivinen kipu syöpään sairastuneilla johtuu usein syöpäkasvaimesta. Kipua syntyy kun kasvain aiheuttaa kudolvaurioita esimerkiksi täyttämällä ja venyttämällä onttoa sisäelintä, kuten suolta. Myös sisäelinten ympärillä olevat kapselit ovat hyvin kipuherkkiä, jolloin kasvaimen aiheuttama turvotus sisäelimessä, jossa ei itsessään ole kipureseptoreita, aiheuttaa kipua. Toisaalta syöpäkasvain voi erittää kipua aiheuttavia kemikaaleja, jotka herkistävät tai ärsyttävät kipuhermopäätteitä. Keuhkosityövässä suurin kipua aiheuttava tekijä on luuetäpesäkkeet. Kaikkia luuetäpesäkkeiden kipua aiheuttavia mekanismeja ei toistaiseksi tarkasti tiedetä. Luustometastaasit aiheuttavat yleensä jatkuvaa, jomottavaa ja tylppää kipua. Luustometastaasit voivat olla joko lyyttisiä tai skleroottisia, tai molempia. Lyyttiset luuetäpesäkkeet ovat murtuma-herkkiä toisin kuin skleroottiset luuetäpesäkkeet. Luustometastaasit aiheuttavat kivun lisäksi myös hyperkalsemiaa sekä selkäytimen ja hermojen kompressiota, samoin kuin luuydinkudoksen vähenemistä. Lisäksi luustometastaaseihin liittyy suurena riskinä murtumat, jotka puolestaan lisäävät kipuja. Kipu on usein ensimmäinen ja ainoa oire luuhun levinneestä syövästä, sillä metastaasi näkyy röntgenkuvassa vasta muutaman viikon jälkeen. Luun tiheyden tulee muuttua 40 %:a ennen kuin muutos näkyy röntgenkuvassa. Keuhkosityöpään voi liittyä myös neuropaattista kipua, mikäli syöpä kasvain on levinnyt hermostoon tai kasvain painaa tai puristaa hermoja. (Vainio & Kalso 2006, s. 756 – 761.)

5.2 Keuhkosityövän hoitojen aiheuttama kipu

Myös syövän hoitomuodot voivat aiheuttaa sairastuneelle kipuja. Keuhkosityövän ensisijainen hoitomuoto on kirurginen leikkaushoito, jossa kasvain pyritään poistamaan ko-

konaan. Kirurgisesta hoidosta aiheutuu potilaalle myös kipuja. Leikkauksen jälkeen leikkausalue voi olla hyvinkin kipeä. Mikäli leikkaushaavan paraneminen pitkittyy tai haava tulehtuu, aiheuttaa se myös kipua potilaalle. Leikkauksessa saattaa myös syntyä hermovaurio, joka aiheuttaa neuropaattisia kipuja potilaalle. Sädehoito ja solunsalpaajahoidot aiheuttavat myös kipua. Sädehoidon aiheuttama kipu voi johtua hermon verenkierron huononemisesta, fibroosista tai sidekudoksen kroonisesta tulehduksesta. Sädehoito saattaa aiheuttaa paikallisen nekroosin selkäytimessä, joka voi olla hyvinkin kivulias. Sädehoitoon saattaa liittyä pitkäaikaisia komplikaatioita, jotka ovat kivuliaita ja kehittyvät hitaasti. Solunsalpaajahoidot voivat puolestaan aiheuttaa hermovauriokipua, joko suoraan neurotoksisella mekanismilla tai immunologisella mekanismilla. Neurotoksiset solunsalpaajat aiheuttavat aksonivaurioita, jotka näkyvät sekä sensorisina että motorisina oireina. Immunologinen hermovaurio johtuu siitä, kun syövän hoitoon annettu vasta-aine pienentää kasvainta ja samalla indusoi autoimmuunivasteen tervettä hermokudosta vastaan. Tämä johtuu siitä, että solunsalpaaja sisältää sekä syöpäsoluille että terveille soluille yhteisiä antigeenejä. (Vainio & Kalso 2006, s. 762 – 763.)

6 Kivun hoitotyö, kivun tunnistaminen ja arviointi

Onnistunut kivunhoito edellyttää hoitajalta kivun tunnistamista sekä tietoja ja taitoja toteuttaa kivun hoitotyötä. Lisäksi on hyvin tärkeää, että toteutettua kivunhoitoa ja hoitotyötä arvioidaan suunnitellusti ja säännöllisesti, jotta saadaan selville onko toteutettu kivun hoito ollut onnistunutta ja riittävää. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 7 – 12.)

Kivun hoitotyön toteuttamisessa ensimmäinen askel on kivun tunnistaminen. Yleensä kivun kokija kertoo itse, minkälaista kipua hän tuntee ja missä kohtaa kehoa kipua esiintyy. Normaalisti kommunikoimaan kykenevä ihminen pystyy myös kertomaan milloin kipu on alkanut ja minkälaisessa tilanteessa. Ensisijaisesti pyritään selvittämään kivun aiheuttaja, etenkin kun on kyse akuutista kivusta. Toisaalta on olemassa potilasryhmiä, jotka eivät pysty itse sanallisesti kertomaan kokemastaan kivusta ja tällöin on

hoitohenkilökunnan tunnistettava kipu ja pystyttävä arvioimaan sen voimakkuutta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 75.)

Kivun tuntemista voidaan jossain määrin arvioida fysiologisesti. Tässä on kuitenkin huomioitava kivun lisäksi kaikki muutkin potilaan peruselintoimintoihin vaikuttavat tekijät, kuten sairaudet, lääkitys, hoitoympäristö sekä potilaan tunnetila ja toiminta. Fysiologisia muutoksia peruselintoiminnoissa voidaan käyttää apuna potilaan kivun arvioinnissa, mikäli potilas on tajuton tai esimerkiksi tehohoidossa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 75 – 76.)

Myös käyttäytymistä voidaan käyttää apuna kivun arvioinnissa ja tunnistamisessa, etenkin jos potilas ei kykene tai osaa sanallisesti ilmaista itseään. Käyttäytymisen arviointia kivun tunnistamisessa pidetään luotettavampana kivun tunnistamisen keinona kuin fysiologisten muutosten arviointia. Kivun tunnistamista käyttäytymisestä voidaan arvioida esimerkiksi kasvojen ilmeistä, kehon asennosta tai raajojen liikkeistä. Kipua kokeva saattaa itkeä, olla ahdistunut tai hermostunut. Hän ei välttämättä anna koskea itseensä ja hoitotoimenpiteet saattavat olla hänelle hyvin kivuliaita, jonka vuoksi potilas voi olla aggressiivinen hoitajia kohtaan. Kivulias potilas saattaa liikkua hitaammin tai levottomasti ja liikkeet saattavat olla hyvin jäykkiä. Toisaalta pitkään kestänyt kova kipu voi johtaa siihen, ettei potilas enää reagoi, sillä hän voi olla niin voimaton. Kivun kokeminen saattaa aiheuttaa myös eristäytyneisyyttä. Tärkeää kivun arvioimisessa käyttäytymisestä on tietää ja ymmärtää, mikä on potilaalle normaalia käytöstä ja mikä puolestaan normaalista poikkeavaa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 76 – 78.)

Kivun arvioinnissa voidaan käyttää sanallisen arvioinnin lisäksi apuna myös siihen kehitettyjä kipumittareita. Tällaisia ovat esimerkiksi kipujana tai kipukiila sekä numeerinen ja sanallinen kipumittari. Kipua kokevaa potilasta voidaan auttaa kuvailemaan kipuaan antamalla hänelle avuksi kipua kuvaavia adjektiiveja. Lisäksi selvitetään esimerkiksi se, milloin kipua ilmenee, vaihteleeiko kivun voimakkuus eri vuorokauden aikoina, onko kipu säännöllistä ja pahentaako liikkuminen kipua vai lievittääkö. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 83 – 86.)

7 Kivun lääkehoito

Lääkehoito on eniten käytetty menetelmä kivun hoidossa. Kipulääkkeillä pystytään lievittämään tehokkaasti hyvinkin vaikeita kiputiloja, esimerkiksi leikkauksesta tai syövästä aiheutuvia. Kipulääkkeet jaotellaan vaikutusmekanismien perusteella tulehduskipulääkkeisiin sekä heikkoihin, keskivahvaan ja vahvoihin opioideihin. Tulehduskipulääkkeiden toiminta elimistössä perustuu kipua välittävien, tulehdusta lisäävien ja kuumetta aiheuttavien välittäjäaineiden sitomiseen elimistöstä, jolloin nämä oireet lievittyvät. Tulehduskipulääkkeitä, esimerkiksi ibuprofeeni ja ketoprofeeni, saa apteekista ilman reseptiä pieniä määriä ja niitä käytetäänkin yleisesti lievien tai keskivaikeiden kudosaivuriokipujen hoitoon. Myös parasetamoli liitetään samaan ryhmään tulehduskipulääkkeiden kanssa, vaikka sillä ei ole tulehdusta estävää tai lievittävää vaikutusta. Parasetamoli vaikuttaa pääasiassa keskushermoston kautta ja sillä on hyvä kuumetta alentava ja kipua lievittävä vaikutus. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 107 – 115.)

Opioideja puolestaan käytetään vaikean tai keskivaikean kivun lääkehoitoon. Opioidit vaikuttavat pääasiassa keskushermoston kautta. Opioidireseptoreita sijaitsee selkäytimessä, keskiaivoissa ja aivorungossa, ja niiden aktivoimisen saa aikaan hermovälittäjäaineiden vapautuminen. Opioidien käytössä on huomioitava niihin kehittynyt toleranssi, jolloin tarvitaan yhä suurempia annoksia kivun lievittämiseksi. Lisäksi etenkin vahvat opioidit, kuten esimerkiksi fentanyyli, morfiini ja metadoni, ovat sekä fyysistä että psyykkistä riippuvuutta aiheuttavia ja tämä tulee ottaa huomioon etenkin lääkitystä purettaessa. (Malmberg 2000, s. 190 – 191.)

7.1 Lääkehoidon aloittaminen kivunhoidossa

Keuhkosityövän aiheuttaman kivun hoidossa lääkehoitona käytetään kolmenlaisia lääkkeitä. Kivun lääkehoito aloitetaan yleensä aina ensin tulehduskipulääkkeillä. Eri tulehduskipulääkkeiden välillä ei ole olennaisia eroja vaikutusmekanismeissa, joten mikäli jokin tulehduskipulääke ei tehoa kipuun, ei sitä kannata vaihtaa toiseen tulehduskipulääkkeeseen. Joissain tapauksissa potilaan voi olla hyödyllistä käyttää tulehduskipu-

lääkkeitä niiden tulehdusta poistavan vaikutuksen vuoksi, vaikka niillä ei kipuja saataisikaan pois. Mikäli tulehduskipulääkkeellä ei saada tarvittavaa kivun hoitoa aikaiseksi, sen rinnalle voidaan lisätä vahvempi kipulääke, eli opioidi, tai jokin muu kivunhoitomenetelmä. (Vuorinen 2008, s. 12 – 13.)

Opioideissa aloitetaan kivunhoito heikoista opioideista ja aina ensin mahdollisimman pienellä vaikuttavalla annostuksella. Jokainen ihminen reagoi kipulääkkeisiin yksilöllisesti, joten oikean annoskoon titraaminen vie joskus aikaa. Mikäli heikoista opioideista ei saada tarvittavaa apua kivunhoitoon, siirrytään vahvempiin opioideihin. Näissäkin aloitetaan pienimmästä mahdollisesta annoksesta, jota nostetaan tarpeen mukaan. Kivunhoidon lääkkeellisessä hoidossa käytetään peruslääkkeenä pitkävaikutteisia opioideja, joiden rinnalle on usein määrätty saman lääkeaineryhmän lyhytvaikutteinen kipulääke läpilyöntikipujen hoitoon. Mikäli potilas tarvitsee lyhytvaikutteista kipulääkettä useita kertoja vuorokaudessa läpilyöntikipuun, tulee pitkäaikaisen kipulääkkeen annosta nostaa. (Vuorinen 2008, s. 14 – 16.)

Kivunhoitoon voidaan käyttää myös muita lääkkeitä, kuin kipulääkkeitä. Tällaisia ovat esimerkiksi eräät masennuslääkkeet tai epilepsialääkkeet. Masennuslääkkeistä usein kivunhoidossa käytetty lääke on amitriptyliini, joka nostaa potilaan kipukynnystä jo hyvin pienillä annoksilla. Lisäksi sillä on unta normalisoiva ja väsyttävä vaikutus, joten se sopii myös unilääkkeeksi kivusta kärsiville potilaille. Epilepsialääkkeitä puolestaan käytetään kivun hoidossa estämään virheellisten impulssien kulku hermostossa. Tällaisia lääkkeitä ovat karbamatsepiini, kabapentiini ja pregabaliini, ja niiden vaikutus kohdistuu hermovauriokivussa vain vaurioituneisiin ääreisherموihin. (Vuorinen 2008, s. 16.)

7.2 Erikoistekniikat lääkkeellisessä kivunhoidossa

Lääkkeiden lisäksi voidaan syöpää sairastavan potilaan kivun hoidossa käyttää myös erilaisia erikoistekniikoita, kuten ihonalaista lääkitystä, puudutuksia ja neurokirurgisia menetelmiä. Ihonalaisessa lääkityksessä kipulääke annostellaan suoraan potilaan ihon alle tai suoneen. Yleensä potilaalla on tällöin käytössä kipupumppu, joka pumppaa lää-

kettä etukäteen säädettyjen annosten ja turvarajojen mukaan potilaaseen. Kipupumpun käyttöä suositellaan sellaisille potilaille, jotka eivät pysty ottamaan kipulääkkeitä suun kautta, esimerkiksi pahoinvoinnin tai suolitukoksen vuoksi. Vaihtoehtoisesti kipupumpun sijaan voidaan käyttää kipulääkelaastareita, joista kipulääke imeytyy potilaan ihon läpi elimistöön. Yksi kivunhoidon erikoistekniikka on selkäydinpuudutus, jossa selkäytimen lähelle asennetaan katetri, jonka kautta annostellaan kipulääkkeitä ja puudutusainetta. Tässä tekniikassa voidaan puuduttaa kipualue joko vyöhykemäisesti tai kokonaan katetrin alapuolelta. Neurokirurgisissa menetelmissä voidaan yksittäisiä hermoja käsitellä puudutteilla tai ärsyttää neuloilla tai sähköllä. Näitä menetelmiä voidaan josain määrin käyttää oheishoitoina syöpä kivun hoidossa. (Vuorinen 2008, s. 17 – 18.)

8 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Keuhkosityöpää sairastavan potilaan kaikki kivut eivät aina johdu itse sairaudesta, vaan syynä kipuihin voivat olla esimerkiksi pitkän sairaalassa oloajan mukanaan tuoma liikkumattomuus tai vuodepotilaaksi pakottavat syöpähoidot. Tällöin potilaalle voi olla apua fysioterapiasta. Pitkät sairaalahoidot altistavat lihaskunnan heikkenemiselle, toisaalta lihaskunto ja suorituskyky saattavat alentua jopa viikon vuoteessa olon jälkeen. Syöpä ei ole esteenä liikehoidoille, kunhan hoidossa huomioidaan mahdollisten metastaasien paikat ja niiden aiheuttamat rajoitukset. Syöpäpotilaan liikunnassa tulee painottaa kevyitä liikuntamuotoja ja välttää voimakasta räsitusta ja ääriasentoja. Hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi kävely, pyöräily tai vesiliikunta. (Vuorinen & Kalso 2007, s. 31 – 32.)

Syvälämpöhoitoa, hierontaa tai pintalämpöhoitoa ei suositella syöpäkasvainten tai etäpesäkkeiden alueelle. Lymfaterapiaa puolestaan voidaan käyttää, esimerkiksi raajojen turvotukseen, mutta etenkin sairauden alkuvaiheessa hyvin varovaisesti. Kaula- rinta- ja lannerangan kipuihin voidaan kokeilla manipulaatiohoitoja, kuitenkin huomioiden mahdollisten etäpesäkkeiden aiheuttamat murtumavaarat luustossa. Pääsääntö fysikaalisissa hoidoissa on mobilisoivien menetelmien käyttö. (Vuorinen & Kalso 2007, s. 32.)

Keuhkosyövän aiheuttamaan kipuun voi joillakin potilailla auttaa myös rentoutus ja hengitysharjoitukset. Hengitysharjoitusten tavoitteena on rentouttaa lihaksia ja jo pelkästään syvään hengittämisellä on rentouttava vaikutus. Rentoutus sopii parhaiten potilaille, joilla on kipua voimistavia emotionaalisia ongelmia ja pelkoja. Rentoutusta ja hengitysharjoituksia potilas voi tehdä itsenäisesti, juuri silloin kun hän tuntee siihen tarvetta ja kokee saavansa niistä apua kivun hallintaa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 154 – 155.)

Syöpään sairastuneen potilaan emotionaalinen ja psyykkinen tukeminen ovat myös osa kivunhoitoa. Sairastuminen syöpään herättää useimmissa potilaissa pelkoja ja aiheuttaa sekä psyykkisen että fyysisen tasa-painon järkkymistä elämässä. Kivut ovat oire, joita syöpään sairastuneet eniten pelkäävät. Kun hoitaja ymmärtää potilaan tunteita ja hyväksyy ne, on hänellä hyvät edellytykset potilaan kokonaisvaltaiseen tukemiseen sairauden aikana. Ne toimivat myös hyvänä lähtökohtana kivunhoidolle. Sairauden alkuvaiheessa pelko, viha, ahdistus ja epätoivo lisäävät potilaan kivun tuntemista, tällöin on hyvin tärkeää antaa tietoa kivunhoidosta niin kirjallisesti kuin suullisestikin, sekä muistaa että asioiden toistaminen on hyvin tärkeää. Alun shokkivaiheen jälkeen potilas alkaa usein itse kiinnostua kivunhoidostaan ja sen seurannasta. Kun potilaalla on luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde, hän todennäköisemmin ottaa kivunhoidon puheeksi ja tuo esille kivunhoitoon liittyviä kysymyksiä. Tärkeää kivunhoidon onnistumisen kannalta on se, että potilas saa itse osallistua päätöksen tekoon kivunhoidonmenetelmän valinnassa, sekä se, että hän kykenee ymmärtämään kipuaan ja hallitsemaan sitä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, s. 185 – 186.)

II OSA: Hoitotyön menetelmiä

ESIMERKKEJÄ HOITOTYÖN MENETELMISTÄ

Ruokahalu

- Huomioidaan potilaan toiveet
- Joustavuus ruokailu ajoissa
- Riittävästi aikaa ruokailuun
- Lempiruokien tarjoaminen
- Ruoan maku; potilaalle mahdollisuus itse lisätä suolaa tai sokeria ruokaan
- Useat pienet ateriat
- Mahdollisuus ruokailla muiden seurassa
- Ruoan lämpötila; huoneenlämpöinen tai kylmä saattaa maistua paremmin, etenkin jos potilaan suu on kipeä
- Ruoan oikea koostumus; keitot, soseet, pehmeä ruoka
- Mikäli potilaalla on pahoinvointi, pienet suolapalat saattavat maistua
- Ympäristö otettava huomioon; hajusteet saattavat lisätä pahoinvointia

Hygienia

- Ihon kunnosta huolehtiminen; puuvillaiset vaatteet, jotka eivät hankaa tai kiristä ihoa
- Ihon suojaaminen auringolta sekä pakkaselta ja tuulelta
- Iholle ei suositella hajusteita eikä parfyymeja
- Suositeltavaa olisi välttää kosteusvoiteiden käyttöä sädehoidetulla ihoalueella, etenkin jos iho on rikki
- Ilmakylvyt ovat hyväksi iholle
- Tehostettu suuhygienia; jatkuttava koko loppu elämän ajan
- Hammaslankaa ei suositella
- Mikäli potilaan suu on hyvin kipeä, suun voi puhdistaa purskuttelemalla keittosuolaa

Eritys

- Kuitupitoinen ruoka ja riittävä nesteen saanti ehkäisevät ummetusta
- Liikunta, mahdollisuuksien mukaan, auttaa myös ummetukseen
- Ummetuksen hoitoon; laksatiivit, peräruiskeet
- Ripuli vaikuttaa hyvin nopeasti potilaan nestetasapainoon
- Ripulista kärsivää tulisi neuvoa välttämään ripulia lisääviä ruoka-aineita, esimerkiksi vahvasti maustetut ruoat, kahvi, pavut ja herneet
- Tarvittaessa harkittava suonensisäistä lääkitystä, mikäli uhkana on potilaan kuivuminen

Hengenahdistus ja yskä

- Liikkuminen voinnin mukaan, rasitus pahentaa hengenahdistusta
- Kohoasento apuna yskään, etenkin nukkuessa
- Yskään apuna myös höyryhengitys, oikea yskimistekniikka liman irrottamiseksi
- Runsas nesteiden nauttiminen vähentää liman sitkeyttä
- Hengenahdistukseen apuna asentohoidot
- Huoneilman tulisi olla puhdasta ja raikasta
- Sekä yskään että hengenahdistukseen tarvittaessa lääkehoito
- Hengenahdistuskohtauksen aikana hoitajan tulee olla potilaan tukena eikä potilasta saa jättää yksin

Psyykinen tuki

- Kuuntele potilasta
- Ole läsnä
- Potilas mukaan hoidonsuunnitteluun ja päätöksen tekoon
- Omaiset otettava huomioon, heiltä saa ensiarvoista tietoa potilaasta varsinkin jos potilas ei itse pysty kommunikoimaan
- Vuorovaikutuksellinen potilas-hoitaja suhde on hoidon onnistumisen kannalta tärkeää

Kipu

- Kivun kokeminen on aina yksilöllistä ja henkilökohtaista
- Potilas itse oman kipunsa paras asiantuntija

Kivun tunnistaminen

- Mitattavat fysiologiset muutokset; pulssi, verenpaine, hengitysfrekvenssi, happisaturaatio, kehon lämpötila (kädet ja jalat)
- Havaittavat fysiologiset ja fyysiset muutokset; hikoilu, kalpeus, palelu, liikkumattomuus, pahoinvointi, jännittyneisyys
- Muutokset käytöksessä; ärtyneisyys, levottomuus, itkuisuus, ahdistuneisuus, eristäytyminen, reagoimattomuus
- Tärkeää on aina olla tietoinen siitä, mikä on potilaalle ominaista käytöstä ja mikä ei
- Tärkeää muistaa potilaan peruselintoimintoihin vaikuttavat tekijät; perussairaudet, peruslääkkeet, hoitoympäristö, potilaan tunnetila ja toiminta

Kivun arviointi

- Numeeriset kipumittarit: kipujana, kipukiila, kasvoasteikko
- Sanalliset kipumittarit
- Potilaan kertomat tiedot
- Potilaan omaisten kertomat tiedot
- Potilaan fysiologisten muutosten tarkkailu
- Potilaan käyttäytymisen ja mielialan muutosten tarkkailu

Kivun lääkehoito

- Tulehduskipulääkkeet ja Parasetamoli
- Heikot, keskivahvat ja vahvat opioidit
- Muista aina oikea lääke, oikealle potilaalle, oikeaan aikaan
- Huomioitava lääkkeen antotapa ja antoreitti, sekä oikea lääkemuoto

- Lääkehoito toteutetaan aina lääkärin määräysten mukaan

Lääkkeetön kivunhoito

- Fysioterapia mukaan jo alkuvaiheessa
- Suositellaan kevyitä liikuntamuotoja; kävely, pyöräily, vesiliikunta
- Ei suositella syvä- tai pintalämpöhoitoja tai hierontaa syöpäkasvainten alueelle eikä etäpesäkkeiden alueelle
- Lymfaterapiaa voidaan käyttää esimerkiksi raajojen turvotukseen
- Fysikaalisissa hoidoissa pääsääntönä mobilisoivien menetelmien käyttö
- Rentoutusharjoitukset auttavat myös ahdistukseen ja pelkoihin
- Hengitysharjoitusten tavoitteena on rentouttaa lihaksia
- Potilaan kokonaisvaltainen hoitotyö sekä turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde toimivat lähtökohtana hyvälle kivunhoidolle

Osaston S4K kipulääke valikoima

P.O. annettavat lääkkeet:

Arcoxia (60, 90 & 120mg): Vaikuttava-aine Etorikoksibi. Nivelreuman ja nivelrikon oireiden lievittämiseen, sekä akuuttiin kihtiartrittiin liittyvän kivun ja tulehdusoireiden hoitoon.

Burana slow (800mg): Vaikuttava-aine Ibuprofeeni. Pitkävaikutteinen tulehduskipulääke, erityisesti tulehduksellisten nivelsairauksien hoitoon.

Celebra (200mg): Vaikuttava-aine Selekoksibi. Nivelrikon ja nivelreuman oireiden hoitoon.

Diclomex (50mg): Vaikuttava-aine Diklofenaakkinatrium. Erilaisten reumasairauksien ja niiden oireiden hoitoon sekä posttraumaattisten ja –operatiivisten tulehdus ja kiputilojen hoitoon.

Gabapentin (300 & 400mg): Vaikuttava-aine Gabapentiini. Epilepsia lääke, jota käytetään kipulääkkeenä vyöruusun jälkeisen hermokivun hoitoon.

Ibumetin (400 & 600mg): Vaikuttava-aine Ibuprofeeni. Tulehduskipulääke.

Ketorin (50mg): Vaikuttava-aine Ketoprofeeni. Tilapäisten kipu- ja kuumetilojen sekä nivel- ja reumasairauksien hoitoon.

Litalgin: Vaikuttava-aine Metamitsolinatrium. Ruoansulatuskanavan sekä sappi- ja virtsateiden koliikki kipujen hoitoon, rakkokouristusten hoitoon.

Lyrica (25, 75 & 150mg): Vaikuttava-aine Pregabaliini. Neuropaattisten kipujen hoitoon.

Meloxicam (7,5mg): Vaikuttava-aine Meloksikaami. Lihasten ja nivelten kivunhoitoon ja tulehdusten lievitykseen.

Naprometin, Pronaxen (500mg): Vaikuttava-aine Naprokseeni. Erilaisten reuma- ja nivelsairauksien hoitoon, posttraumaattisten tulehdus- ja kiputilojen hoitoon. Migreenin hoitoon.

Norflex (100mg): Vaikuttava-aine Orfenadriinisitraatti. Venähdysten ja nyrjähdysten aiheuttaman kivun hoitoon, kivuliaiden akuuttien lihasspasmien hoitoon.

Pamol (500mg): Vaikuttava-aine Parasetamoli. Särky- ja kuumetilojen hoitoon.

Panacod: Vaikuttava-aine Parasetamoli ja Kodeiinifosfaattihemihydraatti. Erisyistä johtuvien kiputilojen hoitoon.

Tramadin (50mg): Vaikuttava-aine Tramadolihydrokloridi. Vaikeiden ja keskivaikeiden kipuoireiden hoitoon.

Trambo retard (100mg), **Tramal retard** (150mg), **Tradolan retard** (150mg): Vaikuttava-aine Tramadolihydrokloridi. Vaikeiden ja keskivaikeiden kipuoireiden hoitoon, pitkävaikutteinen.

Voltaren rapid (50mg): Vaikuttava-aine Diklofenaakkikalium. Posttraumaattisten ja –operatiivisten tulehdus ja kiputilojen lyhyt aikaiseen hoitoon sekä pehmytosareuman ja migreenikohtausten lyhyt aikaiseen hoitoon.

I.V., I.M., (S.C vain tramal)

Lääkkeiden käyttöaiheet ovat samat kuin vastaavilla per os. lääkkeillä.

Litalgin: Vaikuttava-aine Metamitsolinatrium.

Norflex (30mg/ml): Vaikuttava-aine Orfenadriinisitraatti.

Tramal (50mg/ml): Vaikuttava-aine Tramadolihydrokloridi.

Voltaren (25mg/ml): Vaikuttava-aine Diklofenaakkinaatrium.

Huumelääkkeet:

P.O. lääkkeet:

Depolan (10 & 30mg): Vaikuttava-aine Morfiinihydrokloriditrihydraatti. Voimakkaiden kipujen pitkäaikaiseen hoitoon, esimerkiksi syöpäkipuihin.

Dolmed (5mg): Vaikuttava-aine Metadonihydrokloridi. Erittäin vaikeiden kiputilojen hoitoon, esimerkiksi pahanlaatuisten kasvainten aiheuttamiin kipuihin.

Oxycontin (5, 40 & 80mg), **Oxycodone** (10 & 20 mg): Vaikuttava-aine Oksikodonihydrokloridi. Keskivaikean ja vaikean kivun hoitoon, pitkävaikutteinen.

Oxynorm kapseli (5 & 10mg): Vaikuttava-aine Oksikodonihydrokloridi. Keskivaikean tai voimakkaan kivun hoitoon, lyhytvaikutteinen.

Oxynorm oraaliliuos (1mg/ml & 10mg/ml): Vaikuttava-aine Oksikodonihydrokloridi. Keskivaikean tai voimakkaan kivun hoitoon, lyhytvaikutteinen.

Suboxone (8mg/2mg & 2mg/0,5mg): Vaikuttavat aineet Buprenorfiini ja naloksoni. Pääasiassa huumeriippuvuuden hoitoon.

I.V., I.M. & S.C. lääkkeet:

Morphin (20mg/ml; 1 & 5ml ampullat): Vaikuttava-aine Morfiinihydrokloridi. Voimakkaan kivun hoitoon, sydäninfarktin ja akuutin keuhkoödeeman hoitoon, vaikeaan hengenahdistukseen.

Oxanest (10mg/ml): Vaikuttava-aine Oksikodonihydrokloridi. Vaikeiden kiputilojen hoitoon sekä malignien sairauksien aiheuttamien oireiden hoitoon.

Kipulaastarit:

Matrifen (100, 75, 50, 25, 12 mikrogrammaa/h): Vaikuttava-aine Fentanyyli. Vaikeiden ja pitkäkestoisten kipujen hoitoon, pitkävaikutteinen (3vrk).

Norspan (5mikrogrammaa/h): Vaikuttava-aine Buprenorfiini. Keskivaikean pitkäkestoisen kivun hoitoon, pitkävaikutteinen (7vrk).

LÄHTEENÄ: PHARMACA FENNICA, josta saa tarvittaessa lisätietoja lääkkeistä ja niiden käyttötarkoituksesta.

LÄHTEET

- Bellaoui, Pirkko; Karjalainen, Eeva-Maija; Mali, Pekka; Räsänen, Merja & Rosenberg, Leena 2005. Keuhkosityöpäpotilaan opas. Suomen Syöpäpotilaat ry. 2005.
- Lehti, Tuija 2000. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY: Porvoo, 67–92.
- Mali, Pekka; Ojala, Antti & Salo, Jarmo A. 2006. Keuhkosityöpä. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Lyly Teppo & Mikko Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Duodecim. 277 – 294.
- Malmberg, Lena 2000. Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa Eriikka Sailo ja Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Tammi: Tampere. 185 – 198.
- Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Tammi: Helsinki. 30 – 38.
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY: Oppimateriaalit.
- Salminen, Eeva 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Elina Eriksson ja Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY: Porvoo. 11 – 43.
- Sarlio, Johanna 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Eriikka Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivunhoito. Tammi: Helsinki. 23 – 29.
- Vainio, Anneli & Kalso, Eija 2006. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Heikki Joensuu, Peter J. Roberts, Lyly Teppo & Mikko Tenhunen (toim.) Syöpätaudit. Duodecim. 756 – 774.
- Vuorinen, Eero & Kalso, Eija 2007. Syöpäkivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007.
- Vuorinen, Eero 2008. Syöpäpotilaan kivun hoito. Suomen Syöpäpotilaat ry. 2008.