



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Syöpäpotilaan kivunhoito saattohoitovaiheessa

Stenström Maria

2012 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Syöpäpotilaan kivunhoito saattohoitovaiheessa

Stenström Maria
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2012

Stenström Maria

Syöpäpotilaan kivunhoito saattohoitovaiheessa

Vuosi 2012 Sivumäärä 25

Opinnäytetyöni käsittelee saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia lääkehoitoja on syöpä kivusta kärsiville saattohoitopotilaille ja mitä muita hoitotyön auttamiskeinoja syöpä kivunhoitoon saattohoidossa käytetään.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja siihen valikoitui 4 tutkimusta. Työn teoreettisessa viitekehysessä käsitellään syöpä potilaan hoitotyötä yleisesti, syöpä kipua ja syöpä kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä.

Tutkimusten keskeisimpien tulosten mukaan syöpä kivunhoitoon käytetään yleisimmin kipulääkkeitä. Muitakin menetelmiä on, kuten rentoutus ja musiikinkuuntelu, mutta saattohoidossa tärkeintä on kivun poistaminen ja potilaan olon helpottaminen ilman liiallisia potilasta raskaita tekijöitä.

Asiasanat, syöpäkipu, syöpä kivunhoito, saattohoito

Stenström Maria

The pain management of a cancer patient at terminal care

Year	2012	Pages	25
------	------	-------	----

I chose the pain management of a cancer patient at terminal care as the theme of my Bachelor's thesis. I was looking for answers as to what medical treatment there is for cancer pain for terminal patients and what other methods of help are used to cancer pain at terminal care.

The thesis was realized as a systematic literature survey and four (4) studies were selected. In the theoretical frame of reference I have researched the treatment of cancer patients in general, cancer pain and medication used in cancer pain.

According to the most central outcomes of research, pain medication is the most used to cancer pain. There are, however, other methods like relaxing and listening to music, e. g., but in terminal care, the most important thing is removing the pain and making the patient feel better without stressing factors.

Keywords, cancer pain, medical treatment for cancer pain, terminal treatment

1	Johdanto	6
2	Saattohoito	7
	2.1 Saattohoidon määritelmä	7
3	Kipu	8
	3.1 Kivun määritelmä	8
	3.2 Kulttuurin ja uskonnon merkitys kivun kokemiseen.....	8
4	Syöpätauteihin liittyvä kipu	9
	4.1 Syöpäkipu.....	9
	4.2 Syöpähoitojen aiheuttama kipu	10
5	Syöpäpotilaan kivunhoito.....	11
	5.1 Syöpäpotilaan kivunhoito Suomessa	11
	5.2 Lääkehoito.....	11
	5.2.1 Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet	12
	5.2.2 Opioidit	13
	5.3 Invasiiviset hoitomenetelmät	14
	5.4 Hoitotyön auttamismenetelmät	15
6	Opinnäytetyön toteuttaminen ja tutkimuskysymykset.....	16
	Opinnäytetyöhöni olen valinnut seuraavat tutkimukset:	17
	6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	18
	6.2 Tutkimuksen reliaabelius ja validius.....	18
7	Opinnäytetyön tulokset.....	20
	7.1 Syöpäpotilaan lääkehoidot saattohoitovaiheessa.....	20
	7.2 Hoitotyön auttamismenetelmät syöpäpotilaan kivunhoidossa	21
8	Pohdinta.....	23
	Lähteet	25

1 Johdanto

Kipu on niin lääketieteellinen kuin arkielämänkin peruskokemus, se on varmasti tuttu jokaiselle ihmiselle (Kalso, Vainio 2002, 15). Syöpäkipu eroaa muista kiputiloista siinä määrin, että siinä on aina käytännössä jokin orgaaninen syy. Syöpäkipunlievitys on mahdollista sopivin menetelmin. Kun puhutaan syöpäkipusta, on muistettava, että syöpäkipun lisäksi syöpäpotilaan tilaan vaikuttaa taudin kuva ja ennuste, mieliala sekä esimerkiksi mahdollinen pelko kuolemasta. Terveystieteiden ammattilaisena olemme suuressa roolissa tukiessamme syöpäpotilasta. Kipu on yleensä ensimmäinen tutkimuksiin ohjaava oire noin neljänneksellä syöpäpotilaista. Syöpätautien alkuvaiheessa kivun syynä on usein syövän hoito, kuten esimerkiksi kirurgia ja sädehoito. Taudin edetessä kipu lisääntyy ja loppuvaiheen sairastavista jo 50-90%:lla on kipuja syöpälajista riippumatta. (Kalso, Vainio 2002, 335-336)

Kivun olemuksesta on kuvauksia ja pohdintoja jo varhaisissa kirjoituksissa useimmissa kulttuureissa. Jo antiikin aikoina Pythagoras, Anaxagoras ja Galenos ehdottivat tuntoaistin olevan aivojen toiminto. Aristoteles oli kuitenkin liittännyt kipuaistimuksen sydämeen ja pitikin sitä ainoastaan tunneaistimuksena, joten häntä voidaan pitää ensimmäisenä kivun efektiivisen teorian edustajana. 1900-luvun puolivälissä osattiin jo ryhmitellä ääreishermit niiden koon ja johtumisnopeuksien perusteella. Kivuntutkimuksen merkittävimmät edistysaskeleet 1970-luvulla olivat endogeenisten opioidien ja opioididireseptorien löytämien. Nämä havainnot johtivat nopeasti myös kliinisiin sovelluksiin. 1980-luvulla kivun perustutkimus lisääntyi voimakkaasti ja kokoajan opittiin paljon lisää. 1990-luvulla aivojen toiminnallinen kuvantaminen oli sen ajan suurimpia läpimurtoja. Tämä läpimurto on avannut aivan uudenlaisia mahdollisuuksia kivun sensorisen ja emotionaalisen osuuden ymmärtämiseen sekä kivun kognitiivisen prosessin tutkimiselle. Perintötekijöiden osuutta kipumekanismissa on aloitettu tutkimaan 1990-luvulta lähtien. (Kalso, Haanpää, Vainio 2009, 52-53)

Opinnäytetyöni aiheena on syöpäpotilaan kivunhoito saattohoitovaiheessa. Ajatus valitsemani aiheelle lähti työelämästä. Olen osastomme kivunhoitovastaava ja halusin syventää omaa tietämystäni enemmän juuri syöpäpotilaan kivunhoidosta.

Opinnäytetyössäni käsittelen neljää tutkimusta syöpäpotilaan kivunhoidosta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Käsittelen myös teoretietoaa kivunhoidosta ja syöpäkipusta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia lääkehoitoja syöpäpotilaille on saattohoidossa sekä mitä muita hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään syöpäpotilaiden kivunhoidossa.

2 Saattohoito

2.1 Saattohoidon määritelmä

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota annetaan potilaalle tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu, eikä taudin etenemiseen enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoidolla pyritään potilaan hyvinvointiin ja turvallisuuden ja aktiivisuuden lisäämiseen. Päätöksen saattohoidosta tekee lääkäri. Saattohoidon aloittaminen ei tarkoita kaikista hoidoista luopumista. (Hänninen 2003 a, 5-10)

WHO määrittelee palliatiivisen hoidon potilaan aktiiviseksi kokonaisuudeksi, kun tauti ei enää ole parannettavissa. Oleellinen osa palliatiivista hoitoa ovat esimerkiksi kipu ja muiden oireiden hallinta sekä psykososiaalinen tukeminen. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on potilaiden ja heidän omaistensa paras mahdollinen elämänlaatu. Myös omaisten tukeminen on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoidon saamisen tulisi perustua oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteille sekä takaamaan inhimillisyyden ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoidon lähtökohtana tulisi olla potilaiden omien tarpeiden ja heidän persoonaansa kunnioittaminen. (Hänninen 2003 a, 15-17)

Saattohoidolle on tietynlaiset kriteerit ja hoidon tulisi perustua niihin. On kuitenkin huomattava, että saattohoidon järjestäminen näillä kriteereillä ei ole aina mahdollista tai se on sattumanvaraista. Aiemmin ajateltiin, että saattohoito voidaan aloittaa, kun potilaalla on elinaikaa alle kolme viikkoa. Nyt on todettu, että potilaan elinaikaennuste saattaa vaihdella. (Hänninen 2003 b, 17-19)

Saattohoitopotilaan hyvä elämänlaatu perustuu siihen, että hänestä huolehditaan ja hän tuntee olonsa turvalliseksi. Saattohoidossa on myös tärkeää, että potilas saa itse osallistua mahdollisuuksien mukaan itseään koskeviin hoitoratkaisuihin. Saattohoito vaatii erikoiskoulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa. Potilaalle saattohoidon aloittaminen saattaa olla hyvin vaikea asia ja siitä syystä hoitoyksiköiden yhteistyön tulee toimia saumattomasti. Kuolevaa potilasta tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti mitään osa-aluetta unohtamatta. (www.stm.fi)

Saattohoidossa kaikista tärkeintä potilaan kannalta on, että hän saa hyvän perushoidon. Perushoitoon sisältyy ravinnon saanti, puhtaudesta huolehtiminen, tarvittavat lääkkeet sekä erityis toiminnasta huolehtiminen. Saattohoidon päätepiste on kuolema. Saattohoidossa pyrkimyksenä on, että kuolema olisi mahdollisimman rauhallinen ja oireeton. (Hänninen 2003 a, 37-41)

3 Kipu

3.1 Kivun määritelmä

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivuriin. Hoitotyössä kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän. Tämä määritelmä tuo esiin, että kipu on todella henkilökohtainen. Hoitohenkilökunnan on hyvä muistaa, että potilas itse on paras arvioimaan omia kiputuntemuksiaan. On kuitenkin korostettava, ettei tämä sovi yleiseksi määritelmäksi. On paljon ihmisiä, jotka eivät voi kommunikoida, mutta se ei kuitenkaan poista sitä, etteivätkö he voisi kokea kipua. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila, Närhi 2006, 7-8)

Kipu ei ole vain fyysinen oire vaan pitkittyessään se vaikuttaa myös ihmisen muuhun terveyteen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja toimintakykyyn. Kivun tavoin myös sen hoito on moninaista ja onnistunut kivunhoito koostuu eri osatekijöistä. Ensiarvoisen tärkeää on onnistua ehkäisemään kipua jo ennen sen syntymistä. Kivun jo synnyttyä tulee kipua hoitaa aktiivisesti ja pyrkiä ehkäisemään kivun pitkittyminen. (Sailo, Vartti 2000, 9)

3.2 Kulttuurin ja uskonnon merkitys kivun kokemiseen

Jokainen meistä omaa omanlaisensa kulttuuritaustan. Kun olemme osa kulttuuria ja yhteiskuntaa, ovat ne myös osa meitä. Kulttuuri määrittelee mikä on sovinnasta ja mitkä ovat esimerkiksi naisen ja miehen rooli kyseisessä yhteiskunnassa ja kulttuurissa. On todettu, että suhtautuminen kipuun on myös kulttuurisidonnaista. Sen merkitykset opitaan varhaislapsuudessa ja vanhempien asenteella on myös vaikutusta siihen kuinka lapsi oppii käsittelemään kipua. Useat meistä ovat jo hyvin nuorena oppineet varomaan kaatumista, putoamista, kuumia esineitä sekä teräviä esineitä, kun vahinko on sattunut, on juostu vanhempien syyliin turvaan saamaan lohdutusta. Nuoret pojat oppivat rajansa tappelussa, eivätkä miehet itke vaikka sattuisi pahasti. Tällainen kivun tyyni kestäminen on sidoksissa kunnian ja häpeän kulttuuriin arvoihin. Kipua käytetään rankaisuna lapsen pahanteossa. Kipua käytetään myös ihmisen psyykkiseen murtamiseen vallankäytössä ja kidutuksessa. (Vainio 2004, 18-19)

Kun puhumme kivusta ja kärsimyksestä on varmaa, että jokaisessa uskonnossa on annettu oma merkityksensä kivulle ja kärsimykselle. Monissa uskonnoissa kipu ja kärsimys on katsottu pahojen henkien aiheuttamaksi, jolloin kipua yritetään karkottaa magialla ja uhrilahjoilla. Intiassa, jossa uskontona on hinduismi, pidetään kipua ja kärsimystä toisaalta pahana ja toisaalta taas välttämättömänä maailman hyvän ja pahan tasapainon kannalta. Näkyvä maailma muodostuu vastakohdista, siksi tässä maailmassa on kipua ja kärsimystä. Tuolla puolen taas on todellisuus, jossa vallitsee tasapaino ja siksi siellä ei ole kärsimystä. Buddhalaisen uskonnon

mukaan kärsimys ja kipu ovat seuraus siitä, että olemme syntyneet tähän maailmaan. Buddhalaisuuden mukaan ihmisen halu on kärsimyksen syy ja kun ihminen lakkaa haluamasta myös kärsimys lakkaa. Varhaisen kristinuskon suhtautumisesta ja uskomuksesta kipuun sekä kärsimykseen on vain vähäistä tietoa. On epäilty, että kristityt ovat nähneet kivun ja kärsimyksen Jumalan tuomiona tai merkinä siitä, että heidät on valittu kärsimään ja tulevat saamaan siitä palkkion tulevassa elämässä. Kirkkoisä Augustinus on myös selittänyt, että kipu ja kärsimys ovat seurausta perisyntisestä ja että se johtuu ihmisen tottelemattomuudesta Jumalaa kohtaan. Kristillinen traditio on antanut kivulle ja kärsimykselle merkityksen. Se on ollut myös sovinistinen, jolloin toisten kärsimystä varsinkin naisten pidettiin oikeutettuna. Kristinuskon traditiot ovat korostaneet myös myötätuntoa kivusta kärsiviä kohtaan. (Vainio 2004, 19-20)

4 Syöpätauteihin liittyvä kipu

4.1 Syöpäkipu

Syöpätautien alkuvaiheessa kivun syynä ovat usein syöpähoidot, kuten esimerkiksi kirurgia ja sädehoito. Taudin edetessä kivun yleisyys myös lisääntyy. Loppuvaiheen syöpää sairastavista henkilöistä jo jopa 50-90%:lla on kipuja syöpälajista riippumatta. Tällöin monella on useampia kipukohtia samanaikaisesti. Lämpilyöntikipua esiintyy usealla syöpäpotilaalla. Lämpilyöntikipu tarkoittaa kroonisen kivun äkillistä pahenemista. Lämpilyöntikipu tulee yleensä yllättäen, usein esimerkiksi liikkuesssa tai yskiessä. Lämpilyöntikipu heikentää usein syöpää sairastavan toimintakykyä ja elämänlaatua. Kun potilaalla on lämpilyöntikipuja, ei hän halua yleensä tehdä mitään muuta kuin maata sängyssä. Tämä taas heikentää hänen yleiskuntoaan ja masentaa entistä enemmän. (Kalso, Vainio 2002, 336)

Kun puhutaan syöpäkivusta, on otettava huomioon kivun erilaiset etiologiset tekijät, eikä saa unohtaa, että tauti itsessään aiheuttaa usein pelkotiloja, masennusta ja ahdistusta. Nämä asiat kuitenkin liittyvät hyvin läheisesti kivun kokemiseen. (Kalso ym. 2009, 479)

Arviolta 75 % syöpäkipuista on peräisin itse taudista ja n. 15 % on hoitojen ja hoitokomplikaatioiden aiheuttamaa ja 10 % johtuu muista tekijöistä. On arvioitu, että ”35 % syöpäpotilaan kiputiloista johtuu luuston ja 45 % muiden kudosten nosiseptoreiden ärsytyksestä, 33 % on viskeraalista ja 34 % on neuropaattista kipua”. (Kalso, Vainio 2002, 336)

Nosiseptiivinen kipu johtuu tavallisimmin itse kasvaimen aiheuttamasta kudosaivuriosta. Suurin osa syövän aiheuttamasta kivusta on juuri tätä nosiseptiivista kipua. Tällöin kudosaivurio voi olla seurausta syöpäkasvaimen suurenemisesta, jolloin se aiheuttaa painetta lähielimiin,

verisuonten tukkeutumisen aiheuttamasta iskemiasta, ihon haavaumista tai esimerkiksi tulehdusreaktioista. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 94)

Syöpäkipun yleisin aiheuttaja on luumetastaasit. Yleisimmin tällaista kipua esiintyy rinta-, keuhko- ja eturauhassyövässä. Kuitenkin mikä tahansa luuhun asti leviävä syöpä voi aiheuttaa luumetastaasikipua, koska joskus luun läheisyydessä kasvava kasvain voi tunkeutua luukalvon läpi. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 96)

Kun syöpäkasvain tunkeutuu hermokudokseen sen aiheuttama hermokompressio aiheuttaa neuropaattista kipua. Hermokipu on usein luonteeltaan polttavaa ja viiltävää kipua. Tällaisen jatkuvan ja voimakkaan kivun lisäksi saattaa esiintyä äkillisiä vihlaisuja tai sähköiskun omaisia nykäisyjä. Kipuun liittyy hermostoalueen tuntuutus ja tällöin ennen kivuton hermoärsytys saattaa muuttua todella kivuliaaksi. Neuropaattisen kivun hoidossa käytetään alun perin muihin tauteihin kehitettyjä lääkkeitä, jotka muuttavat hermojen kemialla. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 97)

4.2 Syöpähoitojen aiheuttama kipu

Syöpähoitot aiheuttavat myös kipuja. Ne ovat luonteeltaan yleensä neuropaattisia kiputiloja. Syöpähoitojen aiheuttama kipu voi alkaa saman tien, esimerkiksi heti leikkaushoidon jälkeen. Useimmin se alkaa kuitenkin vasta muutaman kuukauden viiveellä hoidon päättymisestä. (Kalso ym. 2009, 483)

Sädehoidon aiheuttama kipu aiheutuu yleensä siitä, että se huonontaa hermon verenkiertoa. Pitkäaikaisia kivuliaita ja hitaasti eteneviä sädehoidon komplikaatioita ovat krooninen säde-myelopatia, kaulahermopudoksen sädevaurio. Nämä tarkoittavat, että henkilön yläraajojen alueella on kipua, sensorisia ja motorisia häiriöitä. Sädehoidot saattavat aiheuttaa myös sekundaarisia kasvaimia. (Kalso, Vainio 2002, 341)

Solunsalpaajat voivat aiheuttaa kipua suoralla neurotoksisella tai immunologisella mekanismilla. Hoitojen jälkeisten kiputilojen ennuste vaihtelee. Pahimmillaan ja hoitamattomina ne voivat aiheuttaa sen, että kivut voivat jatkua vuosikymmenien ajan, vaikka henkilö olisikin parantunut syövästä. (Kalso, Vainio 2002, 341)

Syöpäkipu ei tarkoita pelkästään, että syöpäkipu aiheutuu itse syöpäkasvaimesta vaan syöpäkipu voi johtua myös syövän hoidosta tai hoito- ja tutkimustoimenpiteistä. Kipu saattaa myös olla kokonaan syöpäsairauteen liittymätön. On selvää, kun ihmisellä todetaan syöpä, on se aina kriisi, josta selviämiseen henkilö tarvitsee tukea niin läheisiltään kuin hoitohenkilökunnaltakin. (Salanterä ym. 2006, 183)

5 Syöpäpotilaan kivunhoito

5.1 Syöpäpotilaan kivunhoito Suomessa

Kivunhoidon tavoitteena on aina kivun poistaminen. Suurin osa syöpäpotilaan kivuista on mahdollista hallita yksinkertaisella kipulääkityksellä. Jotta syöpäpotilaan kivunhoito on onnistunutta, on tärkeää, että hoito on yksilöllistä. Lisäksi hoitohenkilökunnan yhteistyön tulee olla saumatonta ja heillä täytyy olla hyvä tieto kivusta ja kivun hoidosta. Syöpäpotilaan hoidossa ja kivunhoidossa on tärkeää, että potilas ja hänen läheisensä saavat osallistua hoitoon. Kivunhoidon kulmakivi on hyvin ja riittävästi toteutettu lääkehoito. Syöpää sairastavan kivun hoitaminen aloitetaan kivun arvioinnista. Tietojen kerääminen potilaalta on aina kaksisuuntaista. Kun potilas kertoo kivustaan, on tärkeää, että hänelle kerrotaan asiaan liittyvää tietoa. Näin potilas oppii arvioimaan oman kipunsa luonnetta ja voimakkuutta sekä arvioimaan, jos kivussa tapahtuu jonkinasteisia muutoksia. Kivusta kärsivän syöpäpotilaan on hyvä ymmärtää miten kipu vaikuttaa hänen elämäänsä ja miten sitä voidaan hoitaa ja millaisia eri mahdollisuuksia on käytettävissä. Hoitohenkilökunnan on tärkeä kertoa potilaalle, että kipu on yleensä hallittavissa säännöllisesti otettavalla kipulääkkeellä. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 114)

WHO käyttää morfiinin lääketieteellistä kulutusta syöpähoidon tason kriteerinä kunkin maan kohdalla. Suomessa morfiinin käyttö on alhaista ja vähäisempää kuin muissa pohjoismaissa. Tämä on vahvistanut oletuksia, joiden mukaan Suomessa syöpäpotilaan kipuja ei lievitetä tarpeeksi. Tästä johtuen vuonna 1998 aloitettiin terveyskeskuslääkäreille suunnattu syöpäpotilaan kivunhoidon opetus. Valtaosa loppuvaiheen syöpäkivuista on hallittavissa yksinkertaisella suun kautta annettavalla morfiinilääkityksellä, jos vain potilas pystyy ottamaan lääkkeitä suun kautta. Kipupumppujen myynti on Suomessa ollut tehokasta ja niiden käyttö onkin ohittanut usein suun kautta annettavan hoidon. Kaikkien kansainvälisten tutkimusten mukaan syöpäkivunhoito on parasta onkologisilla osastoilla verrattuna muihin osastoihin. Näin on todettu olevan myös Suomessa. Kun puhutaan kivunhoidon opetuksesta, on koulutettava lääkäreiden lisäksi myös koko hoitohenkilökunta. Sairaanhoitajat ovat kuitenkin avainasemassa syöpäpotilaan kivunhoidossa, koska he tuntevat potilaan ja ovat tekemisissä omaisten kanssa. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 126-127)

5.2 Lääkehoito

Syöpäkipuun annettavia lääkkeitä on paljon ja suurin osa niistä on vahvoja opioideja. Jotta syöpäkivunhoidossa saadaan välittömästi vaikutusta, on tärkeä aloittaa tehokas lääkehoito. WHO on laatinut syöpäkivunhoitoon porrastetun hoitomenetelmän. Tämän kaavion mukaan arvioidaan kivun voimakkuus ja sen mukaan lääkehoito toteutetaan. Lievään kipuun valitaan

särkyläaika eli parasetamoli tai tulehduskipulääke. Kun syöpäkipu on kohtalainen, liitetään edelliseen opioidivaikutuksiltaan heikko analgeetti eli kodeiini, tramadoli tai buprenorfiini. Voimakkaaseen syöpäkipuun tulisi määrätä vahva opioidiagonisti, joka tarkoittaa morfiinia, oksikodonia, metadonia sekä fentanylia. WHO:n kaavion mukaan näiden lääkkeiden lisäksi voidaan hoitoon myös liittää lisälääke, joka lievittää kipulääkkeiden haittavaikutuksia. (Kalso ym. 2009, 489-490)

WHO:n porrasteisen kivunhoidon tärkein periaate on, kipulääkitys suun kautta ja kellon ympäri. Tämä porrasteinen kivunhoitomenetelmä on aiheuttanut vallankumouksen syöpäkipunhoidossa. Näiden lääkkeiden käyttö on helpottanut kehitysmaissakin syöpäkipunhoitoa, koska siellä ei useinkaan ole mahdollista saada minkäänlaisia muita toimenpiteitä, jotta kiputilat saataisiin hallintaan. Syöpäkipunhoidon avainsana on yksilöllisyys. Kivunhoito on suunniteltava jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. On myös muistettava, ettei oikea lääke ja oikea annos löydy välttämättä ensimmäisellä kerralla. Hyväkin lääke saattaa menettää tehonsa ensimmäisten hoitokertojen jälkeen. Syöpäkipunhoito vaatii siis tarkkailua ja mahdollisesti kipulääkkeen annoksen nostoa. (Kalso ym. 2009, 490)

Syöpäpotilaan kivunhoidossa pyritään jatkuvaan ja tasaiseen kivunlievitykseen pitkävaikutteisilla kipulääkkeillä. Kipuhuippuja pyritään hoitamaan ja tasaamaan nopeavaikutteisilla kipulääkevalmisteilla. (Kalso, Vainio 2002, 348)

5.2.1 Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet

Parasetamolia pidetään särkylääkkeistä turvallisimpina. Ne eivät ärsytä maha-suolikanavaa, eivätkä vaikuta veren hyytymistekijöihin, kuten tulehduskipulääkkeet. (Kalso ym. 2009, 490)

Tulehduskipulääkkeiden annosvaikutussuhteita ei ole määritelty, mutta maksimiannosmäärä pätee myös syöpäkipuihin. Tämä tarkoittaa, että maksimiannosta suurempi annos ei lisää enää kivunlievitystä, vaan haittavaikutukset suurenevät. Kontrolloiduissa tutkimuksissa on todettu, että tulehduskipulääkkeiden vaikutus luometastaasikipuun ja tulehdukselliseen kipuun on kiistaton. Kun potilaalla on lievää nosiseptiivistä kipua, on riittävää, että tulehduskipulääkettä annostellaan yksinään tasaisesti vuorokauden ympäri siten, että annosväli on sama kuin lääkkeen vaikutusaika. Jos kipu on keskivaikea tai vaikea, ei tulehduskipulääke yksistään riitä vaan hoitoon on myös lisättävä opioideja. Tulehduskipulääkkeissä on myös paljon siedettävyyseroja. Tulehduskipulääkkeitä käytettäessä täytyy myös muistaa, että niillä on haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi vaikutukset mahan limakalvoon, yliherkkyys, verihiutaleiden toimintaan sekä munuaisten verenkiertoon. (Kalso, Vainio 2002, 348)

5.2.2 Opioidit

Opioideilla on suuri osuus syöpäpotilaan kivunhoidossa. Lievään ja kohtalaiseen syöpäkipuun käytetään yleensä heikkoja tai keskivahvoja opioideja. Kuten parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeilläkin on heikoilla ja keskivahvoilla opioideillakin kattoraja annoksessa. Tämän jälkeen kipu ei enää lieviy vaan sivuoireet vain lisääntyvät. Kattoannos on yksilöllinen ja siinä saattaa olla suuriakin eroja yksilöiden välillä. Kun kattoannos on saavutettu, on suositeltavaa, että syöpäkivunhoidossa siirrytään nopeasti vahvempiin opioideihin.

www.syopapotilaat.fi/pdf/syopapotilaankivunhoito.pdf

Suomessa tämän opioidiryhmän lääkkeitä on saatavilla kodeiini, buprenorfiini ja tramadoli. Kodeiinia saa ainoastaan yhdistelmävalmisteena. Tramadolilla on taas opioidivaikutuksen lisäksi myös monoaminerginen vaikutus ja se on käyttökelpoinen vaihtoehto morfiinille heikossa ja keskivaikeassa syöpäkivussa. Buprenorfiinista saa taas useat potilaat voimakasta pahoinvointia, joten heille on valittava jokin muu lääke. (Kalso ym. 2009, 491-492)

Morfiinin käytön aloittamista on turha arastella. Sen turvallinen käyttö voidaan aloittaa jo taudin varhaisessa vaiheessa, jos kivut sen vaativat. Morfiini lääkitystä voidaan jatkaa tarvittaessa kuukausia ja jopa vuosia. Morfiinia voidaan myös aloittaa akuutteihin kipuihin ja kivun hellittäessä siitä voidaan luopua ongelmitta. Vahvojen opioidien tarkoitus on auttaa kiputiloihin ja saada potilas mahdollisimman kivuttomaksi. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 104)

Morfiinin aloittamisen jälkeen saattaa potilaalla esiintyä uneliaisuutta, huimausta ja huumattuna olemisen tunnetta. Nämä tuntemukset yleensä helpottavat muutaman päivän kuluttua lääkityksen aloituksesta. Myös pahoinvointia saattaa esiintyä hoidon alkuvaiheessa, mutta tätä voidaan hyvin hallita pahoinvointilääkkeillä. Pitkäaikaisen morfiinihoidon pääasiallisena haittavaikutuksena ilmenee ummetusta, jolloin laksatiivien käyttö morfiinihoitojen aikana on suositeltavaa ja melkein välttämätöntä. (Joensuu, Roberts, Teppo, Tenhunen 2006, 769)

Morfiinia annostellaan suun kautta. Suomessa on saatavilla erivahvuisia pitkävaikutteisia tabletteja. Hoito aloitetaan kuitenkin käytännöllisimmin liuoksilla, varsinkin niissä tilanteissa kun kipu on kova. Siinä vaiheessa, kun tiedetään potilaan oikea annosmäärä, jotta kivut pysyvät hallinnassa, voidaan siirtyä tablettihoitoon. Pitkävaikutteisten morfiinitablettien vaikutusaika on noin 12 tuntia. Morfiini vapautuu tabletista maha-suolikanavassa pikkuhiljaa, joten ne eivät ole oikea hoitomuoto läpilyöntikipuun. (Kalso ym. 2009, 492-493)

1980 luvulla alettiin tutkia oksikodonin soveltuvuutta syöpäkivunhoitoon. Tätä ennen oksikodonia oli käytetty postoperatiiviseen kivunhoitoon. Nykyään oksikodonia on saatavilla niin injektiovalmisteena kuin lyhyt- ja pitkävaikutteisina tabletteina ja kapseleina. Suun kautta an-

nettavan oksikodonin hyötysuhde on parempi kuin morfiinin. Koska opioidien vaikutukset ovat yksilöllisiä, on todettu, että potilaat, joille morfiini ei sovi, olisi järkevää kokeilla oksikodonia. Metadoni on taas hyödyllinen lisä syöpäkivunhoidossa käytettävissä opioideissa. Sen käyttö syöpäkivunhoidossa ei kuitenkaan ole täysin ongelmaton, koska sen eliminaatiopuolittumisaika on jopa 50 tuntia, kun taas analgeettinen vaikutusaika on noin 5 tuntia. Tämä aiheuttaa sen, että lääkettä tulee helposti yliannosteltua. Fentanyyli taas on kiinnitettynä laastariin, joka vapauttaa ihoa vasten lääkettä elimistöön. Tasainen pitoisuus saavutetaan vasta 8-12 tunnin kuluttua laastarin asettamisesta. Kun laastari poistetaan iholta, imeytyy vereen ihosta lääkettä vielä usean tunnin ajan. Fentanyylilaastari on aiheellinen potilaille, jotka eivät voi ottaa lääkkeitä suun kautta. Fentanyylin vaikutusaika on 72 tuntia eli se vaihdetaan kolmen päivän välein. Koska fentanyylilaastarin vaikutus alkaa hitaasti ja jatkuu vielä laastarin poisottamisen jälkeen, soveltuu se potilaille, joilla on tasaista ja voimakasta kipua. Se ei sovellu nopeasti tulevien kiputilojen hoitoon. (Kalso ym. 2009, 493-494)

5.3 Invasiiviset hoitomenetelmät

Suurimmalle osalle syöpäkivusta kärsiville potilaille saadaan apu edellä mainituista lääkkeistä. Niille, joille näistä ei ole apua, saadaan apu joko ihon alle tai lähelle keskushermostoa annostelluilla opioideilla tai lisäämällä lääkahoitoon paikallispuudutuksia tai neurolyyttisiä johtopuudutuksia, jopa ääritapauksessa neurokirurgisilla menetelmillä. Jos kiputilat ovat vaikeita ja niihin on vaikea löytää sopivaa ratkaisua ja helpotusta, on potilas hyvä ohjata kipupoliklinikalle tai jollekin muulle kipuasiantuntijalle. Näitä on nykyään Suomen kaikissa yliopisto- ja keskussairaaloissa. (Joensuu ym. 2006, 771)

Kun potilas ei voi ottaa lääkettä suun kautta, on tarpeellista käyttää parenteraalisia antotapoja. Näitä syitä ovat esimerkiksi pahoinvointi, oksentelu, suolitukos tai tajuttomuus. Markkinoilla on saatavilla yksinkertaisia ja edullisia ohjelmoitavia ruiskupumppuja. Nämä soveltuvat suonensisäiseen ja ihonalaiseen annosteluun. Elektroniset pumput taas ovat monipuolisia ja varmatoimisia. Kun potilaalle on annettu hyvä perehdytys, ovat ne myös yksinkertaisia käyttää. Ongelma elektronisessa pumpussa on, että niissä on rikkoutumisriski ja ne ovat kalliita. Joskus kannettavien elektronisten ja ruiskupumppujen lisäksi tarvitaan suurella kapasiteetilla varustettuja ruiskupumppuja. Nämä ovat tarpeen esimerkiksi saattohoidon loppuvaiheessa. Ihonalainen ja suonensisäinen kipulääkitys on myös helppo toteuttaa avohoidossa ja potilaan kotona. (Kalso ym. 2009, 497-498)

Itseannostelu on tapa, jossa potilas itse säätelee lisäännoksen antamisajankohdan. Tämä tapahtuu sen jälkeen, kun kipupumppu on asennettu ja siihen on myös ohjelmoitu potilaalle sopiva kerta-annos, annosväli, taustainfuusio ja enimmäisannos tunnissa. Hoidon alussa potilas annostelee aluksi muutaman tunnin ja yhden vuorokauden välisenä aikana itselleen sopi-

van annostuksen, jolloin hän ei tunne kipua. Tämä annos jaetaan pumppuun taustainfuusioiksi. Tämä edesauttaa, että jokaiselle potilaalle saadaan juuri oikeanlainen kipulääkitys, josta on mahdollisimman suuret hyödyt ja vastaavasti mahdollisimman pienet haitat. (Kalso ym. 2009, 497)

Noin viidesosalla syöpäpotilaista edellä mainitut hoitomenetelmät eivät auta tai joilla systeeminen kipulääkitys aiheuttaa jatkuvasti haitallisia sivuvaikutuksia hoitoyrityksistä huolimatta. Periaatteessa kaikkia kestopuudutuksia voidaan käyttää syöpä kivunhoidossa, mutta takyfylaksian takia pelkän puudutteen pitkäaikainen kestoainfuusio ei sovi pitkäaikaiseen käyttöön. Tavallisimmat anestesiologiset menetelmät ovat spinaalinen analgesia ja neurolyytiset blokadit. (Kalso, Vainio 2002, 355)

Joskus syöpä kivunhoidossa käytetään kertapuudutusta, jolla saadaan lyhyt kivunlievitys, joka on kestoltaan muutamia tunteja. Indikaatioita puudutusten käytölle on esimerkiksi patologiset murtumat tai lyhyet hyvää kivunlievitystä tarvitsevat toimenpiteet. (Kalso, Vainio 2002, 360)

Kasvaimen tehtävät kirurgiset toimenpiteet usein helpottavat myös kipua. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi selkärankaan stabiloivat leikkaukset. Varsinaista neurokirurgiaa ei kuitenkaan käytetä yleensä syövästä johtuvien kipujen helpottamiseen, koska toimenpiteet ovat vaativia ja hoitotulos on kestoltaan rajallinen ja taudin ennuste on usein huono. Jos kivun syyhyn ei voida vaikuttaa tai jos kivun muut hoitokeinot eivät ole tarpeeksi tehokkaita voidaan harkita kivun kipukirurgista hoitoa. (Kalso ym. 2009, 503-504)

5.4 Hoitotyön auttamismenetelmät

Syöpäkipua voi hoitaa myös muilla keinoilla kuin kipulääkkeillä. Usein kipulääkkeitä käytetään näiden keinojen lisänä, varsinkin jos kipu on todella kova. Muita syöpä kivun hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi hypnoosi, rentoutus, kivunhallintamenetelmät, apuvälineet, fysioterapia sekä kuntoutus. (www.syopapotilaat.fi/pdf/syopapotilaankivunhoito.pdf)

Toki kipulääkkeiden ohella voidaan kokeilla potilaalle muitakin kivunhoitomenetelmiä, kuten kylmähoitoja, lämpöhoitoja ja hierontaa. Näiden käyttämisellä voidaan selvittää pienemmällä kipulääkeannoksella, mutta kipulääkitystä kokonaan ne eivät pysty korvaamaan. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 114)

Hyviä tuloksia on saatu myös mielikuvien käytöstä, jolloin potilas esimerkiksi kuuntelee musiikkia niin intensiivisesti tai lukee kirjaa, jolloin hän ei niin sanotusti kuule kipua. Syöpäpotilaat kokevat kipua eri tavoin, kyseiseen sairauteen asennoituminenkin vaikuttaa suuresti sii-

hen, kuinka potilas kokee kivun. Jos potilas ei ole hyväksynyt sairautta, usein myös kipu koetaan ylitsepääsemättömänä. Syöpädiagnoosin jälkeen ihminen usein pohtii omia asioita ja silloin tulevat pintaan vihan ja epäoikeudenmukaisuuden tunteet. Nämä saattavat joko laskea tai nostaa kipukynnystä. Hoitohenkilökunnan on hyvä muistaa, että usein käsittelemättömät sosiaaliset ongelmat vaikeuttavat herkästi kivunlievitystä. Tällöin hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde on avainasemassa. Avoin keskustelu asiantuntijoiden ja potilaan välillä mieltä askarruttavista asioista saattaa ja usein auttaakin lievittämään ahdistuneisuutta. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 124-126)

Hypnoosi tarkoittaa olotilaa, jossa tietoisuus ja aistimukset sekä kokemukset voivat muuntua eriasteisesti. Potilas on rentoutunut, vastaanottavainen suggestioille ja mielikuville. Hoitomuotona hypnoosi ja hypnoterapia ovat monipuolinen kokonaisuus, johon sisältyy monia työskentelytapoja. Hypnoterapiassa hoito suunnitellaan aina potilaan kokonaistilanne huomioiden ja usein hypnoosi onkin osa jotain laajempaa kokonaisuutta. Yhdysvalloissa käytetään hyvin laajasti hypnoosia kiputilojen hoitoon. Hoidollisen hypnoosin oletetaan lievittävän kipua muun muassa suuntaamalla ajatukset johonkin muuhun ja tuottamalla kivuttomuus eli niin sanottu hypnoottinen analgesia. Hypnoottisilla suggestioilla voidaan aikaansaada potilaassa tunnottomuutta, kipualueen voimakkuuden pienenemistä ja esimerkiksi ahdistuneisuuden lievittymistä. Hypnoosin tuloksellisuutta on tutkittu ja selvitetty yhdysvaltalaisen National Institute of Healthin toimesta. Sen mukaan rentoutuksen tehosta erilaisissa kiputiloissa on vahvaa näyttöä. Erityisesti hypnoosi on tämän katsauksen mukaan tehokas hoitomuoto erityisesti syöpäkipua vastaan. (Estlander 2003, 200)

Kaikki syöpäpotilaan kokema kipu ei ole syövästä johtuvaa. Syöpäpotilailla esiintyy myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamia kiputiloja. Pitkät sairaalajaksot, vuoteessa makaaminen heikentää lihaskuntoa ja aiheuttaa usein kiputiloja. Jos fyysinen kunto romahtaa, vaikuttaa se auttamattomasti elämänlaatuun. Fysioterapian liikehoidossa tulee huomioida mahdolliset metastasit ja niiden sijainnit. Lymfaterapiaa käytetään usein rintasyöpäpotilaan raajaturvotuksen hoitoon. (Kalso ym. 2009, 504)

6 Opinnäytetyön toteuttaminen ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia lääkehoitoja syöpäpotilaille on saattohoidossa sekä mitä muita hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään syöpäpotilaiden kivunhoidossa. Opinnäytetyössä selvitetään valittujen tutkimusten avulla käytössä olevia lääkehoitoja ja syöpäpotilaan hoidossa käytettäviä muita auttamismenetelmiä.

Tässä opinnäytetyössä etsin vastauksia seuraaviin kahteen kysymykseen:

1. Millaisia lääkehoitoja potilaille on saattohoitovaiheessa tarjolla?
2. Mitä muita hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään?

Opinnäytetyöhöni olen valinnut seuraavat tutkimukset:

1. Salminen ja Salmenoja 2007: Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? Turku, 2007. Tutkijat kartoittivat TYKS:n syöpäklinikan hoidossa olevien potilaiden oireistoa ESAS-lomaketta käyttäen helmikuun ja toukokuun välisenä aikana vuonna 2006 laajemman oirekartoitustutkimuksen ohella. Tutkimukseen osallistui 116 miestä ja 87 naista. Keski-ikä tutkimukseen osallistujilla oli 64,8 vuotta ja vaihteluväli 27-86 vuotta. (Salminen, Salmenoja Turku, 2007)
2. Leino, Vuorinen, Asola, Koistinen 1999: Tutkimus fentanyylilaastarin käyttökelpoisuudesta syöpä kivunhoidossa. Tutkimuksessa selvitettiin fentanyylidepotlaastarin käyttökelpoisuutta avoimessa ja kontrolloimattomassa tutkimuksessa monikeskustutkimuksessa. Tutkimukseen osallistui 28 avo- tai laitoshoidossa olevaa terminaalivaiheen syöpäpotilasta, joiden kivunhoito edellytti morfiinin tai oksikodonin käyttöä. Tutkimuksessa olevat potilaat olivat yli 18 vuotiaita. Varsinaisen tutkimusvaiheen läpäisi 19 potilasta, koska tutkimuksen aikana kuoli neljä potilasta ja yksi suljettiin pois kommunikaatiovaikeuksien takia. (www.pirkanmaanhoitokoti.fi)
3. Salmenperä, 2005: Complementary and alternative medicine: attitudes of cancer patients, nurses and physicians, the use of complementary and alternative medicine by cancer patients Turku, 2005. Tämä tutkimus oli ensimmäinen laatuaan Suomessa ja siinä tarkasteltiin syöpäpotilaiden, hoitajien ja lääkäreiden asennoitumista täydentävään ja vaihtoehtoiseen lääköntään Suomessa. Näihin vaihtoehtoisiin toimiin kuului esimerkiksi ruokavaliohoito, immunoterapia, homeopatia ja rukous. (Salmenperä, Turku, 2005).
4. Leino, Pusa, Vilminko, Holli 1996: Tutkimus tamperelaisten syöpäpotilaiden viime vaiheen hoidosta. Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää ja arvioida tamperelaisten syöpäpotilaiden saattohoidon toteutusta, sisältöä ja saattokodin roolia. Tutkimustiedot kerättiin yhden vuoden aikana kuolleiden tamperelaisten syöpäpotilaiden sairauskertomuksista. Potilaat olivat valikoituneet hoitopaikkoihin osin iän, diagnoosin ja perhesuhteiden perusteella. Tutkimuksessa arvioitiin sairauskertomusmerkintöjen perusteella syöpäpotilaalle viimeisen laitosjakson aikana annetun hoidon sisältöä ja laatua Pirkanmaan hoitokodissa, erikoissairaalassa ja terveyskeskussairaa-

lassa. Kaikissa hoitopaikoissa oli eroja kipulääkityksen toteutuksessa. (Leino, Pusa, Vilminko, Holli 1996.)

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tarkoittaa tieteellistä tutkimusmenetelmää, jolla kerätään jo olemassa olevaa tietoa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan tiedon laatua ja kootaan eri näkökantoja yhteiseksi kokonaisuudeksi rajatusta ilmiöstä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toistettavissa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on eri vaiheita. Nämä ovat tutkimussuunnitelman lisäksi tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi. (Kääriäinen, Lahtinen, 2006 37-45.)

Etsittäessä systemaattisen kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksia, lehtiä ja artikkeleita tulee haku tapahtua sekä manuaalisesti että elektronisesti. Haussa tulee löytää tutkimuskysymysten mukaan keskeisimmät teokset. Jotta kirjallisuuskatsauksesta saadaan mahdollisimman luotettava, tulee mukaan otettavien tutkimusten laatu arvioida ja hylätä huonolaatuiset tutkimukset. Laatu arvioidaan tiivistelmien, otsikoiden tai tarvittaessa koko tutkimuksen lukemisen perusteella. (Kääriäinen, Lahtinen 2006, 37-45.)

Kirjallisuuskatsaus voi olla itsessään myös tutkimus. Jolloin sitä nimitetään usein systemaattiseksi kirjallisuuskatsaukseksi. Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana väliinään syventää tietoja aiheesta, josta on jo valmista tutkittua tietoa. (Tuomi, Sarajärvi 2002, 120.)

6.2 Tutkimuksen reliaabelius ja validius

Tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys saattavat vaihdella jonkin verran. Tämän takia kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimusten luotettavuutta. Näissä tutkimusten luotettavuus arvioinneissa voidaan käyttää useita erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittauksien toistettavuutta. Tämä tarkoittaa sitä, kuinka mittaus tai tutkimus antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen reliaabelius voidaan todeta monellakin tapaa esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla. Jos tulos on sama, voidaan tutkimuksen tuloksia pitää reliaabeleina. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa on kehitelty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joiden avulla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta. Toinen tällainen tutkimusten arviointeihin käytettävä käsite on validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa sitä, miten hyvin mittari tai tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Tämä johtuu siitä, etteivät mittarit ja mene-

telmät aina vastaa sitä todellisuutta, joita tutkija kuvittelee tutkivansa. Validiutta voidaan arvioida eri näkökulmista, jolloin puhutaan ennustevalidiudesta, tutkimusasetelmavalidiudesta ja rakennevalidiudesta. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 216-217)

Tämän opinnäytetyön luotettavuuden takaa se, että kirjallisuus, jota olen käyttänyt on 2000 luvulta. Tutkimuksissa jouduin käyttämään hieman vanhempaa aineistoa huonon löytyvyyden takia.

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Syöpäpotilaan lääkehoidot saattohoitovaiheessa

Salmisen ja Salmenojan tutkimuksessa selvitettiin syöpäpotilaiden oireita, kuten kipua ja tutkittiin kuinka ne saattavat hoitamattomana aiheuttaa noidankehän, johon liittyvät masennus, uupumus ja unihäiriöt. Potilaat kokivat kivun häiritsevimmäksi oireeksi, joka aiheutti paljon muita oireita, kun kipua ei hoidettu. Tutkimuksessa selvisi, että syöpäklinikan kuratiivisessa hoidossa olevien potilaiden kipu ja muukin oireisto ovat hyvin hallinnassa. Sen sijaan palliativisessa hoidossa olevien potilaiden oirekirjo oli huomattava ja ongelmana oli, että monioireisuus voi jäädä huomioimatta tavallisella vastaanottokäynnillä. Tutkimuksessa todettiin, että vaikka WHO:n porrasteinen syöpäkivunhoito esitettiin jo 20 vuotta sitten, on syöpäkivunhoito edelleen haaste lääkäreille. (Salminen, Salmenoja 2007)

Leinon, Vuorisen, Asolan ja Koistisen tutkimuksessa tutkittiin fentanyylilaastarin tehoa kroonisen syöpäkivunhoidossa. Fentanyylilaastarin käyttöä suositellaan nykyään potilaille, joiden vaikea ottaa suun kautta lääkkeitä ja joiden kiputilanne on vakiintunut. Tutkimuksessa potilaat kokivat fentanyylilaastarin hyväksi ja kukaan tutkimukseen osallistunut potilas ei pitänyt suun kautta otettua morfiinia tai oksikodonia parempana kuin fentanyylilaastari. Tässä tutkimuksessa myös analysoitiin aiheuttaako fentanyylilaastari jonkinlaisia haittavaikutuksia. Fentanyylilaastari aiheutti osalle tutkimukseen osallistuneista potilaista normaaliin tapaan esimerkiksi pahoinvointia ja väsymystä. Tutkimuksessa todettiin, että kipulääkkeen titraus suun kautta otettavalla morfiinilla tai oksikodonilla osoittautui käytännölliseksi. Useat tutkimukseen osallistuneet potilaat tarvitsivat suun kautta lisälääkitystä läpilyöntikipuun fentanyylilääkityksen alussa, koska fentanyylilaastarin täysi vaikutus alkaa vasta todellisuudessa ensimmäisen vaihtokerran jälkeen. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaalla, jolla on fentanyylilaastari käytössä, tulee aina olla jotakin nopeasti vaikuttavaa kipulääkettä suunkautta otettavana. Tutkimuksen tulosten mukaan potilailla oli myönteiset mielipiteet fentanyylilaastarin käytöstä. Monet potilaista pitivät sitä parempana tai vähintään yhtä hyvänä kuin aikaisemmin suun kautta otettavia kipulääkkeitä. Kivunlievityksessä ei kuitenkaan todettu olevan suurta eroa, mutta laastarilääkityksen helppoutta pidettiin positiivisena asiana. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat myös, että fentanyylilaastari aiheutti vähemmän ummetusta kuin muut opioidit. (Leino, Vuorinen, Askola, Koistinen 1999)

Salmenperän väitöstutkimuksessa käsiteltiin ainoastaan vaihtoehtohoitomuotoja. Tutkimuksessa ilmenee hoitohenkilökunnan asenne näitä hoitomuotoja kohtaan kivunhoidossa. Ne eivät saa paljon kannatusta varsinkaan lääkärien taholta. Lääkäreillä on huoli siitä, etteivät syöpäpotilaat hakeudu enää muihin hoitoihin tai eivät halua muita lääkkeitä, kun ovat kokeilleet

vaihtoehtohoitoja. Hoitajien mielestä vaihtoehtohoidot olivat hyvä lisä virallisen lääkehoidon rinnalla. (Salmenperä 2005)

Leinon, Pusan, Vilminkon ja Hollin tutkimuksessa selvitettiin tamperelaisten syöpäpotilaiden viime vaiheen hoitoa eri hoitolaitoksissa. Tutkimuksessa painotettiin, että oireiden mukaiseen hoitoon siirtyminen ja syöpään kohdistuvasta aktiivihoidosta luopuminen ei tarkoita, että potilas jätetään hoitamatta, vaan häntä hoidetaan aktiivisesti sairauden vaiheen edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen mukaan keskeisimmässä osassa on kivunhoito. Tutkimuksessa todetaan, että iso osa syöpäpotilaista saa liian vähän kipulääkettä. Tutkimuksessa on otettu esille asia, jossa morfiinin käyttö on huomattavasti vähäisempää Suomessa kuin muualla pohjoismaissa. Tutkimuksen tuloksista selviää, että yliopistollisessa sairaalassa potilaat olivat useammin ilman minkäänlaista säännöllistä kipulääkitystä, toisin kuin saattohoitokodissa. Tutkimuksesta selviää, että opiaattien käyttö lisääntyi kaikissa hoitopaikoissa, mutta erityisesti saattohoitokodissa. Yliopistollisessa sairaalassa ja terveyskeskussairaalassa potilaat saivat enemmän lievempiä toisen asteen kipulääkkeitä saattohoidon aikana. Opiaattilääkitystä suosittiin viimeisen vaiheen hoidossa. Solunsalpaaja lääkitystä ja sädehoitoja käytettiin lähinnä oireiden lievitykseen. Hormonien käyttö oli myös yleistä kaikissa hoitopaikoissa. (Leino, Pusa, Vilminko, Holli 1996)

7.2 Hoitotyön auttamismenetelmät syöpäpotilaan kivunhoidossa

Salmisen ja Salmenojan tutkimuksessa käsiteltiin pääosin syöpäpotilaan oirekirjoa ja sitä kuinka hoitamaton kipu voi aiheuttaa monta muuta oiretta, joista tulee noidankehä loppujen lopuksi. Tutkimuksessa keskityttiin kivunhoitoon lääkkeillä, jotta muutkin kivun aiheuttamat oireet lievittyvät. Tutkimuksessa ei käsitelty muita hoitotyön auttamismenetelmiä. (Salminen ja Salmenoja 2007)

Leinon, Vuoren, Asolan ja Koistisen tutkimuksessa käsiteltiin ainoastaan fentanyylilaastarin toimivuutta syöpäkivunhoidossa. Tässä tutkimuksessa ei käsitelty muita hoitotyön auttamismenetelmiä vain lääkehoitoa. (Leino, Vuori, Asola, Koistinen)

Liisa Salmenperän väitöstutkimuksessa ilmenee hyvin vaihtoehtolääkityksen nykytila Suomessa. Tutkimuksen mukaan voidaan päätellä, että syöpäpotilaat itsessään suhtautuvat vaihtoehtohoitoihin avoimemmin kuin hoitohenkilökunta. Hoitajat suhtautuivat myönteisimmin vaihtoehtohoitoista ruokavalioon, kun taas lääkärit suhtautuivat myönteisimmin rukouksiin ja immunoterapiaan. Potilaat itse olivat tutkimuksen mukaan tietoisia lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan asenteista vaihtoehtohoitomuotoja kohtaan. Täydentäviä hoitomuotoja ei tarjota julkisessa terveydenhuollossa. Kuitenkin lähes puolet hoitajista arvioi vaihtoehtoisen ja virallisen lääkinnän täydentävän virallista hoitoa. Lääkärit olivat huomattavasti negatiivisempia asian

suhteen ja vastustivat täydentävien hoitojen tarjoamista virallisessa terveydenhuollossa. Lääkäreiden suurin huolenaihe asian suhteen oli, että potilaiden hakeutuminen oikeaan hoitoon viivästyisi, jos vaihtoehtohoitoa kokeillaan. Voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta suhtautuu vaihtoehtohoitoihin epäilevästi, mutta potilaat itse suhtautuvat niihin positiivisemmin ja tuntevat saavansa niistä voimaa hyväksytyjen hoitojen rinnalla. Tutkimuksen mukaan syöpäpotilaat siis käyttävät jonkin verran täydennyshoitoja syöpähoitojen rinnalla. Yleisimpiä näistä ovat vitamiini ja hivenainehoidot, antioksidantit, ruokavaliohoidot tai luonnonlääkkeet. (Salmenperä 2005)

Leinon, Pusan, Vilminkon, ja Hollin tutkimuksessa tamperelaisten syöpäpotilaiden viime vaiheen hoidosta selvisi potilaan saapuessa viimeiseen hoitopaikkaan, että potilaan fyysisiin oireisiin kiinnitettiin paljon huomiota. Potilaan henkisen hyvinvoinnin arviointi jäi taka-alalle. Varsinkin yliopistollisessa sairaalassa ei keskitytty potilaan henkiseen hyvinvointiin niin paljon kuin saattohoitokodissa. Auttamismenetelminä pidettiin potilaan ja hoitohenkilökunnan välisiä keskustelua laitoshoidon aikana. Eniten tätä toteutettiin saattohoitokodissa. Potilaille oli myös tärkeää omaisten läsnäolo, joka auttaa myös potilaan jaksamisessa. Saattohoitokodissa oli mahdollistettu omaisten yöpyminen potilaan luona. Tutkimuksen mukaan kaikissa hoitolaitoksissa oli parantamisen varaa hoitohenkilökunnan ja potilaan välisessä viestinnässä. Saattohoitokodissa oltiin tutkimuksen mukaan enemmän keskitytty potilaan henkiseen hyvinvointiin ja oltiin mahdollistettu kotilomat, ulkoilut ja muut aktiviteetit, jotta potilaalla olisi mahdollisimman hyvä olla. (Leino, Pusa, Vilminko, Holli 1996)

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia lääkehoitoja syöpäpotilaille on saattohoidossa sekä mitä muita hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään syöpäpotilaiden kivunhoidossa.

Nykyisen työkokemukseni pohjalta olen kohdannut paljon syöpäpotilaita ja osallistunut heidän saattohoitoonsa. Olen huomannut, että kivunhoidolla on suuri vaikutus heidän jaksamiseen arkisissakin asioissa osastolla. Jos kipulääkitys ei ole kunnossa, on kaikki muu myös vaikeaa.

Syöpäpotilaan kivunhoito on kuitenkin tärkeä asia ja siihen on mielestäni syytä kiinnittää huomiota. Jokainen hoitotyöntekijä haluaa, että saattohoitovaiheessa olevan henkilön ei tarvitse tuntea kipua. Mielestäni on myös tärkeää, että potilaan omaiset ja itse potilaskin osallistuvat hoidon suunnitteluun niin paljon kuin kykenevät.

On tärkeää, että syöpäpotilaan saattohoitovaiheessa kivunhoito on riittävää ja ennakoivaa. Tällöin jatkuva riittävä kipulääkitys ehkäisee yllättävien kiputilojen ja läpilyöntikivun syntymisen. (Kalso ym. 2009, 506) Tehokas kivunhoito mahdollistaa syöpäpotilaan kotihoidon ja säästää näin ollen myös kustannuksissa (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 110).

Mielestäni on tärkeää lääkittää potilasta jo ennalta, jotta esimerkiksi läpilyöntikipuja ei ehdi esiintyä. Olen huomannut, että läpilyöntikivun hoitoon tarvitaan ehdottomasti vahvemmat kipulääkkeet erikseen. Olen huomannut, että jos kipulääkitys ei ole kohdillaan vaikuttaa se koko potilaan yleistilaan ja tällöin potilaan hoitaminenkin on ollut vaikeaa. Olen myös huomannut hoitaessani syöpäpotilaita, että musiikki rauhoittaa, vaikka se ei kiputilaa poistaisikaan. Olen huomannut, että siitä on hyötyä ahdistukseen, joka auttaa ja helpottaa kiputiloissa.

Syöpäkivunhoito ei ole vaikeaa vaan se voidaan toteuttaa yksinkertaisin periaattein. On kuitenkin ensisijaisen tärkeää, että hoidon alussa selvitetään potilaan sen hetkinen käsitys sairaudestaan, hoitosuunnitelmastaan sekä hoidon tavoitteista ja vaikutuksista. Kun nämä asiat on hoidettu heti alussa, on mahdollista saada potilaan kanssa erityinen luottamussuhde. Potilaan hoito on tällöin yksilöllistä ja silloin kivunhoidon onnistumiselle on parhaimmat puitteet. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 125)

Opinnäytetyössäni käyttämäni tutkimukset olivat toistensa kanssa hyvinkin erilaisia, ja näin ollen haasteellisia käsitellä. Opinnäytetyöhöni valittujen tutkimusten perusteella syöpäkivunhoitoa saattohoitovaiheessa hoidetaan pääosin kipulääkkeillä. Muut keinot toimivat potilailla rauhoittavina tekijöinä. (Leino ym. 1999) Mielestäni hoitohenkilökunnan tietämystä täytyisi

lisätä kipulääkkeistä, joita käytetään syöpä kivunhoidossa, jotta voimme olla entistä tiiviimässä yhteistyössä lääkärin kanssa ja potilaalle taattaisiin mahdollisimman hyvä ja kivuton hoito.

Nykypäivänä on monenlaisia kipulääkkeitä, joilla saadaan lähes kaikki kipu pois, joten olisi väärin jättää niitä käyttämättä. Näistä vaihtoehdoista on myös mielestäni kerrottava potilaille ja heidän omaisilleen, jotta hekin tietävät vaihtoehdot. Olen työssäni huomannut, että välillä vahvempien kipulääkkeiden aloitukselle on suuri kynnyks. Mielestäni varsinkin syöpä kivunhoidossa saattohoitovaiheessa näin ei tulisi olla. Jokainen syöpäpotilas on oma yksilönsä ja kaikille ei sovi kaikki lääkkeet, mutta olisi tärkeä kuitenkin suoda potilaalle kivuton loppuaika, jolloin omaistenkin mieli rauhoittuu. Kirjoissa, joita käytin tässä opinnäytetyössä lähteinä on useammassa mainittu morfiinin liian vähäinen käyttö kivunhoidossa. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 126-127) Omassa työssäni olen huomannut, kuinka tehokas lääke se on ja olemme saaneet sen käytöstä hyviä kokemuksia. Se on todella auttanut koviin kipuihin ja rauhoittanut potilasta, jolloin omaisetkin ovat olleet kovan surun lähellä rauhallisia, kun omaisen ei tarvitse kärsiä kivuista.

Valitsemieni tutkimusten pohjalta syöpä kivunhoidossa kipulääkkeet ovat suosituimpia, mutta myös vaihtoehdot hoitomuodot ovat tulleet esille ja monet syöpäpotilaista ovat niitä kokeilleet ja käyttäneet lääkehoidon ohella. Tutkimuksessa ilmeni, että lääkärit ja muu hoitohenkilökunta eivät ole niin varauksettomia vaihtoehdoisten hoitomuotojen suhteen. (Salmenperä 2005) Mielestäni kuitenkin niille hoidoille tulisi antaa mahdollisuus varsinkin, jos ne edesauttavat potilaan henkistä hyvinvointia.

Mielestäni myös vaihtoehdot tulisi olla mahdollisia syöpäpotilaille, koska se tuo enemmän toivoa tulevaan ja positiivista energiaa jatkaa eteenpäin. Tutkimuksissa lääkärit ja hoitohenkilökunta suhtautuivat näihin vaihtoehdoihin epäilevästi, mutta potilaat taas olivat myönteisiä ja luottavaisia. Mielestäni hoitohenkilökunnan tietämystä vaihtoehdoista olisi lisättävä. Heidän tulisi osata tarjota potilaille heidän halutessaan tällaista vaihtoehtoa vaikka lääkehoidon rinnalle.

Tutkimuksissa vertailtiin hoitopaikkojen erilaisia hoitomenetelmiä ja selvisi, että saattohoitokodissa hoito on paljon yksilöllisempää ja siellä huomioidaan myös potilaan henkinen hyvinvointi, joka kuuluu muihin hoitotyön auttamismenetelmiin.

Opinnäytetyötä tehdessäni, huomasin kuinka vähän aiheesta on tehty suomenkielisiä tutkimuksia, joten olisi hyvä jatkossa tehdä tutkimuksia näin tärkeästä asiasta. Artikkeleita aiheesta löytyy paljon alan lehdistä. Tutkimusten huono saatavuus hankaloitti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoa. Koin kuitenkin sen käyttämisen opettavaisena metodina.

Lähteet

Eriksson, E. Kuuppelomäki M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Hänninen, J. 2003. a. Saattohoito. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Hänninen J. 2003. b. Saattopotilaan oireiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Joensuu, H. Roberts, P. Teppo, L. Tenhunen, M. 2006. Syöpätaudit. Oy Duodecim. Jyväskylä

Kalso, E. Vainio, A. (toim.) 2002. Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Kustannus Oy Duodecim.

Kääriäinen, M. Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede, 18, 37-45.

Leino, T. Pusa, H. Vilminko, M. Holli, K. 1996. Tamperelaisten syöpäpotilaisen viime vaiheen hoito, Duodecim.

Leino, T. Vuorinen, E. Asola, R. Koistinen, P. 1999. Fentanyylilaastari kroonisen syöpäkivun hoidossa, Duodecim.

Sailo, E. Vartti, A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Salanterä, S. Hagelberg, N. Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Salmenperä, L: Complementary and alternative medicine: attitudes of cancer patients, nurses and physicians, the use of complementary and alternative medicine by cancer patients. Turku, 2005.

Salminen E ja Salmenoja H: Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? Turku, 2007.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

www.syopapotilaat.fi/pdf/syopapotilaankivunhoito.pdf

www.stm.fi

http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/julk_01.html