

KIVUNHOITO PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Lapin ammattikorkeakoulu

Gardemeister Henna

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

2023

Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja

Tekijä	Henna Gardemeister	Vuosi	2023
Ohjaaja	Heidi Jaakola		
Toimeksiantaja	Lapin ammattikorkeakoulu		
Työn nimi	Kivunhoito palliatiivisessa hoitotyössä		
Sivumäärä	42		

Tein opinnäytetyöni palliatiivisen potilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä omaa ja lukijan tietoutta siitä, mitä kivunhoito palliatiivisen potilaan hoitotyössä tarkoittaa ja millaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan palliatiivisessa vaiheessa olevan potilaan kivunhoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa seuraaviin kysymyksiin: millaista on palliatiivista hoitoa saavan potilaan hyvä kivunhoito sekä millaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan palliatiivisen potilaan kivunhoidossa?

Opinnäytetyön teoriaosuudessa kävin läpi parantumaton sairautta ja kipua, palliatiivista kivunhoitoa ja sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista palliatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmän ja tutkimusten analyysimenetelmänä käytin induktiivista sisällönanalyysia. Tutkimusaineisto haettiin kolmesta eri sähköisestä tietokannasta ja mukaan valittiin viisi sisällöltään erilaista tutkimusta.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista kävi ilmi, että palliatiivisen potilaan kivunhoito koostuu useammasta pienemmästä asiakokonaisuudesta ja palliatiivista hoitotyötä tekevällä sairaanhoitajalla tulee olla laajaa osaamista ja tietotaitoa eri aihealueilta – pelkästään siis kivunhoidon osaaminen ja toteuttaminen ei riitä. Sairaanhoitaja tarvitsee esimerkiksi myös hyviä vuorovaikutustaitoja ja hänen tulee ymmärtää potilaan kokonaisvaltaista kärsimystä. Opinnäytetyössä nousseita ilmiöitä voidaan hyödyntää palliatiivisen potilaan kivunhoitoa suunniteltaessa, sekä palliatiivisen hoitotyön opetuksessa. Opinnäytetyöprosessin aikana oppimaani tietoa pystyn jatkossa soveltamaan ja hyödyntämään käytännön hoitotyössä työskennellessäni palliatiivisten ja saattohoitovaiheen potilaiden parissa.

Avainsanat

Kivunhoito, palliatiivinen hoito, saattohoito, kirjallisuuskatsaus

School of Northern Well-being and services
Degree Programme in Nursing and Health Care
Bachelor of Health Care

Author	Henna Gardemeister	Year	2023
Supervisor	Heidi Jaakola		
Commissioned by	Lapland University of Applied Sciences		
Title	Pain management in palliative care – A descriptive literature review		
Number of pages	42		

This thesis addresses palliative patient pain management. The purpose of the thesis was to increase both the author's and the reader's knowledge of what pain management means in nursing work of palliative patients and what kind of competence is required from a nurse in the pain management of a patient in palliative care. The aim of the thesis was to get answers to the following questions: what is good pain management of a patient receiving palliative care and what kind of competence is required from a nurse in pain management of a palliative patient?

In the theory part of the thesis, terminal illness and pain, palliative pain care and the skills required of nurses in palliative care work are discussed. The thesis was carried out by using a descriptive literature review. The material was retrieved from three different electronic databases, and five studies on the topic with different contents were selected. Inductive content analysis was used to analyse the selected data.

The results of the literature review revealed that the pain management of a palliative patient consists of several smaller entities. A nurse performing palliative care work must have extensive skills and knowledge in different subject areas and just knowing and implementing pain management is not enough. For example, a nurse also needs good communication skills and must understand the patient's comprehensive suffering. The information that emerged in this thesis can be used when planning palliative patient pain management, as well as in the teaching of palliative nursing.

Keywords

Analgesia, palliative care, hospice care, literature review

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	POTILAAN PARANTUMATON SAIRAUS JA KIPU	7
2.1	Palliatiivinen ja saattohoito.....	7
2.2	Kipu.....	8
2.3	Akuutti ja krooninen kipu.....	9
2.4	Nosiseptiivinen ja neuropaattinen kipu.....	10
3	PALLIATIIVINEN KIVUNHOITO	13
3.1	Kivun arviointi ja seuranta.....	13
3.2	Lääkkeetön kivunhoito ja sen eri menetelmät	14
3.3	Lääkkeellinen kivunhoito.....	15
3.3.1	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	16
3.3.2	Opioidit.....	17
3.3.3	Palliatiivinen sädehoito ja sedaatio.....	18
4	SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ ..	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
6	MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	23
6.1	Tutkimusmenetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus	23
6.2	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eteneminen vaiheittain	23
7	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	28
7.1	Palliatiivinen kivunhoito.....	28
7.1.1	Kivun tunnistaminen, arviointi ja mittaaminen	28
7.1.2	Kokonaiskärsimyksen lievittäminen.....	29
7.1.3	Lääkehoito palliatiivisessa hoidossa.....	30
7.1.4	Lääkkeetön kivunhoito palliatiivisessa hoitotyössä.....	31
7.1.5	Esteet ja haasteet hyvän kivunhoidon toteutumiselle	31
7.2	Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset palliatiivisen potilaan hoitotyössä 32	
8	POHDINTA	34
8.1	Tulosten tarkastelu	34

8.2	Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu	34
8.3	Opinnäytetyön merkitys ammatilliseen kasvuun	36
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotus	37
	LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

Hyvä kivunhoito on syöpäpotilaan taudin edetessä usein rauhallisen kuoleman edellytys (Pöyhä & Heiskanen 2020). Samaa periaatetta voidaan soveltaa myös muiden palliatiivisessa hoitovaiheessa olevien potilaiden hoidossa.

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaista hoitoa, kun sairauden etenemistä ei enää voida estää. Sen tarkoituksena on lievittää potilaan kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille henkeä uhkaavaa ja kuolemaan johtavaa sairautta sairastaville potilaille ja saattohoito kuuluu osana palliatiiviseen hoitoon. Tavallisimpia oireita kuolevalla potilaalla ovat kipu, hengitysteiden oireet, maha- ja suolisto-oireet, kuivuminen, ruokahaluttomuus, uupumus, sekavuus, sekä psyykkiset masennus- ja ahdistuneisuusoireet. (Käypä hoito -suositus 2019b.) Kipu on yksi pelätyimmistä oireista palliatiivisessa hoitovaiheessa olevien potilaiden keskuudessa (Vainio & Vuorinen 2015). Hyvällä kivunhoidolla voidaan siis lievittää potilaan kipua kohtaan kokemaa pelkoa ja näin helpottaa myös potilaan kokonaisvaltaista kärsimystä.

Työskentelen itse palliatiivisen hoidon osastolla. Törmään lähes päivittäin potilaisiin, jotka kokevat erilaisia kipuja. Osastolla kivunhoitoa toteutetaan sekä lääkkeellisillä, että lääkkeettömillä keinoilla. Opinnäytetyön avulla haluan lähteä tarkastelemaan aihetta tarkemmin ja kehittää omaa osaamistani palliatiivisen potilaan kivunhoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kuvaileva kirjallisuuskatsaus palliatiivisen potilaan kivunhoidosta ja selvittää sekä itselleni että lukijalle millaista on palliatiivisen potilaan hyvä kivunhoito ja millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee toteuttaakseen hyvää kivunhoitoa. Tämän opinnäytetyön oppimistavoitteena on kehittää omaa osaamistani palliatiivisen potilaan kivunhoidossa, sekä oppia analysoimaan tutkimuksia ja hyödyntää niistä saamaani tietoa käytännössä. Opinnäytetyöprosessin aikana oppimaani tietoa voin soveltaa ja hyödyntää käytännön hoitotyössä työskennellessäni palliatiivisten ja saattohoitovaiheen potilaiden parissa.

2 POTILAAN PARANTUMATON SAIRAUUS JA KIPU

2.1 Palliatiivinen ja saattohoito

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee palliatiivisen hoidon parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen omaistensa aktiiviseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoidoksi. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää potilaan kokemaa kärsimystä sekä vaalia elämänlaatua. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on, että potilas voisi elää mahdollisimman vähäoireista elämää kuolemaansa saakka. Palliatiivinen hoito tulisi aloittaa jo varhain varsinaisen taudin hoidon rinnalle lievittämään oireita ja tukemaan sekä potilasta että potilaan lähipiiriä. (Saarto 2015.)

Palliatiivinen hoito ei ole sidonnainen potilaan ikään tai diagnoosiin, vaan se kuuluu jokaiselle sitä tarvitsevalle (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2023). Yleisimpiä palliatiiviseen hoitoon johtavia sairauksia ovat erilaiset syöpäsairaudet, sisäelinten vajaatoiminnat, krooniset keuhkosairaudet, sekä etenevät neurologiset sairaudet (Terveyskylä 2021). Palliatiivisen hoidon kestolle ei ole määritetty aikaa kauanko se saa kestää, sillä se voi kestää jopa vuosia. Palliatiivisen hoidon tarve kuitenkin kasvaa sairauden loppuvaiheilla elämän lähestyessä loppuaan. (Käypä hoito -suositus 2019a.)

Palliatiivisessa hoitovaiheessa tarkoituksena ei ole enää tarjota sairautta parantavaa hoitoa (Käypä hoito -suositus 2019a), vaan tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää potilaan tuntemaa kärsimystä sekä pitää yllä elämänlaatua niin fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella, henkisellä kuin hengelliselläkin tasolla (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2023). Palliatiivinen hoito ei ole sidonnainen sairauden vaiheeseen, vaan se toteutuu jo vakavan sairauden diagnoosivaiheessa muun hoidon rinnalla. Kun sairaus etenee ja aktiivisesta, parantavasta hoidosta luovutaan, hoito muuttuu yksinomaan palliatiiviseksi hoidoksi. (Heiskanen 2018.) Palliatiivisessa hoidossa potilaan lisäksi myös potilaan lähipiirillä on keskeinen asema. Potilaan lähipiiri tarvitsee myös tukea jaksakseen potilaan rinnalla ja selvitäkseen potilaan kuoleman jälkeen elämässä eteenpäin. Potilaan omaiset tarvitsevat tukea surutyössä vielä potilaan kuoltuakin. (Saarto 2015.)

Saattohoito on vaikeasti sairaalle potilaalle annettavaa hoitoa potilaan viimeisien elinpäivien, viikkojen tai enintään kuukausien aikana ja saattohoito päättyy lopulta potilaan kuolemaan. Pohjimmiltaan saattohoidossa on kyse potilaan kokonaisvaltaisesta kärsimyksen lievittämisestä ja elämänlaadun ylläpitämisestä. Elämänlaatua voidaan ylläpitää helpottamalla sairauden ja lähestyvän kuoleman oireita sekä rohkaisemalla potilasta ja omaisia elämään jäljellä olevat päivät mahdollisimman laadukkaasti. Saattohoidon tarkoituksena on luoda olosuhteet, joissa potilas omaisineen voi elää loppuun saakka mahdollisimman hyvää elämää ja lopulta saada mahdollisimman hyvä, kivuton ja rauhallinen kuolema. Potilaan tausta, ulkoiset tai sosiaaliset ominaisuudet eivät saa vaikuttaa saattohoidon laatuun tai yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen, sillä jokaisella potilaalla on oikeus hyvään saattohoitoon sairaudesta riippumatta. (Kuparinen & Lindström 2021.)

2.2 Kipu

Vaikeaa kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien potilaiden yksi eniten pelkoa aiheuttava oire on kipu. Usein ajatellaan, että mitä enemmän on kipua, sitä lähempänä ollaan kuolemaa. Joskus asia on näin, muttei aina. Kivun taustalla saattaa olla sairaudesta johtuvaa ahdistuneisuutta, masennusta ja kuolemanpelkoa. Voimakkaan psyykkiset oireet voivat voimistaa kipua, minkä vuoksi niitä tulee hoitaa kivun kanssa samanaikaisesti. (Vainio & Vuorinen 2015.)

Fyysinen kipu määritellään epämiellyttäväksi kokemukseksi, joka liittyy kudonvaurioon, sen uhkaan tai sitä kuvataan kudonvaurion käsittein (Käypä hoito -suositus 2017). Kipuaistimus syntyy aivoissa, kun kehon kipureseptorit aktivoituvat ja lähettävät viestin aivoille. Kipusignaali kulkee hermorataa pitkin aivoihin, jossa aivojen eri osat aktivoituvat muodostaen kokemuksen kivusta. (Terveyskylä 2018.) Kipuaistimus antaa varoituksen uhkaavasta kudonvauriosta ja se johtaa toimintoihin, joiden tarkoitus on estää kudonvaurion synty tai sen eteneminen vetäytymällä nopeasti pois uhkaavasta ärsykkeestä. Tätä reaktiota kutsutaan suojaheijasteeksi ja se välittyy selkäytimen tasolla. (Kalso 2018a.)

Kokonaiskärsimyksellä kuvaillaan usein kuolevan potilaan kokemaa kipua. Fyysisen kivun lisäksi kuoleva potilas saattaa kokea psyykkistä ahdistuneisuutta, huolta ja pelkoa. Lisäksi kärsimys voi olla sosiaalista, potilas voi kokea yksinäisyyttä ja luopumisen tuskaa, sekä huolta läheisistä. Eksistentiaalinen kärsimys on hengellistä ja hengellisiin kysymyksiin liittyvää kärsimystä, joihin liittyy kysymykset kuoleman pohdinnasta ja pelosta. Fyysisen kivunhoidon lisäksi hoitajan tehtäviin kuuluu ymmärtää potilaan kokonaisvaltaista kärsimystä ja pyrkiä helpottamaan sitä. (Kuparinen & Lindström 2021.) Potilaan kipu on aina subjektiivinen kokemus, eikä sitä ole mahdollista mitata objektiivisesti. Kipua on vaikea välittää toiselle ihmiselle, eikä potilaan kipukokemusta saa koskaan vähätellä tai kieltää sen olemassaoloa. (Englund, Hoikka, Kalliomäki & Raitio 2021a.)

2.3 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutti kipu määritellään äkilliseksi ja ohi meneväksi kivuksi, joka liittyy elimistön sairauteen tai vaurioon (Kuusisto 2017). Akuutin kivun tehtävänä on ensisijaisesti suojata elimistöä toimimalla suojaheijasteena, sekä opettaa välttämään jatkossa elimistölle vahingollisia toimintoja. (Kalso 2018a). Akuutti kipu on varoitus kudosaivuriosta ja se antaa tietoa sairauden määrittämisestä ja hoitoa varten. Yleensä akuutti kipu lakkaa, kun sen perussy löytyy ja se voidaan hoitaa. Akuutille kivulle löytyy yleensä selvä syy ja se pystytään hoitamaan tehokkaasti nykyisillä kivunhoitomenetelmillä. Kudosaivurion paranemisen ja hyvän kivunhoidon ansiosta akuutti kipu paranee usein päivien tai viikkojen kuluessa. Akuutti kipu tulee hoitaa niin hyvin, ettei se haittaa potilaan nukkumista, syömistä, hengittämistä ja yskimistä. (Kuusisto 2017.) Hoitamattomana, tai huonosti hoidettuna akuutti kipu voi kroonistua (Kalso 2018a).

Akuutti ja krooninen kipu voidaan erottaa toisistaan kivun kestolla. Krooninen kipu kestää yli 2–3 kuukautta tai vaihtoehtoisesti se voidaan määritellä kivuksi, joka kestää pidempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. (Kalso 2018a.) Pitkäaikaisella, kroonisella kivulla ei ole elimistölle mitään hyötyä. Krooninen kipu aiheuttaa paljon muitakin ongelmia ja heikentää elämänlaatua. Kivun kroonistumista aiheuttavat monet eri mekanismit aina perimästä psykososiaalisiin tekijöihin. (Kalso, Elomaa & Granström 2018.)

Läpilyöntikivulla kuvataan pitkäaikaisen, kroonisen kivun ohimenevää ja lyhytkestoisista voimistumista (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018). Hyvä syöpäkivunhoito pitää sisällään peruskipulääkkeen rinnalla tarvittaessa otettavan nopeavaikutteisen opioidivalmisteen. Lääkehoidon lisäksi läpilyöntikivun hoidossa tulee huomioida lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät. (Heiskanen & Pöyhiä 2020a.)

2.4 Nosisseptiivinen ja neuropaattinen kipu

Kipua voidaan luokitella monien erilaisten luokittelutapojen ja diagnoosiluokitusten mukaan riippuen käyttötarkoituksesta. Kipua voidaan luokitella esimerkiksi keston, sijainnin tai elinjärjestelmän perusteella, sekä patofysiologisen mekanismin mukaisesti. Kivun mekanismi vaikuttaa lääkitysvaihtoehtojen valintaan. (Hamunen ym. 2018.) Kivun päätyypit ovat nosisseptiivinen eli kudოსvauriokipu sekä neuropaattien eli hermovauriokipu (Haanpää 2015a). Nosisseptiivisessä kivussa kipua välittävä järjestelmä on terve, kun taas neuropaattista kipua aiheuttaa kivunvälitysjärjestelmän vaurio tai toimintahäiriö (Heiskanen 2020).

Nosisseptiivinen kipu voidaan jakaa somaattiseen ja viskeraaliseen, eli sisäelinten kivun tunnistaa yleensä sen tarkasti paikannettavasta sijainnista ja se rajoittuu lähelle kipua aiheuttavaa kudოსvauriota. Kipu on luonteeltaan tasaisesti jatkuvaa ja se voimistuu rasituksessa. Viskeraalinen nosisseptiivinen kipu puolestaan on vaikeammin paikannettava ja se säteilee kudოსvaurioalueelta muualle kehoon. Kipu saattaa ilmaantua kouristavana ja kohtauksittaisena sekä siihen saattaa liittyä monesti autonomisia ja motorisia heijasteita. (Heiskanen 2020.)

Nosisseptoreita, eli hermopäätteitä on runsaasti iholla, luukalvossa, sidekudoksessa ja sisäelimiä ympäröivissä kalvoissa. Ne ovat herkkiä kudოსvaurioita aiheuttaville ärsykkeille, joita ovat esimerkiksi tuumorin ja sen metastaasien aiheuttama mekaaninen, kemiallinen tai iskeeminen ärsytys. Syöpätautien nosisseptiivinen kipu johtuu yleensä kasvaimen aiheuttamasta kudოსvauriosta. Kun kasvain tukkii onton sisäelimen, esimerkiksi virtsanjohtimen tai suolen, aiheuttaa sileän

lihaksen venyminen kipukoliikkeja tai jäytävää kipua. Sisäelimet eivät yleensä sisällä nosiseptoreita, mutta niitä ympäröivät kapselit sisältävät ja se selittääkin miksi esimerkiksi maksan turpoaminen ja maksametastaasit aiheuttavat kipuja. (Kalso 2018b.)

Neuropaattinen kipu on kipua, jonka aiheuttaa tuntoaistimuksia välittävän hermojärjestelmän vaurio tai tauti. Kipu voi olla sentraalista, jolloin vaurio sijaitsee keskushermostossa, eli aivoissa tai selkäytimessä. Kipu voi myös olla perifeeristä, jolloin vaurio sijaitsee ääreishermostossa. Neuropaattinen kipu aiheuttaa toiminnallisia muutoksia koko kipuradan alueella, eli perifeeriseen neuropaattiseen kipuun liittyy myös muutoksia keskushermoston alueella. (Haanpää 2015a.)

Neuropaattinen kipu voi koostua useista eri osista, kuten jatkuvasta ja ilman ulkoista ärsykettä esiintyvästä kivusta, sekä sähköiskumaisesta kivusta. Lisäksi se voi aiheuttaa allodyniaa eli kipua, joka aiheutuu normaalisti kivuttomista ärsykkeistä, kuten lämpötilan muutoksesta. (Haanpää 2018a.) Neuropaattisen kivun syyt voivat olla mitkä tahansa tuntorataa vaurioittavat prosessit. Kuitenkin yleisin neuropaattisen kivun syy on hermojuuriperäinen kipu, jonka aiheuttaa selkärangan rappeumasairaudet. (Haanpää 2015a.)

Perussairaudeltaan palliatiivisessa hoitovaiheessa olevan potilaan neuropaattisen kivun hoitoa suunniteltaessa tulee arvioida, onko kivun syyllä hoitomahdollisuutta. Esimerkiksi vyöruusu hoidetaan aktiivisesti lääkkein ja hermopinteen hoidossa voidaan käyttää injektio- tai leikkaushoitoa. (Haanpää 2015b.) Mikäli kivun syyllä löytyy hoitomahdollisuus, se tulisi järjestää viivytyksettä (Haanpää 2018b) huomioiden hoidon tuomat hyödyt, eli oireiden lievittymisen suhteessa hoidon haittoihin, kuten hoidon riskeihin ja se kuormittavuuteen potilaalle. Myös potilaan omaa tahtoa ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa päätöksenteossa. (Haanpää 2015b.)

Neuropaattisen kivun hoidossa käytetään pääasiassa lääkehoitoa, jonka on tarkoitus lievittää kipua mahdollisimman vähillä vointia haittaavilla oireilla. Ensilinjan lääkkeinä käytetään yleensä trisyklisiä masennuslääkkeitä, SNRI-lääkkeitä ja

gabapentinoideja. Toisen linjan lääkkeitä ovat tramadoli ja perifeerisen neuroopaattisen kivunhoitoon paikallisesti käytettävät lidokaiini ja kapsaisiini. Palliatiivisen hoidon potilailla sekä syöpäpotilailla opioidien käyttö on yleisempää neuroopaattisen kivun hoidossa, kun taas muilla neuroopaattisen kivun potilailla opioidit ovat vasta kolmannen linjan vaihtoehto. (Haanpää 2015b.)

Neuroopaattisen kivun hoidossa voi olla tarpeen käyttää yhdistelmää eritavoin vaikuttavista lääkkeistä, mikäli mikään lääke ei yksinään anna riittävää vastetta oireisiin. Gabapentinoidien ja masennuskipulääkkeiden, sekä gabapentinoidien ja opioidien yhdistämisestä on vahvin tutkimusnäyttö. Myös systeemisesti ja paikallisesti vaikuttavien lääkkeiden yhdistäminen on hyvä vaihtoehto. Yhdistelmäkehoitoa käytettäessä kivunlievitys voidaan saada enimmäisannoksia pienemmilläkin annoksilla. Neuroopaattisen kivun hoidossa kivun lievittyminen puoleen lasketaan hyväksi hoitovasteeksi. (Haanpää 2015b.)

3 PALLIATIIVINEN KIVUNHOITO

3.1 Kivun arviointi ja seuranta

Hyvän kivunhoidon edellytys on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Potilaan tilanteen ja kivun kokonaisvaltainen arviointi luo hyvät lähtökohdat luottamuksellisen hoitosuhteen ja lääkehoidon onnistumiselle. (Heiskanen, Hamunen, Hirvonen 2013, 385.) Kivun seurannan tulee olla yhdenmukaista koko hoitojakson ajan, tarkoittaen sitä, että kipua tulee seurata ja arvioida samalla tavalla kerasta toiseen. Kipua arvioitaessa tulee huomioida kivun voimakkuus levossa ja liikkeessä. (Englund ym. 2021a.) Lisäksi tulee huomioida kivun sijainti, kivun mekanismi ja onko kipu jatkuvaa vai ajoittaista, esiintyykö läpilyöntikipua ja kuinka kipu vaikuttaa potilaan elämään (Heiskanen ym. 2013, 385).

Kivun arvioinnissa perustana on potilaan oma kertomus kivusta. Potilasta pyydetään kuvailemaan kipua omin sanoin. Potilaan valitsemat kipua kuvailevat sanat voivat kertoa kivun mekanismista, kuten onko kyseessä hermovauriokipua vai kudosaauriokipua. Lisäksi potilaan valitsemat kipua kuvailevat sanat voivat kertoa kipuun liittyvistä tunteista kuten ahdistuksesta. (Heiskanen, Haakana & Koivusalo 2015.) Mikäli potilas ei kykene itse ilmaisemaan kipua, niin sitä voidaan arvioida kasvojen ilmeiden ja käyttäytymisen perusteella. Potilaan kasvoilla voi olla irvistys, tai ne voivat olla kurtussa, kasvot voivat punoittaa ja silmissä voi olla kyyneleitä. Ilme voi olla pelokas tai surullinen, suu ja silmät jännittyneitä. Kivulias potilas voi olla rauhaton, liikehtiä ja äännellä hermostuneesti. Toisaalta kivuliaalla potilaalla voi myös olla korostetun hitaat ja varovaiset liikkeet tai potilas voi olla kokonaan liikkumatta. Kivulias potilas voi äännellä vaikeroimalla, voi hkimalla, itkemällä sekä hengittämällä äänekkäästi. (Englund ym. 2021a.)

Kivun seurannassa ja arvioinnissa on hyvä käyttää kipumittareita, joilla voidaan arvioida kivun voimakkuutta ja joka mittaaminen on perusta kipulääkityksen tarpeen ja vaikutuksen arvioimiselle. Kipumittareita on erilaisia ja sopiva mittari valitaan yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan on ymmärrettävä kipumittarin käyttötarkoitus ja sen hyödyllisyys. Mittarin puolestaan on oltava potilaalle helppokäyttöinen ja -lukuinen. (Englund ym. 2021a.)

3.2 Lääkkeetön kivunhoito ja sen eri menetelmät

Lääkkeettömät kivunhoitokeinot ovat edullisia, turvallisia ja helppokäyttöisiä keinoja kivun lievitykseen, joita on helppo toteuttaa myös kotiloissa. Lääkkeetön kivunhoito on tehokkainta yhdistettynä kipulääkkeeseen, mutta se voi usein myös yksistään lievittää potilaan kipua. Käytetyimpiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat fysikaaliset ja kognitiivis-behavioraaliset menetelmät. (Englund, Hoikka, Raitio & Tiippana 2021b.)

Fysikaalisia menetelmiä ovat esimerkiksi asentohoito, kylmä- ja lämpöhoito sekä hieronta. Asentohoidolla voidaan helpottaa lihasjännityksiä ja parantaa verenkiertoa. Lisäksi sen avulla voidaan ehkäistä ihopainaumien ja painehaavojen syntymistä tukemalla potilasta eri asentoihin erilaisten tynnyjen ja tukien avulla. (Englund ym. 2021b.)

Kylmähoidon tarkoitus on laskea kudosten lämpötilaa ja hidastaa hermojen johtumisnopeutta, sekä laskea kudosten aineenvaihduntaa. Se vähentää turvotusta, vuotoa ja tulehdusreaktiota supistamalla pieniä verisuonia. Kylmähoidon keinoina voidaan käyttää erilaisia kylmäpakkauksia, geelejä ja voiteita. Hoitoaika on 20–30 minuuttia kerrallaan. Kylmähoitoa ei tule käyttää, mikäli alueella on tehty perifeeristä valtimokirurgiaa, tai alueella on heikentynyt valtimoverenkierto. Myös hoitoalueen alentunut tuntoaisti, alhainen ydinlämpötila, kylmäallergia ja Raynaud'n tauti ovat esteitä kylmähoidolle. (Englund ym. 2021b.)

Lämpöhoidon tarkoitus on vilkastuttaa kudosten verenkiertoa, lisätä kudosten aineenvaihduntaa ja rentouttaa lihaksia. Lämpöpakkaus lämmitetään 45–49 asteeseen ja sen hoitoaika on 20–30 minuuttia kerrallaan. Lämpöhoitoa ei tule käyttää, mikäli hoitoalueella on ihottumaa tai tulehdus, sekä jos kyseessä on kudovamma. Lämpöhoitoa voidaan käyttää varovasti alueella, jossa on huono valtimoverenkierto. (Englund ym. 2021b.)

Hierontaa käytetään jännittyneiden kudosten ja lihasten rentouttamiseen. Hieronnan tuottamat aistiärsykkeet estävät kipusignaalien kulkua kipuradassa vapaut-

taen endorfiineja ja muita kipua estäviä välittäjäaineita lievittäen näin kipua. Lisäksi tilanteessa on läsnä toinen ihminen, vuorovaikutus ja kosketus, joilla on myös kipua lievittävä vaikutus. Hierontaa ei tule käyttää keinona, mikäli potilaalla on hierottavalla alueella kudosuutoksia tai muita poikkeavuuksia, esimerkiksi tyriä. Hieronta-alueella sairastettu laskimotukos, suurentuneet imurauhaset, sekä valtimonkovettumistauti ja verenvuototaipumus ovat esteitä hieronnalle. (Englund ym. 2021b.)

Kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset rentoutus- ja hengitysharjoitukset, huomion suuntaaminen kivusta muualle, mielikuvaharjoitteet, mindfulness ja musiikki. Rentoutusharjoituksilla voidaan vähentää potilaan negatiivisia tunnereaktioita ja laukaista kipuun liittyviä lihasjännityksiä, helpottaa potilaan uniongelmia sekä lisätä kivunhallinnan tunnetta. Rentoutuksen tehokkeina voidaan käyttää hengitysharjoituksia, sillä rauhallisesti syvään hengittämällä voidaan rentouttaa lihaksia, lievittää stressiä ja vähentää kivun voimakkuutta. Huomion ja ajatusten suuntaaminen pois kivusta esimerkiksi mielikuvaharjoitteilla, potilaan lempimusiikin kuuntelulla, videopeleillä tai videoilla vähentää ahdistusta ja lihasjännitystä. Myös tietoinen läsnäolo eli mindfulness auttaa vähentämään kipua suuntaamalla huomiota kipukohdasta kehon muiden osien tuntemuksiin. (Englund ym. 2021b.)

3.3 Lääkkeellinen kivunhoito

Kivun hoitoa suunniteltaessa tulee käyttää riittävästi aikaa potilaan taustoihin perehtymiseen. Kipulääkityksen valintaan vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaan ikä, muut sairaudet ja lääkitys sekä kivun patofysiologinen mekanismi. Kudosuuturioiden hoidossa selvittää yleensä yksinkertaisemmalla kipulääkityksellä, kun taas hermovauriokivun hoitoon tarvitaan monesti useamman lääkkeen yhdistelmä. (Heiskanen 2015a.)

Peruskipulääkityksen riittävyttä arvioitaessa tulee seurata kivun voimakkuutta ja kuinka paljon läpilyöntikipulääkkeitä kuluu vuorokaudessa. Kipulääkityksen sopeva annostus vaihtelee potilaskohtaisesti paljonkin kipuun ja farmakokinetiikkaan liittyvien erojen vuoksi, joten potilaan tiivis seuranta on tarpeen lääkityksen

aloituksen jälkeen. Potilaalla tulisi olla tiedossaan mihin ottaa yhteyttä, jos uuden lääkkeen käytöstä ilmenee haittoja tai kipu ei helpotu odotusten mukaisesti. (Heiskanen ym. 2013, 385–387.)

3.3.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää lievän ja kohtalaisen kivun hoitoon. Niiden vaikutus alkaa tyypillisesti 30–60 minuutissa ja kestää lääkeaineesta ja sen muodosta riippuen kuudesta tunnista vuorokauteen. Tulehduskipulääkkeitä tulee käyttää varoen tai välttää niiden käyttöä kokonaan, mikäli potilaalla on niiden käyttöä estäviä vasta-aiheita, esimerkiksi sydämen ja munuaisten vajaatoiminta, maksan vajaatoiminta, varfariinihoito, vuotohäiriö, mahahaava tai veren hyytymisen hidastuminen. Tyypillisimpiä tulehduskipulääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia ovat maha-suolikanavan ärsytys ja verenvuotoriski, verenkierron huonontuminen munuaisissa, veren hyytymisen hidastuminen sekä allergikoille ja astmaatikoille ihoreaktio tai keuhkoputkien supistuminen. (Kotovainio & Lehtonen 2017.)

Tavallisten tulehduskipulääkkeiden kivunhoidon tehossa ei juurikaan ole eroja, eikä kahden eri tulehduskipulääkkeen samanaikainen käyttö paranna kivunhoidon tulosta, vaan riski tulehduskipulääkkeiden haittavaikutuksiin kasvaa. Myöskään tulehduskipulääkkeen antoreitin vaihtaminen ei vähennä haittavaikutusten vaaraa verrattuna suun kautta otettaviin valmisteisiin. Tulehduskipulääkkeen ja opioidin yhdistäminen parantaa kivunlievitystä sekä todennäköisesti vähentää haittavaikutuksia. (Heiskanen ym. 2013, 386.)

Parasetamolilla on kipua lievittävä ja kuumetta laskeva vaikutus, mutta se ei vähennä tulehdusta, teholtaan se on kuitenkin vastaava kuin tulehduskipulääkkeet. Parasetamolilla ei esiinny tulehduskipulääkkeille tyypillisiä haittavaikutuksia ja se useimmiten sopii tilanteissa, joissa tulehduskipulääkkeitä ei voida käyttää. Parasetamolien vaikutus alkaa 30–60 minuutissa ja se kestää neljästä kuuteen tuntiin. Isoina, yli neljän gramman vuorokausiannoksina parasetamoli on maksatoksinen, eikä sitä tule käyttää maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. (Kotovainio & Lehtonen 2017.)

3.3.2 Opioidit

Palliativisessa hoidossa heikkojen opioidien, kuten esimerkiksi kodeiinin merkitys on vähäinen. Kodeiinilla ei ole tehon tai siedettävyyden kannalta mitään etua teholtaan vastaavaan morfiiniannokseen verraten. Heikkojen opioidien käyttö voi viivästyttää vahvan opioidin aloitusta ja sitä kautta paremman kivunlievityksen saavuttamista. (Heiskanen ym. 2013, 386.)

Kohtalaisen ja voimakkaan kivun hoidossa ibuprofeenin tai parasetamolin rinnalle voidaan suoraan aloittaa vahva opioidi. Vahva opioidi aloitetaan pienellä annoksella pitkävaikutteisesta valmistetta, jonka rinnalle aloitetaan lyhytvaikutteinen läpilyöntikipulääke. Pitkävaikutteinen kipulääkevalmiste ei sovellu läpilyöntikivun hoitoon, sillä sen vaikutus alkaa vasta noin 1–2 tuntia lääkkeen ottamisen jälkeen. Läpilyöntikipulääkkeen tärkein ominaisuus on sen vaikutuksen nopea alkaminen ja sen vaikuttavan aineen ei tarvitse olla sama kuin pitkävaikutteisen kipulääkkeen. (Heiskanen ym. 2013, 386–387.) Mikäli läpilyöntikipulääkettä tarvitaan jatkuvasti, tulee peruskipulääkitystä lisätä (Heiskanen & Pöyhiä 2020a). Muutaman päivän kuluttua opioidilääkityksen aloituksesta arvioidaan kipulääkityksen vastetta ja tarvittaessa nostetaan annosta 30 % kerrallaan, kunnes saavutetaan riittävä vaste tai haittavaikutukset alkavat vaivaamaan. Annosnoston yhteydessä tulee myös huomioida lyhytvaikutteisen läpilyöntikipulääkkeen nosto. (Heiskanen ym. 2013, 387.)

Opioidien aloituksen yhteydessä potilaan kanssa tulee käydä mahdolliset haittavaikutukset ja niiden hoito läpi. Opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus ja pahoinvointi. Tästä syystä opioidin rinnalle tulisikin aina kirjoittaa resepti laksatiivista ja pahoinvointilääkkeestä. Haittavaikutusten ehkäisyllä ja riittäväällä informoinnilla voidaan välttää potilaan hoitomyönteisyyden hiipumista ja opioidien käytön äkillistä lopettamista haittavaikutusten takia. (Heiskanen & Pöyhiä 2020b.)

Potilaan kannalta vaivattomin ja käytännöllisin tapa hyötyä opioidista, on ottaa lääke suun tai ihon kautta annosteltuna. Muu annostelureitti on syytä valita silloin, jos potilas ei pysty ottamaan lääkettä suun kautta ja ihon kautta annostelu ei ole

tarkoituksenmukaista hikoilun tai kakeksian takia. Muu annostelureitti valitaan myös silloin, kun kivunlievitys on annoksen titraamisesta huolimatta riittämätön. Lihakseen annettavia opioidi-injektioita ei käytetä niiden kivuliaisuuden takia, eikä ne tarjoa farmakologisia etuja. (Heiskanen & Pöyhiä 2020b.)

Suonensisäinen tai ihonalainen opioidi-infuusio on käyttökelpoinen menetelmä opioidin annosteluun sairauden loppuvaiheessa. Ihonalainen infuusio on helppo toteuttaa myös sairaalalojen ulkopuolella. Suonensisäistä opioidi-infuusiota tulee harkita silloin, kun ihonalaiselle infuusiolle on esteitä esimerkiksi kudosturvotusten, hyytymishäiriöiden, heikon ääreisverenkierron takia. Lisäksi suonensisäistä infuusiota tulee harkita silloin, kun infusoitavat määrät tai annokset ovat suuria. Pitkäaikaisen kivun hoitoon suonensisäinen ja ihonalainen opioidi-infuusio ei ole käytännöllinen ratkaisu. (Heiskanen & Pöyhiä 2020b.)

3.3.3 Palliatiivinen sädehoito ja sedaatio

Palliatiivinen sädehoito on yksi tapa lievittää potilaan kipua ja muita oireita, kuten hengenahdistusta ja aivoperäisiä neurologisia oireita. Sen tavoitteena on ylläpitää potilaan elämänlaatua ja vähentää kärsimystä. Jo yhdelläkin sädehoitokerralla voidaan saada merkittävä lievitys oireisiin, mutta tavallisesti palliatiivista sädehoitoa annetaan yhdestä kymmeneen hoitokertaa. Yleisimpiä hoitokohteita ovat luusto, keuhkot ja aivot. Ennen sädehoidon aloitusta potilaalle tehdään tietokonetomografiassa suunnittelukuvaus ja potilaalle suunnitellaan näiden kuvien pohjalta hoidon kohdealue. (Mäenpää 2023, 645–646.)

Palliatiivista sädehoitoa saavan potilaan tulee olla toiminta- ja yhteistyökykyinen, jotta pystyy olemaan paikallaan hoidon ajan. Potilaan kunnon tulisi olla vähintään tyydyttävä, jotta matka sädehoitoon ei aiheuta kohtuutonta raskautta. Potilas voi käydä sädehoidossa kotoa, terveyskeskuksen tai sairaalan vuodeosastolta käsin. Hoitajakso kestää tavallisesti yhdestä kymmeneen vuorokautta, mutta päivittäinen hoitoaika on vain joitakin minutteja. Potilaan elinajanodotteen tulisi olla vähintään kolme kuukautta, jotta potilas ehtisi hyötyä sädehoidosta. (Heiskanen ym. 2013, 390.) Saattohoitovaiheessa palliatiivista sädehoitoa käytetään vähän, sillä hoito alkaa painottua muihin asioihin (Mäenpää 2023, 645).

Palliativinen sedaatio tarkoittaa kuolevan potilaan rauhoittamista ja tajunnantason madaltamista lääkkeiden avulla. Palliativisen sedaation tarkoituksena ei ole edistää kuolemaa, vaan sen tarkoituksena on oireiden ja tuskien helpottaminen tilanteissa, joissa oireisiin ei enää ole muuta lievityskeinoja. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi sietämätön kipu, hengenahdistus, delirium, agitaatio ja ahdistuneisuus. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439.)

Ennen palliativisen sedaation aloitusta on oltava varma siitä, että muut keinot oireiden hallintaan on kokeiltu. Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan on ymmärrettävä palliativisen sedaation tavoitteet ja toteutus. Potilaan oireet ja hoitopaikan kokemus eri sedatiivisten lääkkeiden käytöstä määräävät palliativisessa sedaatiossa käytettävät lääkkeet. Lääkeannos määrätään yksilöllisesti ja sen vaikutusta oireiden lievittymiseen seurataan kliinisesti, elintoimintojen monitorisearanta ei siis ole tarpeen. Lääkeannosta suurennetaan asteittain tarpeen mukaan. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439.)

4 SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN PALLIATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon ja se kuuluu osaksi kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten perustaitoja (Saarto 2017, 11). Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden (sairaanhoitajien, lähihoitajien ja lääkäreiden), sekä osan sosiaalihuollon ammattihenkilöiden (esimerkiksi kehitysvammaisten ja vanhusten parissa työskentelevien) tulee ymmärtää ihmisen elämänkaaren vaiheet, hallita perusasiat elämän loppuvaiheen hoidosta ja vuorovaikutustaidoista, sekä tunnistaa läheisten tuen tarpeet (Saarto 2017, 22). Suosituksessa palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadunparantamisesta Suomessa (2019) kerrotaan osaamisvajeen olevan keskeinen haaste palliatiivisen hoidon järjestelmän kehittämisessä. Erityistason osaamista ja koulutettua henkilökuntaa tarvitaan lisää. Perustasolla esimerkiksi palveluasumisyksiköissä ja erityisesti kotihoidossa on merkittäviä puutteita kivunhoidon ja saattohoidon osaamisessa. Ammattilaisilta edellytetään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista laadukkaan hoidon järjestämiseksi. (Saarto & Finne-Soveri 2019).

Suomessa palliatiivinen hoito on porrastettu annettavan hoidon vaativuuden mukaan. perustasolle A kuuluvat paikalliset saattohoitoyksiköt ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt. Erityistasolle B kuuluvat sairaanhoitopiirien palliatiiviset yksiköt ja alueelliset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt. Vaativalle erityistasolle C kuuluvat yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuksset. (Saarto 2017, 15.) Palliatiivisen hoidon osaamisesta suhteessa palliatiivisen hoidon tasoihin ei juurikaan ole tehty tutkimusta. TtT Minna Hökän väitöstudkimuksen mukaan sairaanhoitaja tarvitsee palliatiivisen potilaan hoitotyössä kliinistä, psykososiaalista, spirituaalista ja eettistä osaamista, mutta myös yhteistyö-, kommunikointi ja kulttuuriosaamista sekä laki- ja johtamisosaamista. Erityistasolla työskentelevät sairaanhoitajat tarvitsevat perustason osaamisen lisäksi oman asiantuntijuuden ylläpitämisen taitoa, vaativan oirehoidon taitoa, sekä tutkimuksen ja kehittämisen osaamista. (Hökkä 2022.)

Palliativiselle hoitotyön opetukselle on julkaistu valtakunnallinen suositus, jonka on laatinut EduPal -hankkeen asiantuntijatyöryhmä. Suosituksen mukaan sairaanhoitajatutkinnon tulee sisältää opetusta palliativisen hoidon perusteista, kipu- ja oirehoidosta, potilaan ja läheisen kokonaisvaltaisesta tukemisesta ja kohtaamisesta, vuorovaikutustaidoista, palliativisen hoidon etiikasta ja juridiikasta sekä saattohoidosta. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää palliativinen hoito käsitteenä, tunnistaa palliativisen hoidon tarve, ymmärtää potilaan kokonaiskärsimys ja huomioida myös potilaan läheisten tuen tarve. Hoitajan on osattava kohdata potilas ja läheiset sensitiivisesti ja empaattisesti sekä kulttuurisensitiivisesti. Hoitajan tulee osata arvioida potilaan kipua ja muita fyysisiä oireita sekä hoitaa niitä lääkkeellisin ja lääkkeettömin keinoin. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa omia arvoja, voimavaroja ja asenteita sekä edistää omaa jaksamistaan. Sairaanhoitajan on myös ymmärrettävä oma roolinsa moniammatillisessa tiimissä. (EduPal 2018–2021.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla lisätä tietoa lukijalle mitä kivunhoito palliatiivisen potilaan hoitotyössä tarkoittaa ja mitä osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan palliatiivisessa vaiheessa olevan potilaan kivunhoidossa. Opinnäytetyön oppimistavoitteena on kehittää omaa osaamistani palliatiivisen potilaan kivunhoidossa, sekä oppia analysoimaan tutkimuksia ja hyödyntää niistä saamaani tietoa käytännössä. Opinnäytetyöprosessin aikana oppimaani tietoa voin soveltaa ja hyödyntää käytännön hoitotyössä työskennellessäni palliatiivisten ja saattohoitovaiheen potilaiden parissa.

Opinnäytetyön tehtävänä on hankkia vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista on palliatiivista hoitoa saavan potilaan hyvä kivunhoito?
2. Millaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan palliatiivisen potilaan kivunhoidossa?

6 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota yhteen jo valmiiksi julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia joltakin rajatulta alueelta ja rakentaa niiden kokonaiskuvaa, kehittää niiden teorioita, sekä rakentaa uutta teoriaa. Ikään kuin tehdä ”tutkimuksesta tutkimusta”. Kirjallisuuskatsaus pitää sisällään menetelmällisesti erilaisia tyyppisiä, joita ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, sekä kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen meta-analyysi. (Salminen 2011, 3–4, 6.) Kuvaileva - tai toiselta nimitykseltään traditionaalinen kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen muodoista. Tutkittava asia pysytään kuvaamaan laaja-alaisesti, eikä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ohjaile tiukat metodiset säännöt. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineistot voivat olla laajoja ja tutkimuskysymykset ovat väljempää verraten systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin. (Salminen 2011, 6–9.)

Valitsin opinnäytetyöni menetelmäksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, sillä se on laajuudessaan ja tarkkuudessaan riittävä opinnäytetyöni toteutukseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saan koottua yhteen aiheesta jo tehtyjä tutkimuksia ja rakentaa niistä tutkimuskysymyksiini vastaukset.

6.2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eteneminen vaiheittain

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tehdään neljässä eri vaiheessa, joita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkastelu. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perustana toimii tutkimuskysymys, joka ohjaa koko prosessia. Tutkimuskysymyksen on tarkoitus olla rajattu, mutta riittävän väljä, jotta tutkittavaa asiaa voidaan tarkastella syvällisesti ja useista näkökulmista. (Kangasniemi, Utrainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294–297.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu aiemmin julkaistusta, tutkimusaiheen kannalta relevantista tutkimustiedosta. Aineiston valinta pohjautuu

tutkimuskysymykseen ja tavoitteena on löytää tutkimuskysymyksen kannalta sopivin aineisto, joka vastaa kysymykseen. Aineiston valinnassa tulee kiinnittää huomiota alkuperäistutkimuksen rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen vastaamiseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294–297.)

Ennen tiedonhakuprosessin aloittamista olin tehnyt jo alustavia hakuja eri tietokannoista, jotta sain hieman tuntumaa erilaisten tietokantojen käyttöön ja näin millaisia hakutuloksia oli saatavilla. Varsinainen tiedonhakuprosessi alkoi, kun kävin Lapin ammattikorkeakoulun informaation ohjauksessa, jossa mietimme ja valitsimme kirjallisuuskatsaukseen käytettävät tietokannat ja hakusanat, sekä tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tietokannoiksi valikoituivat Medic, PubMed ja Cinahl, sillä ne olivat riittävän helppokäyttöisiä ja luotettavia, sekä niistä löytyi alustavien hakujen perusteella runsaasti tutkimuksia opinnäytetyön aiheeseeni liittyen.

Taulukko 1. Valittujen tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vastaa tutkimuskysymyksiin: Millaista on palliatiivisen potilaan hyvä kivunhoito JA/TAI Millaista osaamista hoitajalta vaaditaan palliatiivisen potilaan kivunhoidossa?	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymyksiin.
Tutkimus on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana 2013–2023.	Tutkimus on vanhempi.
Tutkimus on tieteellinen julkaisu ja se on tehty tutkimuslaitoksessa, korkeakoulussa tai yliopistossa.	Tutkimus ei ole tieteellinen julkaisu.
Tutkimus on julkaistu suomen tai englannin kielellä.	Tutkimus on julkaistu muulla kielellä.
Tutkimus on saatavilla ilmaiseksi.	Tutkimus on maksullinen.
Tutkimuksesta on saatavilla koko teksti.	Tutkimuksesta ei ole saatavilla koko tekstiä.

Aloitin tiedonhaun PubMed-tietokannasta. Hakusanoina käytin yhdessä Lapin ammattikorkeakoulun informaattikon kanssa mietittyjä MeSH-termejä. Hakutuloksia tuli kuitenkin niin paljon, että jouduin karsimaan muutamia hakusanoja jo heti alkuun pois. Lisäksi osa hakusanoista antoivat väärään aiheeseen liittyviä tuloksia, joten jouduin nekin karsimaan pois. Lopullisella haulla sain tuloksia 326. Otsikot ja tiivistelmät lukemalla sain rajattua tutkimukset 25 kappaleeseen. Tutkimukset luettuani päädyin valitsemaan neljä tutkimusta mukaan kirjallisuuskatsaukseen niiden vastattua tutkimuskysymyksiin parhaiten.

Seuraavaksi tein hakuja Cinahl-tietokantaan, jossa käytin samoja hakusanoja kuin PubMedissä ja sen lisäksi lisäsin vielä hakusanan "nursing". Hakutulokseksi sain 45 tutkimusta ja artikkelia, jotka kävin kaikki otsikoiden ja tiivistelmien perusteella läpi. Päädyin valitsemaan yhden parhaiten tutkimuskysymyksiini vastaavaa tutkimuksen mukaan. Viimeisenä tein hakuja suomalaiseen Medic-tietokantaan, mutta sieltä ei löytynyt yhtäkään tieteellistä tutkimusta, joka olisi vastannut tutkimuskysymyksiini. Kaikista käyttämästäni tietokannoista kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan yhteensä viisi tutkimusta.

Taulukko 2. Tiedonhakuprosessin kuvaaminen.

Tietokanta, tulosten lukumäärä ja valittujen lukumäärä	Hakusanat	Rajaukset	Valitut tutkimukset	Tekijät ja julkaisuvuosi
Medic 11 (0)	Palliatiiivi* OR Saattohoi* OR Kuoleva* OR Terminaali* AND Kipu* OR Kivun* AND hoitot*	2013–2023, Tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, vain kokotekstit, asiasanojen synonyymit käytössä, suomi ja englanti, kaikki julkaisutyypit	-	-
PubMed 326 (4)	MeSH-termit: "Palliative care" OR "terminal care" AND "Pain management"	Free full text, 2013–2023, English	<ol style="list-style-type: none"> Hospice Use and Pain Management in Elderly Nursing Home Residents With Cancer A Systematic Review of the Patient- and Carer-related Factors Affecting the Experience of Pain For Advanced Cancer Patients Cared for at Home Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit 	<ol style="list-style-type: none"> Hunnicutt, J., Tjia, J. & Lapane, K. 2017. Smyth, J., Dempster, M., Warwick, I., Wilkinson, P. & McCorry, Noleen, K. 2018. Baillie, J., Anagnostou, D., Sievell, S., Van Godwin, J., Byrne, A. & Nelson A. 2018. Lee, Y., Wu, C., Chiu, T., Chen, C., Morita, T., Hung, S., Huang, S., Kuo, C. & Tsai, J. 2015
Cinahl 45 (1)	MeSH-termit: "Palliative care" OR "terminal care" AND "Pain management" OR "Analgesia" AND "Nursing"	Full text, 2013-2023, English language, Apply equivalent subjects	<ol style="list-style-type: none"> End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes 	<ol style="list-style-type: none"> Lundin, E. & Godskesen, T. 2021.

Aineiston valinta ja sen analysointi tapahtuu osittain samanaikaisesti ja ymmärrys aineiston sopivuudesta muodostuu vasta valinnan edetessä. Varsinainen aineiston analysointi tapahtuu kuitenkin kuvailun rakentamisvaiheessa, jolloin valitusta tutkimusaineistosta haetaan aiheen kannalta merkittäviä yksityiskohtia ja muodostetaan esitettyyn tutkimuskysymykseen kuvaileva vastaus. (Kangasniemi ym. 2013, 294–297.)

Sisällönanalyysin onnistumisen edellytyksenä on, että aineisto pystytään pelkistämään ja siitä pystytään muodostamaan luotettavasti tutkittavaa ilmiötä kuvaavat käsitteet. Aineistoa voidaan analysoida induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään aineiston ehdoilla ja deduktiivisessä sisällönanalyysissä tehdään analyysirunko ja siihen etsitään sisällöllisesti sopivia asioita aineistosta. Kumpikin analyysivaihe alkaa aineiston valinnalla ja siihen perehtymisellä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011.)

Opinnäytetyössäni käytin induktiivista sisällönanalyysia. Aineistoa valitessani kerkesin perehtyä tutkimukseen alustavasti jo jonkin verran. Seuraava työvaiheeni oli käydä tutkimukset huolella läpi ja poimia sieltä tutkimuskysymyksiini vastaavia alkuperäisimaisuja. Pelkistin ilmaisut, luokittelin ne alaluokkiin, muodostin alaluokista yläluokat ja lopulta pääluokat.

Viimeisessä, eli tulosten tarkasteluvaiheessa kootaan ja tiivistetään tutkimustulokset, tarkastellaan niitä suhteessa laajempaan asiayhteyteen. Lisäksi pohditaan menetelmän tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013, 294–297.)

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

7.1 Palliatiivinen kivunhoito

Kipu on monimutkainen, moniulotteinen ja subjektiivinen kokemus (Lee, Wu, Chiu, Chen, Morita, Hung, Huang, Kuo & Tsai 2015). Kivunhoito on keskeinen osa palliatiivista hoitoa ja kivuttomuus koettiin yleiseksi huolenaiheeksi elämän loppuvaiheessa (Baillie, Anagnostou, Sivell, Van Godwin, Byrne & Nelson 2018). Tutkimuksista kävi ilmi, että palliatiivinen kivunhoito koostuu useammista pienemmistä komponenteista, joita ovat kivun tunnistaminen, arviointi ja mittaaminen, kokonaiskärsimyksen lievittäminen sekä kivun lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito. Tutkimuksista nousi esille myös haasteita, jotka voivat vaikeuttaa hyvän palliatiivisen kivunhoidon toteutumista.

7.1.1 Kivun tunnistaminen, arviointi ja mittaaminen

Tehokas kivun arviointi koettiin tärkeäksi sekä hoitotyön ammattilaisten, että omaisten taholta: haluttiin varmuutta siitä, että terveydenhuollon ammattilaiset hoitavat kuolevien potilaiden kivut asianmukaisesti ja potilaat voivat hyvin (Baillie ym. 2018). Kivun arviointi on haastavaa ja kipua voi olla hankala erottaa ahdistuksesta. Kivunarvioinnin ensimmäinen askel on kysyä potilaalta kivusta. (Lundin & Godskesen 2021.) Kivun voimakkuuden mittaamiseen käytetään kipumittareita (Hunnicut, Tija & Lapane 2017), joiden rutiininomainen käyttö lisää todennäköisyyttä kivun huomaamiseen (Lundin & Godskesen 2021). Lundin & Godskesen (2021) tutkimuksessa osa hoitajista ei kuitenkaan käyttänyt kipumittareita, sillä he kokivat, että ne eivät ole riittäviä kivun arvioinnissa tai niiden käyttöön ei ole ohjeita.

Kognitiivisen kyvyn heikentyminen vaikuttaa henkilön kykyyn ilmaista kipua suullisesti, jolloin kivun arviointi on haastavaa ja sanallisen kommunikaation puute vaikeuttaa kivunhoitoa (Lundin & Godskesen 2021). Baillie ym. (2018) tutkimuksen mukaan useat tutkimukseen vastanneet olivat huolissaan siitä, kuinka dementiapotilaiden kipua voidaan arvioida sekä ovatko kivunarviointimenetelmät riittäviä henkilöillä, jotka eivät pysty ilmaisemaan itseään suullisesti, tai joilla on

kognition alenema (Baillie ym. 2018). Hunnicuttin, Tijan & Lapanen (2017) ja Lundinin & Godskesenin (2021) tutkimuksista käy ilmi, että jos potilas ei kykene ilmaisemaan kipua kommunikoimalla, hoitajan tulee tarkkailla ja tulkita potilaan kiipuindikaattoreita, joita ovat esimerkiksi itku, vaikeroiminen, huutaminen, kasvojen ilmeet, kehonkieli ja ahdistunut käytös. Tehokkaan kivunhoidon takaamiseksi hoitajan arvio potilaan kivusta on oltava yhtenäinen potilaan oman kokemuksen kanssa (Smyth, Dempster, Warwick, Wilkinson & McCorry 2018).

Sekä Hunnicuttin, Tijan & Lapanen (2017) että Lundinin & Godskesenin (2021) tutkimuksissa käy ilmi, että aiemman hoitosuhteen puute hankaloittaa potilaan kivun arviointia, sillä hoitaja ei tunne potilasta ja hoitajan on mahdotonta verrata nykyistä käyttäytymistä aiempaan käyttäytymiseen. Kivun arvioinnissa omaiset koettiin merkittävänä voimavarana, sillä omaiset tuntevat potilaan käyttäytymisen. (Lundin & Godskesen 2021.)

7.1.2 Kokonaiskärsimyksen lievittäminen

Kokonaiskärsimys koostuu fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja henkisistä osista ja sen huomioiminen potilaan hoidossa on erittäin tärkeää (Lee ym. 2015). Smyth ym. (2018), Lee ym. (2015) ja Lundin & Godskesen (2021) tutkimuksissa havaittiin, että psyykkisen ahdistuksen ja kivun välillä vallitsi yhteys. Lisääntynyt kipu liittyi merkittävästi psyykkiseen ahdistukseen (Lee ym. 2015) ja kivuttomuutta pidettiin välttämättömänä hyvän loppuelämän hoidon kannalta (Lundin & Godskesen 2021). Potilaan mielialalla voi olla vaikutusta hänen kognitiiviseen toimintaansa, esimerkiksi toimintakykyyn ja siten vaikuttaa myös hänen elämänlaatuunsa (Smyth ym. 2018).

Psykososiaalisilla osatekijöillä on tärkeä rooli kivunhoidossa, sillä omaisten psyykkisellä hyvinvoinnilla havaittiin olevan vaikutusta potilaan elämänlaatuun. Potilaan lisäksi omaisilla voi olla oma hoitotaakkansa, johon kuuluvat esimerkiksi omat terveyshuolet, taloudelliset vaikeudet ja muut arkipäivän häiriöt kotona. Näiden psykososiaalisten osatekijöiden havaittiin vaikeuttavan potilaan kivun ja masennuksen hoitoa. (Lee ym. 2015.) Lundin & Godskesen (2021) tutkimuksessa vastaajat kokivat omaiset positiivisena vaikutuksena. Hyvää hoitoa tarjotessaan

tunnistettiin myös omaisten emotionaalisen tuen tarve. (Lundin & Godskesen 2021.)

Psykohengellisten ahdistustekijöiden rutiininomaista arviointia tulee harkita kipua hoidettaessa. Masennuksen samanaikainen hoito lääkkeellisten ja lääkkeettömien kivunlievityskäytösten kanssa voi olla hyödyllistä kivunhoidossa. Tehokkaammalla psykohengellisellä tuella voidaan parantaa lääkehoidon vaikutusta kipua hoidettaessa. Kivunhoidon ja psykohengellisen ahdistuksen paranemisen välillä on ajasta riippuva suhde (Lee ym. 2015) ja potilaiden ahdistuksen ja rasituksen vähentämiseen tulee kiinnittää huomiota (Lundin & Godskesen 2021).

7.1.3 Lääkehoito palliatiivisessa hoidossa

Hunnicutt ym. (2017) tutkimuksessa potilaille oli määrätty säännöllisiä sekä tarvittaessa otettavia kipulääkkeitä. Säännöllisesti otettavat ja tarvittaessa otettavat kipulääkkeet ovat erilaisia, mutta ne täydentävät toisiaan kivunhoidossa. (Hunnicutt ym. 2017.) Baillie ym. (2018) tutkimuksessa pohdittiin hyvän lääkkeellisen kivunhoidon toteutumisen esteitä. Eräänä esteenä koettiin terveydenhuollon ammattilaisten haluttomuus määrätä tai antaa riittävää kipulääkitystä. Erityisesti koettiin, että ei-palliatiivisen hoidon ammattilaiset eivät määräisi potilaalle riittävää kipulääkitystä. Tutkimuksessa pohdittiin myös, miksi hoitajat ovat näennäisesti varovaisia antamaan kipulääkettä. Eräs tutkimukseen vastaaja kertoi, että hoitaja oli kieltäytynyt antamasta kuolevalle potilaalle morfiinia. (Baillie ym. 2018.)

Lundin & Godskesen (2021) tutkimuksessa hoitajat kokivat kivun ja ahdistuksen erottamisen toisistaan haastavana, joka sai hoitajat yhdistämään morfiinin ja midazolamin. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että morfiiniannoksen päättämiseen käytettiin intuitiivista lähestymistapaa, joka vaikeutti optimaalisen tasapainon saavuttamisen kivunhoidon ja turvallisuuden väliltä. Hoitajat välttelivät kivunhoidon kannalta liian suuria ja hengityslamaan johtavia annoksia, mutta myös kivunhoidon kannalta liian pieniä annoksia vältettiin. (Lundin & Godskesen 2021.)

Hoitajat noudattavat usein omaisten toiveita saada potilaalle lisää kipulääkkeitä. Potilaan omaiset saattoivat kuitenkin myös tuoda haasteen kivun hyvälle lääkehoidon toteuttamiselle. Omaiset saattoivat vaikuttaa kielteisesti kipulääkkeen antamiseen, sillä omaisten mielipiteet saattoivat olla haastavia hoitajan antaessa opioideja. Omaisilla saattaa olla väärinkäsityksiä lääkeshoidosta, mistä syystä he ovat epävarmoja tai pelkäävät morfiinia. Omaiset saattoivat pyytää hoitajaa antamaan mahdollisimman vähän kipulääkettä pelätessään sen aiheuttavan potilaan kuoleman. (Lundin & Godskesen 2021).

7.1.4 Lääkkeetön kivunhoito palliatiivisessa hoitotyössä

Hunnicuttin, Tija & Lapanen (2017) tutkimuksessa lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät olivat vähemmän käytettyjä verrattuna kivun lääkehoitoon. Samankaltaisia tuloksia nousi esille myös Lundinin & Godskesenin (2021) tutkimuksessa, sillä vain harvat vastaajat mainitsivat lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät. Eräinä lääkkeettöminä kivunhoitokeinoina manittiin biofeedback, hieronta, venytys- ja vahvistusharjoitukset, kiropraktiikka, sähköstimulaatio ja akupunktio (Hunnicuttin, Tija & Lapane 2017). Hoitajan läsnäolo voi myös lievittää ahdistuksen ja yksinäisyyden aiheuttamaa kipua (Lundin & Godskesen 2021). Lääkkeetön kivunhoito voi olla hyödyllinen ja tehokas keino syöpäkivun hoidossa (Hunnicuttin, Tija & Lapane 2017) ja sitä tulisikin kokeilla yhdessä lääkehoidon kanssa.

Viime vuosina lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat saaneet enemmän huomiota palliatiivisen hoidon kirjallisuudessa. Oletettavasti hoitajien suuri työtaakka, ajan- ja tiedonpuute ovat syynä siihen, ettei lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja priorisoida kivunhoidossa. Hoitotyön ammattilaisten kouluttaminen ja hoitokeinosta tiedottaminen voisivat lisätä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä. (Lundin & Godskesen 2021).

7.1.5 Esteet ja haasteet hyvän kivunhoidon toteutumiselle

Tutkimuksissa nousi esille seikkoja, jotka voivat olla haasteina hyvän kivunhoidon toteutumiselle. Hunnicutt ym. (2017) tutkimuksessa tehokkaan kivunhoidon es-

teiksi mainittiin rajalliset lääkärikäynnit, riittämätön henkilöstö ja organisaatiokulttuuri, joka priorisoi toimintakyvyn parantamisen ja ylläpitämisen palliatiivisen hoidon sijaan. Hoitajilla ei välttämättä ole riittävää koulutusta kivunhoitoon, (Hunnicuttt ym. 2017), eikä palliatiivisen hoidon tarvetta ei myöskään välttämättä tunnusteta. (Baillie ym. 2018.) Palliatiivisen potilaan oireiden hoidosta on tärkeää lisätä tietämystä sekä palliatiiviseen hoitoon erikoistumattomien ammattilaisten, että palliatiivisen hoidon spesialistien keskuudessa. Baillie ym. (2018) tutkimuksessa pohdittiin, tarvitsevatko muut kuin palliatiivisen hoidon ammattilaiset enemmän tukea elämän loppuvaiheen potilaiden hoitoon. (Baillie ym. 2018).

Riittämätön henkilöstö nostettiin esiin myös Lundinin & Godskesenin (2021) tutkimuksessa, jonka mukaan henkilöstön puute, rajallinen aika ja raskas työtaakka vaikeuttavat riittävän hoidon toteuttamista ja potilaiden asianmukaista kohtaamista. Riittämätön henkilöstö voi johtaa siihen, että potilaat joutuvat kuolemaan yksin ja kivuissaan. (Lundin & Godskesen 2021).

7.2 Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset palliatiivisen potilaan hoitotyössä

Palliatiivista hoitotyötä tekevältä sairaanhoitajalta vaaditaan osaamista ja tietynlaisia ominaisuuksia. Voi olla haastavaa, jos hoitajilta puuttuu riittävä pätevyys palliatiivisten tarpeiden hoitoon ja se koettiin tutkimuksessa organisaatiotasollisena haasteena. (Lundin & Godskesen 2021).

Palliatiivista ja saattohoitotyötä tekevä henkilökunta on erikoistunut kivun ja muiden oireiden hoitoon (Hunnicuttt ym. 2017), sekä kivun tunnistamiseen (Lundin & Godskesen 2021). Heillä on kokemusta potilaiden hoidosta, joita eivät ole koskaan nähneet (Hunnicuttt ym. 2017), sekä kyky soveltaa palliatiivisen hoidon filosofian mukaista hoitoa. Hoitajien tulee olla helposti saatavilla, jotta kipuja voidaan lievittää tehokkaasti. Hoitajilla tulee olla sopiva henkilökohtainen asenne sekä herkkä tietoisuus palliatiivisen potilaan hoitotyössä. Ennen kaikkea hoitajien tulee kunnioittaa ihmisarvoa. (Lundin & Godskesen 2021).

Lundinin & Godskesenin (2021) tutkimuksessa nousi esille myös hoitajien kommunikointitaitojen merkitys. Hoitajilta vaaditaan hyvät kommunikaatiotaidot potilaan kipujen selvittämiseksi, sekä potilaan omaisten kanssa toimimiseen. Kommunikointitaidot kehittyvät ammattitaidon kehittyessä. Hoitajan tulee keskittyä myös läheisten hyvinvointiin, joka onnistuu esimerkiksi omaisten kanssa käytyjen keskusteluiden kautta. Hoitajat tunnistavat omaisten emotionaalisen tuen tarpeet, sekä hoitajien on yritettävä olla avoimia omaisten toiveille ja näkemyksille potilaan hoidossa. (Lundin & Godskesen 2021.)

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Palliativista hoitotyötä tekevällä sairaanhoitajalla tulee olla laajaa osaamista ja tietotaitoa eri aihealueilta. Hoitajan tulee ymmärtää palliativinen ja saattohoito käsitteinä pystyäkseen antamaan hyvää palliativista hoitoa. Hyvä palliativinen kivunhoito koostuu useasta pienemmästä asiakokonaisuudesta ja se alkaa kivun tunnistamisesta joko potilaan omin sanoin kertomana tai hoitajan havainnointien perusteella. Hoitajan tulee arvioida kipua, mielellään kipumittareita käyttäen: missä kipu sijaitsee, kuinka voimakasta kipu on ja minkä tyyppistä kipu on? Jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan kipua kommunikoimalla, tulee hoitajan tunnistaa potilaan kipukäyttäytyminen. Tutkimuksista kävi ilmi, että psyykkinen ahdistus pahentaa kipua, joten hoitajan on osattava tunnistaa ja lievittää myös potilaan ahdistusta pystyäkseen lievittämään potilaan kipua.

Palliativisen potilaan kivun lääkehoitoon kuuluvat säännöllinen kipulääkitys, sekä tarvittaessa otettava läpilyöntikipulääke. Lääkehoidon rinnalla on syytä käyttää myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, sillä ne voivat olla lääkehoidon rinnalla edullisia ja tehokkaita keinoja lievittää kipua. Hoitajalla tulee olla palliativiseen hoitoon, sekä kivunhoitoon koulutusta, jotta potilaan kivun lievittäminen onnistuu optimaalisella tavalla.

Palliativisessa hoitotyössä pelkästään potilaan kipujen ja muiden oireiden hoitaminen ei riitä, vaan sairaanhoitajan tulee osata hoidossa ottaa huomioon myös potilaan lähipiiri. Sairanhoitajan tulee hallita vuorovaikutustaidot ja kohdata sekä potilas, että omaiset ammattitaitoisesti ja arvostavasti potilaan ja omaisten taustoista riippumatta. Henkilökohtaisina ominaisuuksina hoitajilla tulisi olla palliativiseen hoitotyöhön sopiva asenne ja herkkyyys.

8.2 Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tuloksiltaan uskottava vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta

ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimusta tehdessä kunnioitetaan, arvostetaan ja huomioidaan muiden tutkijoiden työ ja saavutukset viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyön tekeminen on opiskelijan oppimisprosessi ja sen tulee edistää opiskelijan asiantuntijuutta, ammatillisia taitoja ja työelämätaitoja. Opinnäytetyö tulee valita siltä aihealueelta, jonne opinnot painottuvat. Esteellisyydellä tarkoitetaan sitä, että henkilö on käsiteltävään asiaan sellaisessa suhteessa, joka saattaa vaarantaa hänen puolueettomuutensa. (Ammattikorkeakoulujen rehtori-neuvosto 2018.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on keskeinen osa tieteellistä tutkimusta. Tutkimukselle on asetettu tiettyjä normeja ja arvoja, joihin tutkimuksen tulisi pyrkiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraaliuus. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos aineisto on koottu siellä, missä ilmiö esiintyy. Raportissa tulee kirjata tutkimuksen suorittamisen vaiheet tarkasti. Analyysin luotettavuutta arvioitaessa keskeistä on tutkijan kyky abstraktiin ajatteluun. Tuloksia arvioidaan suhteessa aikaisempaan tutkimukseen, eli miten monipuolisesti ilmiötä on tarkasteltu. Raportin kirjoittaminen vaatii taitoa, jotta käytettävät ja tulosten perusteella syntyvät käsitteet ovat täsmällisiä, sekä saadaan selkeä analyysi aikaiseksi. Johdonmukaisuudella tarkoitetaan, että tutkija on saanut kasattua merkityksellisen ja kokoavan käsityksen tutkittavasta ilmiöstä. (Hyväri & Vuokila-Oikonen 2016).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimustyössä on noudatettu hyviä tutkimuseettisiä käytäntöjä. Tutkimustyö on tehty noudattaen huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä. Muiden julkaisemiin teksteihin on viitattu asianmukaisesti, eikä kenenkään tekstejä olla plagioitu. Tutkimukseen käytetty aineisto on haettu tietokannoista, joista saatava aineisto on luotettavaa ja tieteellistä. Olen käynyt myös Lapin ammattikorkeakoulun informaattikko Tiina Siron ohjauksessa 15.9.2023, jossa

pohdimme yhdessä käytettäviä tietokantoja, hakusanoja, sekä tutkimuksien sisäaännotto- ja poissulkukriteerejä.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat sisällöllisesti riittävän tuoreita, sillä niiden julkaisuväli on rajattu vuosien 2013–2023 välille. Vanhin katsauksen tutkimuksista on julkaistu vuonna 2015. Kaikki tutkimukset ovat julkaistu ulkomailla, eikä mukana ole yhtään suomalaista tutkimusta. Tämä saattaa vaikuttaa negatiivisesti työn luotettavuuteen, sillä tein opinnäytetyön yksin ja oma englanninkielentaitoni on vain kohtalainen. Tutkimukset ovat tehty eri näkökulmista, osa on tehty potilaiden ja omaisten näkökulmista ja osa hoitohenkilökunnan näkökulmista. Itse olisin kaivannut enemmän tutkimustietoa kivun lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, mielestäni tulokset jäivät näiltä osin kaivattua suppeammiksi.

8.3 Opinnäytetyön merkitys ammatilliseen kasvuun

Opinnäytetyön kirjoittaminen oli itselleni melko haastavaa, sillä koin aikataulullisesti hankalaksi sovittaa yhteen opinnäytetyöprosessiin vaadittavat resurssit, vuorotyön ja muun elämän. Aloitin opinnäytetyön kirjoittamisen kesällä 2023 ja tarkoitukseni oli saada opinnäytetyö valmiiksi viimeistään joulukuussa 2023. Opinnäytetyötä tehdessäni kohtasin monia erilaisia haasteita aikataulujen yhteensovittamisessa, tiedon etsinnässä, tutkimusten hakemisessa ja niiden sisällönanalyysissä sekä tulosten kirjoittamisessa ymmärrettävään muotoon. Jokainen haaste ja siitä ylipääseminen kehitti luovuutta ja ongelmanratkaisutaitoa, joita vaaditaan myös käytännön työelämässä.

Opinnäytetyöprosessin aikana kehitin taitoani hakea tutkimustietoa erilaisista tietokannoista ja opin muodostamaan niistä kirjallisuuskatsauksen sen eri vaiheiden mukaisesti. Kirjallisuuskatsaus syvensi tietoani palliatiivisen potilaan kivunhoitoon sekä avasi itselleni millaisia ominaisuuksia palliatiivisten potilaiden kanssa työskentelevät hoitajat tarvitsevat. Sain jokaisen opinnäytetyön vaiheen aikana palliatiivisen potilaan hoidosta laajemmin tietoa, kuin mitä opinnäytetyön rapor-

tista tulee esille ja olenkin jo pystynyt tätä tietoa soveltamaan käytännössä. Esimerkiksi koen, että opinnäytetyön tietoperustan kirjoittamisen ansiosta asiakaslähtöisyyteni on parantunut. Osaan nyt mielestäni kohdata potilaan ja potilaan läheiset hieman aiempaa paremmin ja olen saanut arvokasta itseluottamusta asiantuntijuuteni kehittyessä. Koen opinnäytetyön aiheen itselleni merkityksellisenä ja mielenkiintoisena, sillä palliatiivisten potilaiden hoito ja erilaisten kivunhoitomenetelmien käyttö on työssäni päivittäistä.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotus

Mielestäni lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä palliatiivisen potilaan hoitotyössä kaivattaisiin lisää tutkimustietoa. Hoitotyön koulutuksessa voitaisiin käsitellä enemmän lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ja esimerkiksi opinnäytetyönä voitaisiin tehdä opetusvideo aiheesta.

LÄHTEET

Ammattikoulujen rehtorineuvosto 2018. Ammattikorkeakoulujen eettiset suositukset. Viitattu 16.9.2023 <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

Baillie, J., Anagnostou, D., Sivell, S., Van Godvin, J., Byrne, A. & Nelson, A. 2018. Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *PMC Palliative Care*, 17(60), 2018. Viitattu 15.10.2023 <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0314-4>

EduPal. 2018–2021. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa. Suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetussuunnitelmasta. Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama kärkihanke: Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen. Viitattu 26.9.2023 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333633/EduPal%20Ops%20suositus%20sairaanhoitaja.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Englund, T., Hoikka, A., Kalliomäki, M. & Raitio, N. 2021a. Kivun arviointi ja mittaaminen. *Anestesiakäsikirja*. Viitattu 6.9.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00437?toc=1109037 bc>

Englund, T., Hoikka, A. Raitio, N. & Tiippana, E. 2021b. Lääkkeetön kivunhoito. *Anestesiakäsikirja*. Viitattu 6.9.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00445/search/kivunhoitomenetelm%C3%A4t?db=1365>

Haanpää, M. 2015a. Neuropaattinen kipu ja kivun syitä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04604>

Haanpää, M. 2015b. Neuropaattisen kivun hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04604>

Haanpää, M. 2018a. Neuropaattisen kivun oirekuva. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04493>

Haanpää, M. 2018b. Neuropaattisen kivun hoito. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04493>

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Luokitteluperusteista. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04493>

Heiskanen, T. 2015a. Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.9.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/opk04604>

Heiskanen, T. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023. <https://www.oppoportti.fi/op/opk04493>

Heiskanen, T. 2020. Nosiseptiivisiä kiputiloja. Teoksessa K. Olkkola, K. Kiviluoma, T. Saari, M. Tallgren, A. Uusaro & A. Yli-Hankala (toim.) Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/opk04597>

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 129(4), 385–392. Viitattu 31.8.2023 <https://www-terveysportti-fi.ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo10822.pdf>

Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.9.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/opk04604>

Heiskanen, T. & Pöyhiä, R. 2020a. Opioidit läpilyöntikivun hoidossa. Teoksessa K. Olkkola, K. Kiviluoma, T. Saari, M. Tallgren, A. Uusaro & A. Yli-Hankala (toim.) Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/opk04597>

Heiskanen, T. & Pöyhiä, R. 2020b. Opioidit syöpäkivun hoidossa. Teoksessa K. Olkkola, K. Kiviluoma, T. Saari, M. Tallgren, A. Uusaro & A. Yli-Hankala (toim.) Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023 <https://www.oppoportti.fi/op/opk04597>

Hunnicutt, J., Tija, J. & Lapane, K. 2017. Hospice Use and Pain Management in Elderly Nursing Home Residents With Cancer. Journal of Pain and Symptom Management, Vol 53 Nro 3 (2017), 561–570. Viitattu 15.10.2023 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.369>

Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2016. Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. Diakin kirjasto. Viitattu 28.11.2023 <https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642#kvali>

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 129(4), 433–439. Viitattu 31.8.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>

Hökkä, M. 2022. Palliatiivisen hoidon osaamista tulee kehittää. Palliatiivinen hoito. Viitattu 16.11.2023 <https://www.palliatiivinenhoito-lehti.fi/artikkelit/palliatiivisen-hoidon-osaamista-tulee-kehittaa.html?p38=3>

- Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä, S. 2017. Kivunhoitomenetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 6.9.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/tvh00185/search/pca%20kipupumppu>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291–301. Viitattu 24.7.2023 <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>
- Kalso, E. 2018a. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.9.2023. <https://www.oppoportti.fi/op/opk04493>
- Kalso, E. 2018b. Syöpään liittyvän kivun mekanismeja. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023. <https://www.oppoportti.fi/op/opk04493>
- Kalso, E., Elomaa, M. & Granström, V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023. <https://www.oppoportti.fi/op/opk04493>
- Kotovainio, T. & Lehtonen, A. 2017. Kivun lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 6.9.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk03325/search/kipu>
- Kuparinen, M. & Lindström, R. 2021. Saattohoito: yleistä. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 6.9.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01690/search/palliativinen%20hoito>
- Kuusisto, P. 2017. Akuutin kivun hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 7.9.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk04660/search/kipu>
- Käypä hoito -suositus 2017. *Kipu*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.7.2023 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Käypä hoito -suositus 2019a. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.7.2023. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Käypä hoito -suositus 2019b. Palliativinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.7.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Lee, Y., Wu, C., Chiu, T., Chen, C., Morita, T., Hung, S., Huang, S., Kuo, C. & Tsai, J. 2015. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care

unit. *BMC Palliative Care*, 14(69), 2015. Viitattu 15.10.2023 <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0067-2>

Lundin, E. & Godskesen, T. 2021. End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Palliative Care*, 20(48), 2021. Viitattu 15.10.2023 <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>

Mäenpää, H. 2023. Palliatiivinen sädehoito. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 139(8), 645–650. Viitattu 31.8.2023 <https://www.duodecimlehti-fi.ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo17651.pdf>

Pöyhiä, R. & Heiskanen, T. 2020. Syöpäsairauden loppuvaiheen hallitsematon kipu. Teoksessa K. Olkkola, K. Kiviluoma, T. Saari, M. Tallgren, A. Uusaro & A. Yli-Hankala (toim.) *Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2023 <https://www.oppiportti.fi/op/opk04597>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. *KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 28.11.2023 https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon tarkoitus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.9.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04604>

Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriö 18.12.2017. Viitattu 26.9.2023 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarto, T. & Finne-Soveri, H. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa: Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.11.2023 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston julkaisuja 2011. Viitattu 24.7.2023 https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Smyth, J., Dempster, M., Warwick, I., Wilkinson, P. & McCorry, N. 2018. A Systematic Review of the Patient- and Carer-Related Factors Affecting the Experience of Pain for Advanced Cancer Patients Cared for at Home. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol 55 Nro 2 (2018) 496–507. Viitattu 15.10.2023 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.012>

Terveyskylä 2018. Miten kivun tunne syntyy? Viitattu 21.7.2023 <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/perustietoa-kivusta/miten-kivun-tunne-syntyy>

Terveyskylä 2021. Mitä palliatiivinen hoito on? Viitattu 22.7.2023 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/mit%C3%A4-palliatiivinen-hoito-on>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2023. Mitä on palliatiivinen hoito. Viitattu 21.7.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 16.9.2023 <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Vainio, A. & Vuorinen, E. 2015. Kipu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.9.2023. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04604>