



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja hoito perusterveydenhuollon yksikössä

Mäenpää, Ulriikka

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja hoito perusterveydenhuollon yksikössä

Ulriikka Mäenpää  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2016

Mäenpää Ulriikka

### Saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja hoito perusterveydenhuollon yksikössä

Vuosi 2016 Sivumäärä 73

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja kivun hoidon aloitus sekä kivun hoidon vaatimat muutokset toteutuvat perusterveydenhuollon yksikössä. Tavoitteena oli hoitajien huomion kiinnittäminen laadukkaan kivun arvioimisen ja kivun hoidon aloittamisen oikea-aikaisuuteen. Tutkimus toteutettiin Nurmijärven terveyskeskussairaalan osastoilla ja pääosa vastaajista oli sairaanhoitajia.

Opinnäytetyön viitekehys pohjautuu pääosin ammattikirjallisuuteen. Viitekehyksessä käsitellään saattohoitoa käsitteenä sekä sen toteutumista Suomessa, saattohoitopotilaan oireita ja niiden hoitoa. Oireiden kuvaamisessa on keskitytty etenkin kipuun. Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä laadullista tutkimusta. Aineisto kerättiin lomakemuotoisella kyselyllä ja saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella saattohoitopotilaan kivun arvioiminen koetaan tärkeäksi ja kipua arvioidaan yksikössä tunnollisesti, vaikka saattohoitopotilaan kivun arviointiin koettiin liittyvän monia haasteita. Kivun hoidossa pyritään oikea-aikaisuuteen ja viiveettömyyteen. Tutkimukseen osallistuneet kuitenkin nimesivät monia tekijöitä, jotka voivat viivyttää kivun hoidon toteutumista.

Tutkimustuloksia olisi mahdollista hyödyntää suunniteltaessa kivun hoidon arviointiin ja kivun hoitoon liittyviä koulutuksia perusterveydenhuollon yksiköihin. Tulevaisuudessa koulutukseen liittyvien jatkotutkimuksien suorittaminen olisi hyödyllistä kivun arvioinnin ja kivun hoidon kehittymisen kannalta.

Asiasanat: Saattohoito, saattohoitopotilaan kipu, kivun arvioiminen, saattohoitopotilaan kivun hoito

Mäenpää Ulriikka

**Terminal care patient's assessment of pain and pain management in a primary health care unit**

Year	2016	Pages	73
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to describe how terminal care patients assessment of pain and the start of pain management together with changes in pain management can be fulfilled in a primary health care unit. The objective was to gain and maintain the nurses' attention to the high-quality assessment of the pain and to timing at the beginning of the care of the pain. Study data was collected from wards of the Nurmijärvi's Health Centre and the most of the respondents were nurses.

The framework of this thesis is based mainly on professional literature. Important concepts of terminal care, terminal care in Finland, patient's terminal care symptoms and managements of symptoms are explained in the theory part of this thesis. Qualitative research was used in this thesis and data was collected by questionnaire and was analysed by content analysis.

The results showed that the nurses found that assessment of pain is important and nurses assess pain regularly and well. Many challenges relate to terminal care patients assessment of pain. Nurses try to treat pain until the time lag between the assessment of pain and pain management. Respondents remarked many points that can hinder the timely implementation of pain management.

The results of the thesis can be used in planning of assessment of pain and pain relief educations to primary health care unit. Further studies related to education would be useful for development of pain relief and assessment of pain in the future

**Keywords:** Terminal care, terminal care patient's pain, assessment of pain, terminal care patient's pain management

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Saattohoito.....	8
2.1	Saattohoidon aloitus.....	9
2.2	Saattohoidon tarve.....	11
2.3	Saattohoito Suomen terveydenhuollossa.....	12
3	Saattohoitopotilaan kipu.....	13
3.1	Saattohoitopotilaan kärsimys.....	14
3.2	Saattohoitopotilaan fyysiset oireet.....	15
3.3	Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet.....	16
4	Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioiminen.....	18
4.1	Kivun arvioinnin erityispiirteet.....	20
4.2	Kivun arvioinnissa käytettävät apuvälineet.....	21
4.3	Kuka arvioi kipua?.....	23
5	Saattohoitopotilaan kivun hoito.....	23
5.1	Lääkkeetön kivunhoito.....	25
5.2	Lääkkeellinen kivunhoito.....	25
5.2.1	Antoreitit.....	26
5.2.2	Kipulääkkeet.....	27
5.3	Kivun hoidon oikea-aikaisuus.....	28
6	Tutkimuksen tausta, tarkoitus ja tavoitteet.....	29
7	Tutkimuksen toteuttaminen.....	30
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	31
7.2	Tutkimuksen analysointi.....	33
7.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	34
7.4	Tutkimuksen eettisyys.....	35
8	Tulokset.....	36
8.1	Kivun arviointi.....	36
8.1.1	Kivun arvioimisen kokeminen tärkeäksi.....	37
8.1.2	Kivun arvioinnin haasteet.....	38
8.1.3	Kivun arvioimiseen käytettävät menetelmät.....	39
8.2	Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioinnin toteutuminen.....	40
8.2.1	Kuinka usein kipua arvioidaan.....	41
8.2.2	Kommunikoimattoman potilaan kivun arvioiminen.....	42
8.2.3	Kivun arvioinnin kirjaaminen.....	43
8.3	Kivun hoidon oikea-aikainen toteutuminen.....	44
8.3.1	Kivun hoidon oikea-aikaisuus yksikössä.....	45
8.3.2	Kivun arvioimisen ja kivun hoidon toteutumisen välinen viive.....	46

9	Johtopäätökset .....	48
9.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	52
9.2	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	54
9.3	Työelämän edustajan palaute ja viimekatsaus tavoitteisiin.....	56
	Lähteet .....	58
	Liitteet.....	63

## 1 Johdanto

Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 ihmistä ja heistä suurin osa hoidetaan perusterveydenhuollossa (Nykänen 2015; Anula 2014). Tässä opinnäytetyössä onkin keskitytty juuri perusterveydenhuollossa tapahtuvaan saattohoitoon. Näkökulma on tarkennettu saattohoitopotilaan kivun hoitoon. Saattohoitopotilaan kivun hoito on aiheena aina ajankohtainen, koska kipu on kaikkein pelätyin ja erityisen vaikeaksi koettu oire, ja suurin osa ihmisistä kärsii kivuista viimeisten elinpäiviensä aikana (Hänninen 2015c, 32; Kipu 2015).

Kipu ja kärsimys kulkevat saattohoitopotilaan kokemuksina kuin käsi kädessä. Kärsimys on ahdistusta, johon liittyy pelko yksilön eheyden hajoamisesta ja kärsimyksen jatkumisesta, eikä sen voida katsoa olevan vain fyysinen tai psyykinen kokemus. Kärsimys, kuten myös kipu, koetaan siis hyvin yksilöllisesti ja siihen vaikuttavat monet asiat, mikä tekee näiden seikkojen arvioimisesta hyvin potilaskohtaista. Kipuun tunteena vaikuttavat muun muassa kokijan persoonallisuus, elämän tilanne sekä kivun merkitys kivuliaalle. Potilaan hoito mahdollistuu silloin, kun auttajalla on käsitys siitä, mitä inhimillinen kärsimys on. Lisäksi kivun ja kärsimyksen arvioimisella tai mittaamisella on suuri merkitys hoidon onnistumiseen kokonaisuutena. (Hänninen 2008.)

Saattohoidon kokonaistavoitteena on mahdollistaa potilaalle paras mahdollinen elämänlaatu, ja lääkehoidossa keskitytään vain oireiden lievitykseen. Saattohoitovaiheessa hoitojen vaikutusten tulee olla välittömästi tai pienellä aikavälillä havaittavissa, jolloin esimerkiksi pitkälliset lääkeannosten titraamiset eivät ole potilaan edun mukaisia. (Hänninen 2015a, 256-257; Hänninen 2015b.) Valvira on vuosien saatossa saanut kanteita saattohoitopotilaan kivun lievityksen riittämättömyyteen liittyen. Tapauksissa on tullut esiin epäasianmukaisen kipulääkityksen valintaan liittyvää problematiikkaa, lääkemuotoihin liittyviä ennakoasenteita sekä lääkityksen riittämättömyys potilaan tilan huonotessa. (Anttila 2011.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata saattohoitopotilaan kivun arvioimisen toteutumista ja kivun hoidon aloituksen sekä kivun hoidon vaatimien muutoksien toteutumista tutkimukseen osallistuneessa perusterveydenhuollon yksikössä. Tavoitteena oli hoitajien huomion kiinnittäminen saattohoitopotilaan kivun arvioimisen ja kivun hoidon aloituksen oikea-aikaisuuteen. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen lomakemuotoisen kyselyn muodossa.

## 2 Saattohoito

Saattohoito on kuolemaa edeltävää hoitoa silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen aikana. Se on osa palliatiivista hoitokokonaisuutta, jota on aikaisemmin kutsuttu terminaalihoidoksi. (Saattohoito 2015.) Saattohoidon voidaan katsoa jatkuvan myös kuoleman jälkeen siihen asti, kunnes potilaan omaiset tulevat toimeen surunsa kanssa. (Hänninen 2015a, 256; Hänninen 2012.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan palliatiivinen hoito on kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa (Hänninen 2015a, 256). Palliatiivisessa vaiheessa tunnustetaan sairauden johtavan potilaan kuolemaan, ja hoidon päätavoitteena ei enää ole elämän pidentäminen (Saattohoitoryhmä 2010). Kuoleman lähestyessä hoito muuttuu yhä enemmän potilaslähtöiseksi, ja potilaan toiveet ja tunteet ovat hoidon perusta (Pihlainen 2010, 13-15). Tällöin hoidon kokonaistavoitteena on vain paras mahdollinen elämänlaatu (Hänninen 2015a, 256).

Palliatiivinen hoito ei kuitenkaan aina ole ajankohtainen ainoastaan kuoleman lähestyessä, vaan se voi olla osa parantumattomasti sairaan hoitoa sairastamisen alusta lähtien (Saarto 2015, 10). Palliatiivisella hoidolla muun aktiivisen hoidon ohella tarkoitetaan sitä hoidon osuutta, joka ei tähtää sairauden parantamiseen. Tähän kuuluvat muun muassa oireiden hoidon lisäksi potilaan ja omaisten tukeminen. (Vainio & Kalso 2009, 505.)

Maailman terveysjärjestö on määrittänyt saattohoidolle päämäärät, jotka ohjaavat hoitoa käytännössä. Päämäärät keskittyvät oireiden lievittämisen ohella potilaan ja omaisten tukemiseen kuoleman lähestyessä, jotta käsitys kuolemasta elämän päätepisteenä selkiytyisi ja aktiivinen elämä ennen kuolemaa mahdollistuisi. (Hänninen 2015a, 256.) Lisäksi lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitoksille jo vuonna 1982 antamissa terminaalihoidon ohjeissa määritellään kuolevan potilaan hoidossa merkityksellisiksi oireiden hoidon rinnalla potilaalle mieluisin ympäristö ja läheisten läsnäolo (Pihlainen 2010, 13).

Potilaan oikeuksiin kuuluu, että omaiset voivat potilaan niin halutessa olla aktiivisesti mukana hoidossa etenkin saattohoitovaiheessa. Saattohoitopotilaalla on oikeus perhe-elämään, rakastamiseen ja rakastetuksi tulemiseen sekä läheisten ihmisten läsnäoloon elämän loppuun asti. Myös omaiset tarvitsevat saattohoitovaiheessa tukea, ohjausta ja rohkaisua. Omaiset kokevat saattohoidon ja kuoleman hyvin yksilöllisesti. Joidenkin potilaiden omaiset haluavat olla hyvin aktiivisesti hoidoissa mukana. Omaiset voivat kokea potilaan auttamisen ja tukemisen hyvin merkittäväksi ja rikkaaksi kokemukseksi, jonka myötä heillä on mahdollisuus käydä kuolevan kanssa läpi elämäänsä ja jopa lähentää vielä suhdettaan. Joillekin taas kuolevan potilaan kohtaaminen voi olla liian ahdistavaa ja ylivoimaista. Omaisten tukeminen jatkuu vielä kuoleman jälkeenkin, jolloin heitä tuetaan menetyksestä selviytymiseen. (Hänninen 2012.)



Saattohoitoon liittyvät läheisesti eettiset arvot, joita ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Itsemääräämisoikeus tulee esille esimerkiksi siinä, että saattohoitopäätöksestä tulee keskustella potilaan kanssa, ja jos potilas sallii, omaisten kanssa. (Pihlainen 2010, 13-15.) Myös Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökuntaa kunnioittamaan saattohoitopäätöstäkin tehtäessä potilaan itsemääräämisoikeutta. Saattohoito päätöstä tehtäessä liian myöhään potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen heikkenee. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Henkilökunnalta vaaditaan saattohoitopotilaan hoidossa herkkyyttä. On tärkeää, että hoitohenkilökunta vaistoa potilaan ja omaisten stressin ja ahdistuneisuuden, jotta he voivat tarpeen mukaan tarjota tukea ja kertoa tapahtuvista muutoksista potilaan voinnissa. Omaisten ja potilaan kannalta on ehdottoman tärkeää, että heille kerrotaan nykytilanteesta ja siitä, mitä tulee tapahtumaan ja, miten potilasta hoidetaan ja lääkitään. Omaisten tukemiseen kuuluu myös ohjaaminen tarvittaessa avun piiriin. (Korhonen & Poukka 2013)

## 2.1 Saattohoidon aloitus

Saattohoidon aloitus kytkeytyy kuoleman läheisyyteen. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon raja on kuitenkin usein häilyvä. Palliatiivinen hoito aloitetaan jo hyvissä ajoin aktiivisten hoitojen rinnalla. Saattohoito taas tulisi aloittaa potilaan toimintakyvyn alennuttua merkittävästi. Myös potilaan itsestään huolehtimisen mahdollisuuden heikentyminen voi olla peruste saattohoidon aloitukselle. (Hänninen 2015a, 256-257.) Potilaiden toimintakyky voi säilyä kuolemaan asti kohtalaisena, jos potilas esimerkiksi kuolee äkillisesti vaikean komplikaation seurauksena (Hänninen 2015b). Saattohoidosta puhuttaessa on siis kysymys lääketieteellisen osaamisen lisäksi oikea-aikaisuudesta. (Hänninen 2015a, 256-257.)

Saattohoitopäätöstä tehtäessä tulee olla tunnistettavissa kuoleman lähestyminen, mutta saattohoitoon tulee siirtyä vasta, kun saattohoitopäätös on tehty ja kirjattu potilaspapereihin (Pihlainen 2010, 15; Hänninen 2015a, 257.) Lähestyvän kuoleman merkkejä ovat potilaan voimattomuus ja väsymys, tajunnantason aleneminen, potilaan heikennyt kyky nauttia suun kautta nesteitä ja lääkkeitä sekä viilennyt periferia. Kyseiset oireet ovat sitä voimakkaampia, mitä lähempänä kuolemaa ollaan. (Hänninen 2015a, 257-258.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen on usein vaikeampaa kuin päätös oireiden mukaisesta hoidosta. Tästä syystä hoitoa usein rajataan asteittain jättämällä hoidosta esimerkiksi antibiootit ja nesteet pois. (Hänninen 2015a, 257-258.) Joissain tapauksissa olisi aiheellista saattohoidon sijasta puhuakin hyvän oireiden mukaisen hoidon takaamisesta tai oireiden hoidon osuuden lisäämisestä (Laakkonen, Hänninen & Pitkälä 2010). Usein potilaalla ja omaisilla on suuret

odotukset tilanteen paranemiseksi ja toisaalta pelko hoitojen lopettamisesta. Kuoleman lähestyminen on vaikeaa myöntää tai hyväksyä, jolloin kukaan ei halua ottaa asiaa puheeksi. Saattohoitopäätös ja saattohoidon aloittaminen saattaakin viivästyä tai jäädä kokonaan teemmättä kommunikaatiotaitojen puutteen vuoksi. (Korhonen & Poukka 2013.)

Dementoivien sairauksien kohdalla saattohoitopäätöksen tekeminen tulee harkita erityisen tarkasti, koska tilan huonontumisen syyn ollessa esimerkiksi infektio, potilas voi vielä toipua ennalleen (Laakkonen ym. 2010). Joissain tapauksissa, jos potilaan tilanne muuttuu merkittävästi, on oltava myös valmiudet hoitolinjauksen uudelleen arvioimiseen ja mahdollisiin muutoksiin (Hänninen 2015b).

Saattohoitopäätöksen tekeminen on tärkeää, koska se mahdollistaa potilaan ja omaisten valmistautumisen lähestyvään kuolemaan sekä ehkäisee epärealistisia odotuksia (Hänninen 2015a, 257). Saattohoitopäätöksen tarkoituksena on mahdollistaa potilaan hoidon uudelleen suuntautuminen, jolloin myös mahdollistetaan potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan luopumisprosessin selkeä käynnistyminen (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 25). Mikäli hoitoa ei suunnitella riittävän aikaisin esimerkiksi keuhkohtaumapotilaan kanssa, kuoleva potilas saatetaan hoitaa loppuun asti akuuttihoiton menetelmin ilman saattohoitoa. Tällöin kuolema tulee yllättäen myös potilaan omaisille. (Lehto 2015.) Mikäli saattohoitoa ei aloiteta, on vaarana potilaan kärsimysten lisääntyminen ja jopa ennenaikainen kuolema. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Saattohoitopäätös on myös lääketieteellisesti merkittävä, koska tässä vaiheessa hoidot muuttuvat merkittävästi (Hänninen 2015a, 257). Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR) sisältyy saattohoitopäätökseen, ja toiminta ohjeet erilaisissa tilanteissa kirjataan hoitokertomukseen yksityiskohtaisesti (Korhonen & Poukka 2013). Ei elvytystä- päätös tehdään siinä tilanteessa, kun voidaan todetta, että sydämen pysähtyessä elvytyksestä ei koituisi potilaalle muuta kuin kärsimyksien lisääntymistä estäen samalla arvokkaan kuoleman mahdollisuuden. Tämäkin päätös on luonnollisesti tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa, jolloin lääkärillä tulee olla valmius perustella päätös potilaan edun vaalimisella. Mikäli päätöksestä ei päästä yhteisymmärrykseen, tulee asia ottaa esille uudestaan myöhemmin. (Hietanen 2015, 249.)

Joskus voi olla mahdollista, että omaisilla ja potilaalla itsellään on hyvin epärealistisia ajatuksia mahdollisesta elvytyksestä ja sillä saavutettavista tuloksista. Mikäli DNR-päätöksen lääketieteellinen tarpeellisuus ei muutoin selkiydy asianosaisille, voidaan tilannetta pyrkiä selittämään ja perustelemaan heille. Heiltä voi esimerkiksi kysyä, mitä he tietävät elvytysproses-

sista ja sen vaikutuksista, jolloin he voivat oivaltaa päätöksen oikeuden ja merkityksen. Tärkeää on varmasti myös täsmentää, että päätös on potilaan elämänlaadun ja kauniin, ihmisarvoa kunnioittavan kuoleman kannalta erittäin merkityksellinen (Hietanen 2015, 249-250.)

Hoitojen vaikutusten tulee saattohoitovaiheessa olla välittömästi havaittavissa ja lääkehoitossa keskitytään oireiden välittömään lievitykseen. (Hänninen 2015a, 257). Esimerkiksi lääkehoitoon liittyvissä päätöksissä ei ole aikaa pitkiin lääkeannosten sovittamisiin, vaan päätösten tulee syntyä muutamien päivien aikana (Hänninen 2015b). Aiemmin aloitetut hoidot tulee lopettaa, jos niiden voidaan katsoa pitkittävän potilaan kärsimyksiä tai heikentävän potilaan mahdollisuuksia rauhalliseen kuolemaan (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Saattohoitovaiheessa myös kaikki turhat mittaukset ja laboratoriokokeet jäävät pois hoidosta tarpeettomina. Sen sijaan pyritään keskittymään potilaaseen. Kaikkia jopa rutiineiksi muodostuneita toimenpiteitä tulee välttää ja harkita tarkasti. Tilanne pyritään rauhoittamaan ja aikaa varataan keskusteluun, läsnäoloon ja kuuntelemiseen. Potilaan oireiden arviointia jatketaan kuitenkin loppuun asti, jotta voidaan havaita, jos potilaalla ilmenee esimerkiksi kipuja, pahoinvointia, hengenahdistusta tai levottomuutta. Potilaan oireilua tarkkaillaan vähintään neljän tunnin välein. Potilaan voimien hiipumisen myötä omaisen tukeminen ja jaksaminen korostuvat. (Korhonen & Poukka 2013.)

## 2.2 Saattohoidon tarve

Suomessa kuolee vuodessa noin 50 000 ihmistä, joista suurin potilasryhmä on verenkierröllisiä sairauksia sairastavat henkilöt. Syöpään vuosittain menehtyy noin 11 000 ihmistä. (Vuorinen & Järvinen 2012.) Saattohoitoa Suomessa saavat etenkin juuri syöpäpotilaat, joka on suurin saattohoitoa tarvitseva yksittäinen potilasryhmä. Kuitenkin saattohoitoa tarvitsevat myös monet muut yksittäiset potilasryhmät, kuten dementiapotilaat, keuhkohtaumatautipotilaat, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa sairastavat potilaat sekä erilaisia eteneviä neurologisia sairauksia sairastavat. (Hänninen 2015a, 256.)

Tilastollisesti Suomessa vuosittain saattohoitoa tarvitsee noin 200 syöpäpotilasta ja noin 40 muita sairauksia sairastavaa potilasta 100 000 kansalaista kohden (Suomen kuntaliitto 2012). Sekä omaisten että potilaiden kannalta olisi erittäin tärkeää, että kaikilla kuolemaan johtavaa sairautta sairastavilla olisi mahdollisuus laadukkaaseen saattohoitoon yhtä hyvin kuin syöpäpotilailla (Laakkonen ym. 2010). Esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoidon voidaan jossain määrin katsoa olevan alusta loppuun asti palliatiivista hoitoa, koska parantavaa hoitoa ei ole olemassa. (Sulkava 2014.)

Syy siihen, että saattohoito on helpommin syöpäpotilaiden saatavilla, johtuu sairauden luonteesta. Syöpäsairauksissa saattohoidon aloittamisajankohta on helpommin tunnistettavissa,

koska kokemuksen kautta on opittu arvioimaan hetki, jolloin tautispesifinen hoito on aiheellista lopettaa hyödyttömänä. (Hänninen 2015a, 256.) Esimerkiksi keuhkohtaumatautia sairastavan kohdalla saattohoitopäätöksen tekeminen voi olla paljon haastavampaa, koska pahenemisvaiheita tulee useita taudin edetessä. Saattohoitopäätös tehdään tässä tapauksessa silloin, kun voidaan nähdä, että potilaan toipuminen pahenemisvaiheesta on epätodennäköistä. (Lehto 2015.) Myös syöpäpotilaan ja muistisairautta sairastavan hoitoprosessit ovat hyvin erilaiset, koska toimintakyvyn muutos ennen kuolemaa on sairauksissa toisistaan poikkeava. Syöpäpotilaan tila romahtaa usein melko lyhyellä aikavälillä kuolemaan nähden. Muistisairaana toimintakyky on vastaavasti usein pitkään ennen kuolemaa melko heikko, joten saattohoidon aloituksen ajankohta on haastavaa määrittää. (Sulkava 2014.)

### 2.3 Saattohoito Suomen terveydenhuollossa

Suomen laki velvoittaa tarjoamaan kansalaisille hyvää hoitoa tasapuolisesti. Kuitenkin saattohoitoon käytössä olevissa resursseissa ja osaamisen tasossa on valtakunnallisesti suuria vaihteluita, koska nykyinen hoitotakuulainsäädäntö ei edistä saattohoidon saatavuutta. Suurin osa saattohoitopotilaista hoidetaan terveyskeskuksissa, jotka tekevät yhteistyötä kotihoidon ja kotisairaanhoidon kanssa. (Suomen kuntaliitto 2012; Aunula 2014.) Terveyskeskusten vuodeosastoilla syöpäpotilaiden määrä muihin saattohoitopotilaisiin nähden ei ole niin suuri kuin saattohoitokodeissa, joissa suurin osa potilaista on syöpäpotilaita (Hautala, Fält, Hinkka, Lammi, Kellokumpu-Lehtinen & Kosunen, 2008).

Pienillä paikkakunnilla myös terveyskeskukset ja muut terveydenhuollon laitokset voivat tehdä keskenään yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan keskussairaaloihin olisi suositeltavaa perustaa palliatiivisen hoidon poliklinikoita, jotta laadukas palliatiivinen hoito mahdollistuisi, konsultaatioavun ja koulutusten avulla. (Suomen kuntaliitto 2012; Aunula 2014.) Esimerkiksi kivun hoidossa eri terveydenhuollon toimialojen yhteistyö on erittäin tärkeää. Vaikeissa kipuihin liittyvissä ongelmissa on oltava mahdollisuus tarvittaessa yhteistyöhön yliopisto- tai keskussairaaloiden kipuklinikoiden kanssa. (Vainio & Kalso 2009, 505.) Valitettavaa on, että Suomessa hyvistä edellytyksistä huolimatta, eri terveydenhuollon yksiköiden yhteistyö on vielä puutteellista (Vuorinen & Järvimäki 2012).

Vuonna 2012 Kuntaliitto ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys ovat laatineet terveyskeskusten saattohoitoa koskevat suositukset. Nämä suositukset perustuvat myös muualla Euroopassa käytössä oleviin saattohoidon minimikriteereihin. Näitä kriteerejä käyttävät sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) suomalaisen saattohoidon arvioimiseen. Nämä eurooppalaiset kriteerit määrittelevät, että saattohoidon järjestämisessä terveyskeskuksissa tulee käytössä olevat resurssit suhteuttaa hoidon vaativuuteen ja tarpeeseen. Kyseessä on kolmiportai-

nen malli, jossa terveyskeskuksen koko ja saattohoidon tarve vuosittain määrittävät tarvittavat resurssit. Mitä enemmän saattohoitoa tehdään vuosittain, sitä enemmän osaston tulee saada tukea mm. tukiosastojen, lääkäreiden ja hoitajien sekä kotisaattohoidon muodossa. (Vuorinen. 2015.)

Tärkeää on, että perusterveydenhuoltoon siirretään vain sellaisia potilaita, joiden hoitaminen siellä on tarkoituksenmukaista, vaikka yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä onkin tärkeää kehittää ja lisätä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Paimion-Sauvon terveyskeskuksen ylilääkäri Sanna Maula tuo esiin selkeiden hoidonrajausten merkityksellisyyden potilaiden siirtyessä erikoissairaanhoidosta muualle hoitoon. Maulan mukaan osalla lääkäreistä on vanhanaikainen tapa pidättäytyä aktiivisessa hoidossa, mikä johtuu siitä, että he pelkäävät kanteluja alihoitamiseen liittyen. Pahinta kuitenkin Maulan mukaan on se, että potilaille, omaisille ja kollegoille muodostuu käsitys, että potilas siirtyy jatkokuntoutukseen, vaikka todellisuudessa hän on kuolemassa. (Ahlblad 2014.)

Vaasan keskussairaalan klinikkaryhmän johtajan Maija Räsänen mukaan potilaiden tulisi päästä siirtymään saattohoitovaiheessa lähemmäs kotiaan silloin, kun kuolema on ennustettavissa. Ongelmana kuitenkin on toimintamallien puute. Syöpäsairauksissa palliatiiviseen hoitoon siirrytään vähitellen. Näissä tapauksissa olisi tärkeää, että perusterveydenhuolto tulisi hoitoon mukaan asteittain jo taudin hoidon alusta lähtien. (Ahlblad 2014.) Lisäksi esimerkiksi syöpäpotilaat kärsivät erilaisista terveysongelmista jo aktiivisten hoitojen aikana, joiden hoitaminen onnistuu hyvin perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollolla on myös merkittävä rooli potilaan seurannassa ja hoidossa, kun päävastuu onkologisesta hoidosta on erikoisterveydenhuollolla. (Nieminen & Nores 2012.) Tällöin erikoissairaanhoidon tason hoidon loppuminen ja siirtyminen perusterveydenhuollon piiriin eivät olisi potilaalle niin suuri hyppäys. Tämä lievitäisi myös toivottomuuden tunnetta, joka usein potilaille voi tulla perusterveydenhuoltoon siirtymisen yhteydessä. (Ahlblad 2014.)

### 3 Saattohoitopotilaan kipu

Kipu on kudosvaurioon tai sen uhkaan kytkeytyvä epämiellyttävä tunne, josta suurin osa potilaista kärsii viimeisten elinviikkojen aikana. Kipu on myös kaikkein pelätyin ja vaikeimmaksi koettu oire potilaiden keskuudessa. Kivun esiintyvyyteen ei juurikaan vaikuta diagnoosi, vaan sitä esiintyy niin syöpätaudeissa kuin sydänsairauksissa ja monissa muissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. (Hänninen 2015c, 32; Kipu 2015.) Tilastollisesti loppuvaiheen syövässä kipua esiintyy 35-96 prosentilla potilaista, aidsissa yli puolella, sydänsairauksissa 41-77 prosentilla, keuhkohtaumataudissa 34-77 prosentilla ja munuaissairauksissa noin puolella (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Noin neljännes syöpäpotilaista ei kärsi kivuista missään sairauden vaiheessa (Hänninen 2015d, 22).

Läpilyöntikipua esiintyy etenkin edennyttä syöpää sairastavilla potilailla, mutta myös muita kuolemaan johtavia sairauksia sairastavista potilaista 63 prosenttia kärsii läpilyöntikivuista (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Läpilyöntikivun määritelmä vaihtelee riippuen hoitokulttuurista. Läpilyönti kipu voidaan määritellä lyhytkestoiseksi kivun pahenemiseksi, joka tapahtuu vaikka potilaalla onkin säännöllinen kipulääkitys. Euroopan palliatiivisen hoidon asian tuntijaryhmä taas määrittelee läpilyöntikivun kivuksi, joka on voimakkaampaa, kuin potilaan normaalisti kärsimä siedettävä kipu. (Pöyhiä 2004.)

Kipu on hyvin henkilökohtainen kokemus ja siihen vaikuttaa elimellisen vaurion lisäksi psykologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Kivun kokija osaa itse arvioida kipuaan parhaiten ja on väärin, että ulkopuoliset ihmiset arvottavat tai luokittelevat potilaan kivun ohittaen potilaan oman kokemuksen. (Hänninen 2015d, 22-23.) Potilaan kipu on siis aina todellinen, vaikka muut taustatekijät eivät aina ilmiötä tukisikaan (Kipu 2015).

Kipua voidaan luokitella elinvauriokipuun, hermovauriokipuun ja luustokipuun. Nämä kivun muodot ovat yleisiä etenkin syöpäpotilailla, joilla kasvain kasvaa tai leviää taudin edetessä aiheuttaen painetta eli kipua eripuolilla elimistössä. Lisäksi kaikilla saattohoitopotilailla voi olla kipua, jota ei voi lokeroida mihinkään edellä mainittuun ryhmään. Kipu voidaan luokitella myös keston mukaan tavallisesti akuuttiin ja krooniseen kipuun. (Hänninen 2015d, 22-23) Perinteisesti kipua luokitellaan anatomiaan pohjautuen, jolloin kipu on jonkin kehon alueen tai elinsysteemin kipua. Vielä kipu voidaan luokitella aiheuttajansa mukaan kuten syöpäkipu. (Vainio 2009b, 150.)

Kipu aiheuttaa kipukäyttäytymisen, joka on kokonaisuus. Siihen kuuluvat kasvojen ilmeet, ääntely, kivun sanallinen kuvailu, asennot ja liikkeet. Etenkin joidenkin ihmisten on helppoa tunnistaa kivun aiheuttamat kasvon liikkeet. Kivun peitteleminen tai uskottava teeskenteleminen on haastavaa. (Vainio 2009c.)

### 3.1 Saattohoitopotilaan kärsimys

Saattohoitopotilaan fyysiset ja psyykkiset tuntemukset yhdessä vaikuttavat potilaan kokemaan kärsimykseen elämän loppusuoralla. Kärsimyksen ei voida katsoa olevan vain fyysinen tai psyykkinen kokemus, koska jokainen kokee kärsimyksen yksilöllisesti. Kärsimykseen liittyy pelko yksilön eheyden hajoamisesta ja toisaalta kärsimyksen jatkumisesta. Saattohoitovaiheessa ajatus tulevaisuudesta muuttuu; tulevaisuus on tuntematon, vieras ja ennustamaton. Juuri kärsimyksen kokemisen yksilöllisyys ja moniulotteisuus tekee ulkopuolisen ihmisen kannalta kärsimyksen määrittelemisestä hyvin haastavaa. Kuitenkin inhimillisen kärsimyksen ymmärtäminen on edellytys auttamiselle tai parantamiselle. (Hänninen 2008.)

Kärsimystä voivat aiheuttaa hyvin monet asiat. Taudin ennusteeseen liittyvät kysymykset ja epätietoisuus aiheuttavat huolta. Potilaalle voi myös tulla yllätyksenä hoitojen ja taudin etenemisen aiheuttamat muutokset kehossa ja toimintakyvyssä. Tällöin hoitojen aiheuttama hyöty ja suotuinen vaste eivät välttämättä lisää potilaan toivoa tulevaisuuteen nähden, koska hän ei kykene häättämään mielestään pelkoa toivon menettämisestä ja uusista pettymyksistä. Kärsimystä aiheuttavat myös muutokset ihmissuhteissa, koska muuttunut toimintakyky ja ulkomuoto voivat johtaa eristäytymiseen. Saattohoitovaiheessa ja kuoleman lähestyessä ihminen saattaa jäädä kiinni pelkoonsa, johon liittyvät avuttomuuden kokemukset, kipu ja kuolema. (Vainio 2009a, 18-19.)

Kipu voi olla osa sitä kokonaiskärsimystä, jota kuolemaa lähestyvä ihminen kokee. Kärsimystä aiheuttaa myös nöyryytetyksi tulemisen kokemus ja elämän kaoottisuus. Edellä mainittuihin seikkoihin voivat johtaa esimerkiksi erilaiset oireet, jotka liittyvät henkilökohtaiseen hygieniaan. Muun muassa inkontinenssi, ripuli ja esteettisyyteen liittyvät muutokset voivat aiheuttaa häpeää ja nolatuksi tulemisen pelkoa, joka taas voi johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. (Vainio 2009a, 18-19.) Myös hyödyttömyyden ja toisista riippuvaisuuden tunne ovat tavallisia tuntemuksia (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Oireet ovat myös suhteessa keskenään, jolloin ne vaikuttavat toinen toisensa esiintyvyyteen. Esimerkiksi etenevää syöpäsairautta sairastavat kärsivät hyvin usein suolen toimintahäiriöistä, jotka taas aiheuttavat ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, hengitysvaikeuksia, uupumista ja kipua. Kysymys on oireiden kokonaishaitasta, joka käsittää kaikki oireet, joita ovat myös alkuperäisten oireiden aiheuttamat lisäoireet. Oireiden kokonaishaitta tulee hyvin esiin myös psyykkisten oireiden esiintyvyydessä, koska masentuneisuus ja ahdistuneisuus lisääntyvät, mikäli potilas kärsii muun muassa pahoinvoinnista tai hengenahdistuksesta. (Hänninen 2015, 33.)

### 3.2 Saattohoitopotilaan fyysiset oireet

Palliatiivisessa vaiheessa olevilla potilailla on usein monia oireita, jotka vaihtelevat jossain määrin diagnooseittain. Diagnoosista riippumatta tavallisimpia oireita ovat uupumus, toimintakyvyn heikkeneminen, univaikeudet ja kipu. Uupumuksesta kärsii 60-70 prosenttia palliatiivisessa vaiheessa olevista potilaista ja toimintakyvyn heikkenemisestä 65 %. Lisäksi harvinaisemmat oireet, kuten hikoilu, kutina, hikka tai rakon sekä suolen toimintahäiriöt, voivat olla heikentämässä potilaan elämänlaatua huomattavasti. (Hänninen 2015c, 32.)

Ummetus on hyvin tavallinen oire saattohoitovaiheessa olevilla potilailla, koska he käyttävät kipujen vuoksi runsaasti opioideja. Opioideja käyttävistä potilaista jopa 80 % kärsii ummetuksesta, minkä vuoksi kyseisen oireen hoito ja ennaltaehkäisy on hyvin tärkeää. Myös muut maha-suolikanavan oireet ovat tavallisia elämän loppuvaiheessa. Näitä oireita ovat muun mu-

assa pahoinvointi, ripuli ja nielemisvaikeudet. Maha-suolikanavan oireet voivat johtua sairau-  
den perusluonteen lisäksi esimerkiksi annetuista syöpähoidoista tai muista lääkkeistä. Tavalli-  
sia suun oireita ovat suun kuivuminen, suun kipu ja suun infektiot, jotka ovat usein liitoksissa  
sairauden hoitoihin ja lääkitykseen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Etenkin maksakirroosi ja perinaalikarsinoosipotilailla esiintyy runsasta pahanlaatuista aski-  
teksen kertymistä, joka voi aiheuttaa vatsan kasvua, täyteisyyden tunnetta, pahoinvointia,  
oksentelua ja vetovaikeutta sekä hengenahdistusta. Syöpäpotilailla voi esiintyä myös neste-  
n kertymistä raajoihin, joka saa aikaan raajaturvotusta eli lymfödemaa. Vastaavasti saattohoi-  
topotilaat kuitenkin kärsivät myös dehydraatiosta eli kuivumisesta, joka johtuu nesteiden me-  
netyksestä esimerkiksi oksentelun, kuumeilun tai diureettien seurauksena. Samanaikaisesti  
saattohoitopotilaiden nesteiden saanti voi olla riittämätöntä. (Kuolevan potilaan oireiden  
hoito 2012.)

Viimeisten elinviikkojen aikana hengitysvaikeuksista kärsii jopa yli puolet potilaista, ja noin  
neljäsosalla dyspnea on vähintään keskivaikeaa. Muita saattohoitopotilailla esiintyviä hengi-  
tystieoireita ovat hikka, yskä ja veriyskä. Hikka voi johtua esimerkiksi tuumorimassan palle-  
aan kohdistuvasta ärsytyksestä, metabolisista syistä, infektiosta tai kasvaimista, jotka vaikut-  
tavat keskushermoston toimintaan. Pitkittynyttä hikkaa voidaan pyrkiä hoitamaan lääkkeelli-  
sesti. Yskä ja veriyskökset ovat etenkin keuhkosairauksia sairastavien ongelmia, mutta oireita  
voi esiintyä myös muita syöpäsairauksia sairastavilla potilailla. (Kuolevan potilaan oireiden  
hoito 2012.)

Hengenahdistuksen syynä voi olla hengitystieobstruktio jolloin esimerkiksi tuumori ahtauttaa  
hengitysteitä. Ongelma voi olla myös puhtaasti keuhkoperäinen, jolloin keuhkukudoksessa ta-  
pahtuneet muutokset haittaavat hapenottokykyä tai hengitystilavuus on syystä tai toisesta  
pienentynyt. Syy voi olla myös verenkierröllinen, lihasperäinen tai psykologinen. (Kuolevan  
potilaan oireiden hoito 2012.)

Sairauden eteneminen vaikuttaa usein oireisiin, jolloin kuolemaa pienellä aikavälillä lähestyvä  
ihminen ei välttämättä kärsi samoista oireista, jotka sairauden alkuvaiheessa ovat kuuluneet  
hänen arkipäiväänsä. Muutaman kuukauden aikana ennen kuolemaa usein kivun esiintyminen  
vähenee ja sen sijaan sekavuus lisääntyy. Lisäksi pahoinvointi ja oksentelu voi helpottaa. Kuo-  
levan potilaan tavallisimpia oireita ovat anoreksia, yleinen voimattomuus, kuiva suu ja umme-  
tus. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

### 3.3 Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet

Fyysisten oireiden lisäksi potilaat kokevat hyvin usein myös psyykkisiä oireita. Esimerkiksi  
edennyttä syöpää sairastavista henkilöistä yli puolet kärsii masennus- tai ahdistusoireista.



Kuolevien potilaiden psyykkiset oireet ovat selvästi alidiagnosoituja, koska itkuisuutta ja vetäytymistä pidetään normaalina käyttäytymisenä, joka käsitetään osaksi elämästä luopumisprosessia. Potilaille on tällä perusteella annettu niin sanotusti oma tila ja aika asian käsittelemiseen ja tilanteeseen sopeutumiseen. Arkuus potilaalle emotionaalisesti herkkiin asioihin puuttumiseen on aiheuttanut myös masentuneisuuden alidiagnosointiin ja alihoitoon. (Hänninen 2015c, 33.)

Sairauden tuomiin kliinisiin oireisiin paneutuminen voi aiheuttaa tilanteen, jossa hoito keskittyy vain lääketieteellisten seikkojen hoitamiseen. Tämä ei kuitenkaan läheskään aina ole potilaan edun mukaista. Oireiden hoitaminen on toki potilaan elämälaadun kannalta merkittävää, mutta kuolemaa lähestyvällä potilaalla voi olla myös tuentarvetta, joka ei täten tule esille. Saattohoitovaiheessa läheisiin ihmisiin, elämän päättymiseen ja kuolemaan liittyvät mietteet ovat usein päällimmäisenä potilaan mielessä, vaikka hän samanaikaisesti elää monenlaisten oireiden kanssa. (Hänninen 2008.)

Toisaalta somaattisten oireiden ja ongelmien hoitotasapaino tukee osaltaan myös potilaan psyykkistä hyvinvointia. Jos somaattinen tilanne ja oireet ovat hyvin vaikeita, voi potilaan kaikki keskittyminen ja energia mennä vain elämiseen oireiden ja sairauden kanssa. Myös kiinnostus muihin asioihin heikkenee ja elämänpiiri pienenee. (Idman 2013.) Ekstentiaaliset mietteet ovat tavallisia potilaan käsitellessä omaa kuolemaansa, mihin voi liittyä muun muassa toive kuoleman jouduttamisesta ja eristäytyneisyys sekä arvottomuuden tunne. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Mikäli sairaus tulee johtamaan potilaan kuolemaan, on mielen sopeuduttava uuteen tilanteeseen. Keholliset muutokset ovat usein väistämättömiä ja tietoisuus taudista aiheuttaa uhkakuvioiden muodostumista. Kaikesta huolimatta olisi tärkeää, että ihminen voisi olemassa olevasta ”kuolemantuomiosta” huolimatta fyysisten voimien puitteissa pidättäytyä normaalin elämän rooleissa ja aktiviteeteissa. Jos potilas luopuu ennen aikaisesti näistä normaalin elämän aineksista, voi kysymys olla psyykkisistä toimintarajoitteista. (Idman 2013.)

Etenkin syöpäpotilaat kärsivät usein väsymysoireyhtymästä. Syöpäpotilaista, joiden sairaus on jo levinnyt, 60-90 prosenttia kärsii väsymysoireyhtymästä. Väsymysoireyhtymässä on kysymys väsymyksestä, joka ei lievity levolla. Tila ilmenee suorituskyvyn heikkenemisenä, yleisenä heikkoutena, uneliaisuutena ja apatiana. Kysymys ei kuitenkaan aina ole itsenäisestä väsymysoireyhtymästä, vaikka potilas olisikin voimaton, vaan taustalla voi olla esimerkiksi infektio, anemia tai muut erilliset syyt. Väsymysoireyhtymä voi olla yhteydessä masennukseen tai ahdistuneisuuteen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Potilaan saama tuki ja ohjaus ovat psyykkisen tasapainon säilymisen edellytyksiä elämän loppuvaiheessa. Uudessa tilanteessa potilas tarvitsee ohjausta ja tietoa hoidosta ja oireiden hallinnasta. Palliatiivisessa hoidossa kokonaisuudessaan korostuukin hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutuksellinen suhde, joka muodostuu kuuntelemisesta ja ohjauksesta. Potilaan ja omaisen on tärkeää olla tietoinen hoitoprosessista kokonaisuutena ja oireiden hoidosta, jotta he voivat kokea olevansa aidosti osallisia sairauden hoidon kaikissa vaiheissa. Tämä auttaa heitä säilyttämään hallinnan tunteen ja luottamuksen hoitojärjestelmään. Psykoterapeuttiset valmiudet eivät useinkaan ole kuolevan potilaan hoidon kannalta välttämättömiä, mutta vaikeissa tilanteissa voidaan konsultoida myös psykiatrian erikoislääkäreitä. (Idman 2013.)

#### 4 Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioiminen

Potilaan oireita arvioitaessa potilaan omat kokemukset ovat oireiden hoidon ensisijainen lähtökohta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Ihmiset kokevat oireet ja niiden häiritsevyyden eritavoin, ja täten myös oireiden hoidon tarve vaihtelee. Oireiden häiritsevyyden määrittelee potilas oireiden aiheuttaman fyysisen tai psyykkisen haitan perusteella. Joskus hoitohenkilökunnan ja potilaan kokemukset oireen häiritsevyydestä ja hoidon tarpeesta voivat olla ristiriidassa, koska ulkopuolisen ihmisen arvio oireista perustuu pääasiassa oireiden näkyvyyteen. (Hänninen 2015c, 32.) Potilaan oirekuvaukset ja hänen käyttämänsä laatusanat oireiden kuvailemisessa kertovat potilaan asenteesta oireisiinsa ja oireiden emotionaalista merkitystä potilaalle (Hänninen 2008).

Voidaan sanoa, että saman diagnoosin saaneet ihmiset eivät käytännössä sairasta samaa sairautta. Jokainen sairastaa sairauttaan omista lähtökohdistaan käsin ja osana omaa henkilökohtaista elämäänsä. (Hänninen 2008.) Paitsi oireet myös elämäntilanne voivat aiheuttaa hyvin yksilöllisesti kärsimystä kuolemaan johtavaa sairautta sairastavalle ihmiselle. Luonnollisesti nuori perheen äiti kokee kuoleman väistämättömyyden eritavoin kuin jo vanhuuden ikään ehtinyt saman ennusteen saanut isoisa. (Hänninen 2008.)

Potilaan oireisiin liittyviin kokemuksiin vaikuttaa elämäntilanne. Ikä, siviilisäätö, sosiaaliset verkot, hoitopaikka, perussairaudet ja syöpätaudeissa taudin hoidettavuus vaikuttavat siihen, mitkä oireet potilas kokee ongelmallisimmiksi. (Hänninen 2015c, 32.) Potilaan oireiden kokeamiseen vaikuttaa potilaan mielikuva oireen merkityksestä. Lievästäkin oireesta tulee potilaalle raskaampi, mikäli hänellä on syy tulkita oire merkiksi kuoleman lähestymisestä. Vastavasti, jos oire koetaan merkiksi positiivisesta muutoksesta, se on paljon helpommin kestävässä. (Hänninen 2008.)

Oireita arvioitaessa on tärkeää ymmärtää ihmisen olevan tunteva kokonaisuus, johon liittyy fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja ekstentiaalisten tunteiden kokeminen. Saattohoitovaiheessa nämä kokemukset voivat aiheuttaa kärsimystä, joka vaatii hoitoa. Hoidon onnistumisen edellytys on potilaan kärsimyksen arvioiminen. Hoitotyön kirjaaminen näyttölee merkittävää roolia kärsimyksen arvioimisessa ja toisaalta hoidon tavoitteiden määrittelyssä ja niiden toteutumisen mahdollistumisessa. Kirjaamisen kautta kuitenkin usein fyysisten oireiden hoito korostuu. Hoitokertomuksiin jäävät helpommin kirjaamatta psykososiaaliset ongelmat ja oireet kuin fyysiset oireet. (Hänninen 2008.)

Potilaan tilan tarkastelukulman valinnalla ja moniulotteisuudella on merkittävä rooli potilaan hoidossa, koska juuri tarkastelukulma vaikuttaa oleellisesti hoitomuodon valintaan. Saattohoitopotilaan kokonaiskärsimyksen hahmottaminen helpottaa huomattavasti potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista käytännössä. Kokonaiskärsimys on käsite, joka pitää sisällään kaikki kärsimyksen osa-alueet. Kokonaiskärsimyksen ymmärtämisen kautta potilaalle voidaan tarjota oikeanlaista apua ja tukea. Eihän potilaan eroahdistusta ja elämästä luopumiseen liittyvää surua lienee aiheellista yrittää lievittää kipulääkkeillä tai anksiolyyteillä, vaikka kyseiset lääkkeet voivat olla sopiva ratkaisu johonkin toiseen kärsimystä aiheuttavaan ongelmaan. (Hänninen 2013; Hänninen 2008.)

Elämänlaatu ja kokonaiskärsimys ovat käsitteitä, joilla oireiden arviointiin liittyvää haastavuutta on pyritty häivyttämään. Toisaalta elämänlaadun tai kokonaiskärsimyksen mittaamien yhdistettynä kivun arvioimiseen visuaalisella asteikolla voivat aiheuttaa mittaustulosten ristiriidan. Tämä johtuu siitä, että potilaat kokevat oireiden häiritsevyyden hyvin yksilöllisesti ja erilaisten oireiden summutuminen voi aiheuttaa huomattavaa kokonaiskärsimyksen kasvua, vaikka oireet yksinään esiintyessään olisivat huomattavasti vähemmän häiritseviä. Vaikeasti määriteltävää kuitenkin on se, mitä elämänlaadulla tarkoitetaan. Tiedetään, että esimerkiksi avuttomuuden, toivottomuuden ja merkityksettömyyden tunne vaikuttavat useimmissa tapauksissa elämänlaatuun vahvasti. Toisaalta hyvä elämälaatu elämän viimeisinä viikkoina tai päivinä ei ole automaattisesti yhteydessä hyvään kuolemaan. (Hänninen 2008.)

Kuolemaa lähestyttäessä oireiden arviointi voi muuttua haastavaksi potilaan kognitiivisen toimintakyvyn alennuttua. Tällöin potilaan kyky kertoa tai muuten tarkoituksenmukaisesti ilmaista omia kokemuksiaan ja avun tarvettaan ovat heikentyneet, jolloin hoitajan havainnointi näyttölee suurta roolia oireiden arvioinnissa. Näissä tilanteissa hoitajan tulee seurata potilaan ilmeitä, liikehdintää ja ääntelyä. Havainnoinnin tueksi on kehitetty myös erilaisia mittareita, joita voidaan käyttää esimerkiksi muistisairaiden potilaiden oireiden arvioinnissa. (Hänninen 2015a, 259.) Kokonaisvaltainen oireiden arvio tulee saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle tehdä vähintään neljän tunnin välein. (Poukka & Korhonen 2015, 260).

#### 4.1 Kivun arvioinnin erityispiirteet

Kivun arvioinnin lähtökohtana on aina potilaan oma arvio tilanteesta. Kipupotilas tulee haastatella ja tutkia huolellisesti, ja huomiot myös kirjataan mahdollisimman tarkasti. Kivun arviointi perustuu kivun voimakkuuden, keston, tyyppin ja sijainnin määrittelemiseen sekä potilaan toimintakyvyn arvioimiseen. Arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia numeerisia mittareita ja kipujanoja. (Kipu 2016.) Arvioinnin yhteydessä kartoitetaan myös läpilyöntikipujen esiintyvyys. Juuri läpilyöntikipujen runsaus ja niihin käytettyjen lääkeannosten määrä kertoo peruseläytymisen riittävydestä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kipua voidaan arvioida potilaan sanallisen viestinnän ja erilaisten kipumittareiden lisäksi havainnoimalla potilasta. Potilaan käyttäytyminen, liikehdintä ja kasvojen ilmeet ovat erittäin merkittävä osa kivun arvioimista. Kasvojen ilmeissä kivuliaisuus voi ilmentyä esimerkiksi irvistyksenä, otsan tai kulmien kurtistamisena, suun ja silmien alueen jännittyneisyytenä, pelokkaana tai surullisena ilmeenä tai kyynelienä. Fyysisissä liikkeissä kipu voi ilmentyä hyvin monimuotoisesti. Kivulias ihminen saattaa olla rauhaton ja paljon liikkuva tai vastaavasti hidas ja varovainen liikkeissään tai kokonaan liikkumaton. Joskus potilas voi liikkeillään pyrkiä tuomaan ilmi itseään ja kipujaan. Myös potillaan ääntelyn havainnointi on osa kivuliaisuuden määrittelyä. Kipukäyttäytymiseen voi liittyä voihkiminen, vaikerointi, itku sekä voimakkaat hengitysäänet. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

Kivun arvioiminen esimerkiksi verenpaineen tai pulssin perusteella on kyseenalaista, koska potilaiden kivusta johtuvat muutokset muun muassa verenkierrossa ovat hyvin yksilöllisiä voimakkuudeltaan ja kestoltaan. On myös todettu, että ihmisen fysiologiset tekijät sopeutuvat kipuun tai kivuttomuuteen. Lisäksi on merkille pantavaa että, fysiologisia muutoksia voivat aiheuttaa myös muute tekijät kuten stressi ja psykologiset tekijät. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

Kivun arvioinnin yhteydessä selvitetään myös muut mahdolliset oireet. Kivun arvioiminen on siis vain osa potilaan kokonaistilan arviota eikä vain irrallinen arviointikohde. Kivun arvioinnin potilas pyritään ymmärtämään kokonaisuutena ja potilaan sen hetkinen tilanne vain yhtenä osana hänen elämäänsä. (Kipu 2016.) Jotta nämä kaikki asiat tulevat huomioiduiksi, on kivun arvioimiseen varattava riittävästi aikaa (Kipu 2015).

Kipua arvioitaessa on otettava huomioon myös monia elämäntapoihin ja psykososiaalisiin tekijöihin vaikuttavia seikkoja, jotka etenkin saattohoitopotilaan kohdalla voivat olla hyvin merkittäviä potilaalle. Uskomukset, kivun pelko, huoli ja potilaan voimavarat sekä yleinen elämänlaatu vaikuttavat kipukokemukseen. (Kipu 2015.) Tässä yhteydessä voidaan arvioida myös moniammatillisen konsultoinnin tarve. Tarpeen mukaan esimerkiksi psykologi tai fysioterapeutti voivat tulla mukaan potilaan hoitoon (Kipu 2016).

#### 4.2 Kivun arvioinnissa käytettävät apuvälineet

Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia mittareita, joita ovat muun muassa kipujana, numeerinen asteikko, sanallinen arvio sekä kasvokuvat. Nämä ovat kuitenkin vain apuvälineitä, ja potilaan oireet ja eleet tulee ottaa huomioon kipua arvioitaessa. Kivun kestoa, tyyppiä ja sijaintia taas voidaan arvioida esimerkiksi kipupiirroksen avulla. Näiden lisäksi on olemassa erilaisia toimintakyvyn mittareita, jotka ovat kytköksissä myös kivun arvioimiseen. Toimintakyvyn mittareita on kehitelty lukuisia, joten yksittäinen mittari on rajattu melko tarkasti vain pienen spesifin potilasryhmän tarpeisiin. (Kipu 2015.)

Kipumittareilla voidaan arvioida kivun voimakkuuden lisäksi kipulääkkeen tarvetta ja olemassa olevan lääkityksen tehoa ja riittävyttä. Kipumittaria tulee käyttää, kun potilas kykenee itse arvioimaan kipuaan, mutta myös kommunikoidottoman potilaan hoidossa hoitohenkilökunnan subjektiivisen arvioinnin tukena. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.) Arviointi tulee suorittaa toistuvasti samaa mittaria käyttäen (Kotovainio & Mäenpää 2015).

Eniten käytetty kipumittari on VAS (visual analogue scale). Mittari on alun perin ollut vain noin 10 cm pitkä jana, josta potilas on esimerkiksi piirtämällä merkin janalle osoittanut kipunsa voimakkuuden. Janan vasen puoli kuvaa kivutonta tilaa ja oikea äärilaita taas pahinta mahdollista kipua. Janaa on kehitelty, ja siitä on tehty erilaisia variaatioita, jotka helpottavat kivun arvioimista. (Kalso & Kontinen 2009, 55.) Kipujana on hoitohenkilökunnan kannalta helpokäyttöinen ja sen voi vaivattomasti ottaa tarpeen tullen taskusta esille. Lisäksi se on oivallinen väline, kun hoitajan kielitaito ei vastaa kattavasti potilaan äidinkieltä. (Hänninen 2012.)

Kipukiila on kipujanaa vastaava kivun arviointiväline. Kipukiila on punainen ja sen kanta on pituudeltaan 10 tai 50 cm. Sekä kipujanassa että kipukiilassa voi olla kiinteänä liikuteltava merkki, jota liikuttamalla potilas voi osoittaa kipunsa voimakkuuden. Kiilan takana on numeerinen asteikko. (Kalso & Kontinen 2009; 55.) Numeerinen mittari eli NRS (numerical rating scale) on mittari jonka avulla kipua määritellään asteikolla 0-10 tai 0-100. 0 vastaa kivutonta tilaa ja 10 tai 100 pahinta mahdollista kipua. (Hänninen 2012.)

Lisäksi alun perin lapsia varten on kehitelty kasvoasteikko (facial pain scale). Nykyään asteikkoa hyödynnetään etenkin ikääntyneiden henkilöiden kivun arvioinnin välineenä. Kasvoasteikon käyttöä ja ymmärrettävyyttä heikentää jonkin verran se, että kasvot kolmannelta kuudesta viidenteen ovat samankaltaisia. Täten iäkkäiden ihmisten kohdalla mittarin hahmottaminen voi olla vaikeaa. (Hänninen 2012.)

Visuaalisten asteikkojen tukena voidaan käyttää sanallista asteikkoa (VRS). asteikossa voi olla viisi luokkaa, joissa kipu voidaan luokitella esimerkiksi lieväksi, kohtalaisen voimakkaaksi, voimakkaaksi, sietämättömäksi, tai tila on kokonaan kivuton. (Kalso & Kontinen 2009, 55). Sanalliset asteikot ovat tarkoituksenmukainen ratkaisu etenkin, jos potilaan kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet, koska silloin esimerkiksi VAS-asteikon hahmottaminen voi olla hankalaa. (Kalso 2009b.)

Dementoituneen potilaan kivun arviointiin on kehitetty käyttäytymismuutosten havainnointiin perustuvia mittareita. PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia) on tällainen mittari. Havainnoinnin kohteita ovat hengitys, negatiivinen ääntely, kasvojen ilmeet, kehonkieli ja lohduttaminen. Kaikkiin edellä mainittuihin muuttujiin on kehitelty kriteerit, joiden mukaan kunkin seikan poikkeavuus normaaliin tilaan nähden arvioidaan asteikolla 0-3. Näiden viiden havaintoarvon pisteet lasketaan yhteen, jonka tuloksena saadaan kivun voimakkuuden aste numeerisesti asteikolla 0-10. (Kalso 2009b.)

Heikki Ketovuori on muokannut Ronald Melzackin sanallisen kipumittarin pohjalta suomenkielisen sanallisen kipumittarin vuonna 1980. Kysymys on mittarista, joka perustuu erilaisten kipua kuvaavien sanojen numeeriseen arvottamiseen kuvaten kivun voimakkuutta. Kipusanat on luokiteltu luokkiin, joita ovat esimerkiksi ajallisuus, sijainti, paine ja pelko. Näiden luokkien alla on kipusanat. Esimerkiksi ajallisuus luokan alla ovat sanat aaltoileva, kohtauksittainen, jatkuva, tykyttävä, jumputtava ja jyskyttävä. Aaltoileva on luokan miedoin ja jyskyttävä voimakkain sana. Potilaan valitsemien sanojen arvojen keskiarvo on niin sanottu kipuindeksi, joka kuvaa potilaan sen hetkistä kiputilannetta. Lisäksi kivun arvioinnissa otetaan huomioon valittujen sanojen lukumäärä. (Kalso & Kontinen 2009, 56-57.)

Sanallisen kuvailun perusteella on mahdollista erottaa toisistaan akuutti ja krooninen kipu, koska kipuja kuvaavat sanat ovat sävyiltään erilaisia. Akuuttia kipua usein kuvaillaan fyysisiin aistimuksiin liittyvillä sanoilla, kun taas kroonisessa kivussa korostuvat tunnepohjaiset kipuluokat. Kokonaisvaltaista ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta kuvaavien kipusanojen määrän kasvaessa fyysistä kokemusta kuvaavat sanavalinnat usein vähenevät ja jäävät taka-alalle. (Kalso & Kontinen 2009.)

Kipupiirroksen avulla voidaan saada informaatiota hyvin laaja-alaisesti. Kipupiirros kuvaa naisen tai miehen kehoa edestä ja takaa. Potilas täyttää kuvan yksin tai yhteistyössä hoitajan kanssa. Kuvaan piirretään kipukohdat annettuja merkkejä hyödyntäen. Erilaisten merkkien avulla potilas voi kuvata kivun luonnetta. Kun potilas on täydentänyt kuvan, siitä keskustellaan. Kipupiirroksen avulla voidaan saada tietoa kivusta ja sen vaikutuksesta potilaan elämään sekä potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. (Hänninen 2012.)

Kipukyselyjen avulla voidaan kartoittaa kivun kehittymistä ja luonnetta sekä tapoja, joiden avulla potilas on pyrkinyt kipuaan lievittämään. Kipupäiväkirja taas on etenkin pitkällä aikavälillä luotettava kivun esiintymisen kuvaamismuoto. Potilas voi kirjata päiväkirjaan päivittäin tai useammin kivun syntyyn ja luonteeseen liittyviä seikkoja sekä kivun lievittämiseksi käytettyjä hoitomuotoja. Kipupäiväkirjan varjopuoli on kuitenkin se, että sen kautta ihmisen keskittyminen voi liiaksi painottua kipuun ja sen arvioimiseen. (Hänninen 2012.)

#### 4.3 Kuka arvioi kipua?

Kivun arviointi, havainnointi ja kirjaaminen kuuluvat yhtä hyvin lähihoitajille kuin sairaanhoitajillekin. Lähihoitajat voivat havainnoida potilaan vointia silmämääräisesti ja esimerkiksi verenpainetta ja pulssia mitaten. Myös potilaan syömisen ja juomisen tarkkailu on tärkeää. edellä mainittujen seikkojen pohjalta voi lähihoitaja tehdä päätelmiä potilaan kivuliaisuudesta. Lähihoitaja voi osaltaan arvioida erilaisten kivunhoitomenetelmien tarvetta. Aina kysymys ei ole kipulääkkeen tarpeesta, vaan joskus voidaan käyttää myös vaihtoehtoisia kivunhoitomenetelmiä, joita ovat muun muassa kylmä- tai lämpöhoito, asentohoito, hieronta tai henkinen tuki. Tärkeää on myös havaintojen kirjaaminen. (Hänninen 2012.)

Sairaanhoitajalta vaaditaan kivun mekanismien, etiologian ja kivun hallintaan liittyvien seikkojen ymmärtämistä, jotta hän voi täyttää hänelle kuuluvan tehtävän potilaan kivun hoitoon nähden. Sairaanhoitajan keskeisenä tehtävänä on kivun tunnistaminen ja kivun sekä sen vaikutusten arviointi. Lisäksi potilaan tukeminen on myös sairaanhoitajan tehtävä. Kivunhoito on suuri kokonaisuus, johon kuuluvat potilaan kivuliaisuuden ja kivun sietokyvyn arvioiminen. Myös lääkärit osallistuvat hoidon tarpeen arviointiin ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin. (Hänninen 2012.)

Potilaan omaisilta tai muilta läheisiltä voidaan tarvittaessa kysyä potilaan kivuista. He tuntevat potilaan henkilökohtaisemmin, ja heillä voi olla näkemys potilaan normaalista kipukäytäytymisestä. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.) Oireiden arvioiminen on haastavaa. Potilaiden ja omaisten näkemykset oireista ja niiden vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun voivat olla ristiriidassa. Onkin havaittu, että toisinaan omaiset kykenevät arvioimaan potilaan oireita ja niiden kuormittavuutta paremmin kuin henkilökunta. Omaisilla on kuitenkin taipumus tarkastella oireita suppeammin, jolloin huomio kiinnittyy yleisimpiin ja näkyvimpiin oireisiin vaikeammin havaittavien tai määriteltävien oireiden jäädessä huomiotta. (Hänninen 2008.)

## 5 Saattohoitopotilaan kivun hoito

Saattohoitopotilaan kivunhoito on moniulotteista. Kyse on kokonaiskivun hoidosta, joka käsittää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kivun hoidon. Kipu siis koostuu fyysisten kokemusten lisäksi psyykkisestä tilasta. Kokonaiskipuun voi vaikuttaa viha, ahdistuneisuus

ja masennus. Vihaa voivat aiheuttaa esimerkiksi sairauteen ja sen hoitoon liittyvät negatiiviset kokemukset ja epäonnistuneet potilassuhteet. Masennusta voivat aiheuttaa fyysiset muutokset omassa kehossa, sosiaaliset muutokset sekä sairauden tuoma uupumus ja avuttomuuden tunne. Ahdistuneisuutta taas voivat aiheuttaa kuoleman, kivun ja hoitojen pelko, taloudelliset seikat ja hengellinen tai henkinen kipu. (Korhonen & Poukka 2013.)

Saattohoitopotilaan hoidossa akuutit tilanteet toisinaan määrittelevät oireiden ja kivunhoidon tarpeen. Tällaisia saattohoitopotilailla esiintyviä akuuttitilanteita ovat kallonsisäisen paineen nousu, selkäydinkompressio, pahanlaatuinen hyperkalsemia, virtsaumpi ja verivirtsaisuus. Lähes kaikki edellä mainitut tilanteet aiheuttavat potilaalle kipua ja muita oireita, joten ne vaativat välittömiä hoitotoimia. Tilanteiden hoitomuoto määräytyy potilaan tilan mukaan. Esimerkiksi kallonsisäisen paineen nousua voidaan kortisonin lisäksi hoitaa kokoaivosädehoiolla, joka lievittää oireita. Kuolemassa olevalle potilaalle sädehoitoa ei kuitenkaan enää suositella. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012)

Kivun hoito perustuu perusteelliseen arvioon ja hoito kokonaisuudessaan suunnitellaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Ammattilaisen vastuulla on tiedottaa potilasta erilaisten hoitovaihtoehtojen mahdollisista haitoista ja hyödyistä. Usein pitkäkestoisen kivun poistaminen kokonaan ei ole mahdollista. Kivunhoidon tavoitteena on kivun lievittäminen, toimintakyvyn parantaminen ja positiiviset vaikutukset potilaan elämänlaadussa. Tavoite ei siis aina ole poistaa kipua kokonaan, vaikka se olisikin suotavaa. On myös syytä muistaa, että kipua voidaan pyrkiä lievittämään hoitamalla oheisoireita (Kipu 2015.)

Monet oireet kuten pahoinvointi voivat aiheutua jostain erillisestä seikasta, joka sitten aiheuttaa oireen. Tällöin esimerkiksi pahoinvoinnin spesifinen hoito ei ole ainoa ratkaisu oireiden lievittämiseksi, vaan hoito tulisi valita oireeseen johtaneen syyn mukaisesti. Pahoinvointia voivat aiheuttaa muun muassa infektiot, kallonsisäisen paineen nousu, erilaiset vatsa- ja suolialueen ongelmat, erilaiset hoitomuodot ja lääkitykset sekä kipu. Tästä näkökulmasta asiaa tarkasteltaessa antibiootitkin ovat joissain tapauksissa potilaan hoidon kannalta tarpeellisia vielä saattohoitovaiheessakin. Pahoinvointia voidaan siis pyrkiä hoitamaan syyn mukaisella lääkityksellä ja joskus myös lääkemuutoksien tai lääkkeiden karsimisen avulla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Muun muassa saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan oireiden hoito mahdollistuu parhaiten, jos oireita hallitaan ennaltaehkäisevästi. Kasvaimen aiheuttamat kivut voivat pysyä hyvin hallinnassa pienilläkin kipulääkeannoksilla, mikäli kivunhoito on jatkuvaa eikä kipujen anneta yltyä sietämättömiksi. Myös muiden oireiden kohdalla ennakoiminen on tärkeää. Esimerkiksi solunsalpaajahoitojen aiheuttamaa pahoinvointia voidaan lievittää, mikäli tilanne ennakoidaan riittävän tehokkaasti. (Vainio & Kalso 2009, 506.)



Terveystieteiden ammattihenkilöt toteuttavat lääkehoidon aina lääkärin ohjeiden mukaan, koska lääkärin vastuualueeseen kuuluu lääkkeiden määrääminen ja potilaan lääkehoidon arvioiminen kokonaisuutena. Lääkehoitoon liittyvä ohjaus ja neuvonta suoritetaan moniammatillisesti esimerkiksi lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan yhteistyönä. Lääkkeitä määrätessään lääkärin tulee ottaa huomioon lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuudet, joka vaatii moniammatillista yhteistyötä. (Hänninen 2012.)

Yksinkertaistetusti kivunhoidon onnistumisen mahdollistaa kolme asiaa, jotka ovat tieto, taito ja tahtotila. Tahtotila on näistä kolmesta seikasta kaiken perusta, koska motivaatio potilaan kivun hoitoon saa aikaan sen, että hoitaja hankkii tarvittavan tiedon ja taidon. Lisäksi kysymys on kokemuksesta, joka karttuu kivuliaita potilaita hoitaessa. (Vainio & Kalso 2009, 505.)

### 5.1 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat aina potilaan hoidossa merkittävässä osassa ja niitä tulisi hyödyntää ensisijaisesti, jonka jälkeen hoitoihin vasta yhdistetään lääkkeelliset menetelmät (Kipu 2015). Lääkkeettömät kivunhoitomuodot ovat usein toimiva ratkaisu esimerkiksi erilaisten lihasten ja nivelvaivojen yhteydessä, eivätkä suoranaisesti vastaa välttämättä saattohoitopotilaan kivunhoitotarpeeseen (Mäntyselkä 2015). Perinteisiä lääkkeettömän kivunhoidon muotoja ovat esimerkiksi liikunta, terapeuttinen ohjaus ja fysikaaliset hoidot, joita ovat muun muassa kylmä- ja lämpöhoito. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010.)

Suun limakalvojen kuivuus voi aiheuttaa kipua, mutta siihen ei välttämättä tarvita lääkkeellistä apua, vaan säännöllinen suun kostutus ja hoito ovat paras hoitomuoto. Painehaavoista aiheutuvaa kipua taas voidaan hoitaa säännöllisellä asentohoidolla, puuduttavilla geeleillä tai antidecubituspatjalla. Joskus kipua voi aiheuttaa virtsaretentio tai ulosteen kertyminen peräsuoleen. (Korhonen & Poukka 2013.)

Psykososiaalinen tuki on merkittävä osa kivunhoitoa ollessaan oikea-aikaista ja riittävää (Vainio & Kalso 2009, 505). Moniammatillinen lähestymistapa on usein kivunhoidossa tärkeää. Joskus fysio- tai toimintaterapeutin antama ohjaus voi olla tarpeen ja potilasta hyödyttävää. Myös sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset ovat usein myös saattohoitopotilaille ajankohtaisia, jolloin näihin asioihin liittyvä ohjaus on potilaan kokonaisvaltaisen elämänlaadun kannalta merkittävää. (Kipu 2015.)

### 5.2 Lääkkeellinen kivunhoito

Saattohoitopotilailla käytettävät lääkkeet eivät juuri eroa muiden potilaiden lääkityksestä, mutta haasteeksi saattohoitopotilaiden kohdalla muodostuu elintoimintojen heikentyminen.

Lääkeainemetabolia on muuttunut ja potilaan kyky tuoda ilmi oireitaan on heikentynyt. Toisaalta saattohoitopotilaita lääkityksessä lääkkeiden pitkävaikutteisilla haittavaikutuksilla ei ole enää merkitystä, vaan lääkityksen tavoitteena on vain välittömän helpotuksen tuottaminen. Lääkkeestä potilaalle koituvan hyödyn on kuitenkin oltava suurempi kuin haittavaikutusten aiheuttaman haitan. (Poukka & Korhonen 2015, 259.) Oireita arvioitaessa ja hoidettaessa tulee ottaa huomioon potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Oireita hoidettaessa ja lääkitystä valittaessa tulee huomioida kokonaislääketaakan kasvu, koska potilaan oireiden lisäksi usein hoidetaan mahdollisia perussairauksia lääkkeellisesti. (Hänninen 2015c, 32.)

Lääkehoidossa keskitytään potilaan kivun, tuskaisuuden ja pahoinvoinnin lievittämiseen, ja muut lääkkeet pyritään lopettamaan niiden ollessa tarpeettomia tai jopa haitallisia (Poukka & Korhonen 2015, 259-260). Mikrobilääkkeet usein lopetetaan hyödyttömänä paitsi, jos kysymyksessä on oireinen virtsatieinfektio (Korhonen & Poukka 2013). Pitkäaikaisten lääkitysten lopettaminen voi olla potilaalle ja hänen omaisilleen vaikea päätös, koska muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin käytetyt lääkkeet ovat aikaisemmin olleet potilaalle elämää ylläpitävä hoitomuoto. Tässä tilanteessa potilaalle ja omaisille tulee selvittää ja perustella lääkemuutosten tarpeellisuus ja oireiden mukaisen hoidon merkitys. (Poukka & Korhonen 2015, 259-260.) Omaisten kanssa on syytä myös keskustella kipulääkityksestä, joita annetaan injektioina sekä tavanomaisista annoksista poikkeavasta annostelusta, jolloin voidaan välttyä turhilta hoitovirhe-epäilyiltä (Saattohoito 2015).

Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee varautua myös yllättäviin muutoksiin potilaan voinnissa niin kivuliaisuuden kuin muidenkin oireiden kuten ahdistuneisuuden, kouristelun tai pahoinvoinnin suhteen. Tämän vuoksi saattohoitopotilaalle määrätään tarvittaessa annettavat lääkkeet erilaisten oireiden hoitoon. Mikäli voidaan pitää mahdollisena potilaan menehtymistä johonkin äkilliseen tilanteeseen kuten verensyöksyyn, voidaan potilaalle määrätä niin sanottu katastrofilääkitys. Katastrofilääkitys koostuu riittävästä määrästä opioideja ja bentsodiatsepiinia potilaan sedatoimiseksi. (Poukka & Korhonen 2015, 260.)

### 5.2.1 Antoreitit

Lääkityksen antoreitti valitaan tilanteen mukaan. Suun kautta annettavia lääkkeitä suositetaan niin pitkään, kun potilas kykenee suun kautta lääkkeitä ottamaan muodossa tai toisessa. Tällöin voidaan välttyä turhalta kivun tuottamiselta pistämällä tai ylimääräisten letkujen ja laitteiden käytöltä. Lääkkeiden annosteluun vaikuttavat myös potilaan toivomukset, käytettävät lääkkeet ja hoitopaikan tekniset mahdollisuudet. (Poukka & Korhonen 2015, 260.)

Kun tablettien nieleminen ei potilaalta enää onnistu, vaikka hän olisikin tajuissaan, voidaan pitkävaikutteiset morfiini tai oksikodoni vaihtaa liuosmuotoisiin lyhytvaikutteisiin opioideihin säilyttäen kuitenkin vuorokausiannokset vastaavina. Tällöin lääke annostellaan neljän tunnin

välein. Jos potilaalla on käytössä esimerkiksi PEG-letku, voidaan raemuotoista pitkävaikutteista morfiinivalmistetta annostella veteen tai ruokaan sekoitettuna PEG-letkun kautta. (Korhonen & Poukka 2013.)

Mikäli nieleminen ei onnistu, ihonalainen annostelu on helppo ja tehokas hoitomuoto. Vaihtoehtoina kyseisessä hoitomuodossa on ihon alle annettavat ruiskeet tai ihonalainen lääkeannostelijat. Ihonalaiset ruiskeet ovat toimiva ratkaisu etenkin silloin, jos potilas on huonokuntoinen ja elinajanennuste on hyvin lyhyt. Tällöin potilasta voidaan lääkittää säännöllisesti neljän tunnin välein ja tarvittaessa antaa lisäannoksia. Ihonalaisella lääkkeiden annostelijalla voidaan potilaalle antaa koko vuorokauden kipulääkitys yhdistettynä pahoinvointilääkkeisiin ja anxiolyytteihin tarvittavine lisäannoksineen. Mikäli vaikutus tulee saada mahdollisimman nopeasti, varteen otettava antoreitti on laskimoon annettava infuusio, joka on usein mahdollista vain sairaalaolosuhteissa. (Poukka & Korhonen 2015, 260-262 ; Korhonen & Poukka 2013.)

Fentanyl, joka annostellaan transdermaalisesti eli laastarilla, on toimiva stabiilin kivun hoitomuoto. Lääkkeen vaikutus alkaa vähintään puolen vuorokauden viiveellä laastarin liimaamisesta ja vaikutus jatkuu yhtä kauan laastarin poiston jälkeen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Fentanyylipitoisuus veren plasmassa voi nousta jopa 24 tuntiin asti laastarin liimamisesta, minkä jälkeen vasta voidaan arvioida luotettavasti laastarin teho. Tämän vuoksi laastaria ei koskaan käytetä akuutin kivun hoidossa. Laastarihoitoa ei suositella aloitettavaksi myöskään niille potilaille, joiden reaktiota pitkävaikutteisille opioideille ei tunneta. (Kalso 2009a.)

Transdermaalista opioidilääkitystä vaihdettaessa suun kautta tai ihon alle annosteltaviin opioideihin tulee muistaa, että etenkin kakektisilla potilailla lääkkeen imeytyminen ihon läpi on voinut olla oletettua heikompaa. Lääkeaineen imeytymiseen vaikuttaa myös kehon lämpötila; plasman fentanyylipitoisuus voi nousta 30%, mikäli ihon lämpötila nousee 40 asteeseen. (Kalso 2009a) Tästä syystä antoreittiä muutettaessa opioidin anto kannattaa aloittaa 30-50 % pienemmällä annoksella kuin transdermaalisesti on elimistöön oletettu imeytyvän. Koska niin sanotun laastarilääkityksen annoksen määrittäminen on hankalaa ja voi viedä pitkiäkin aikoja, transdermaalisesta kipulääkityksen aloittaminen viimeisinä elinpäivinä ei usein ole tarkoituksen mukaista. (Korhonen & Poukka 2013.)

### 5.2.2 Kipulääkkeet

Parasetamoli on myös saattohoitopotilailla käytetty peruslääke lievään kipuun, jonka tilalla voi vaihtoehtoisesti käyttää perinteisiä tulehduskipulääkkeitä yksilölliset haittavaikutukset ja vasta-aiheet huomioiden. Parasetamolien vaikuttavuus vahvojen opioidien kanssa käytettynä ei ole tutkitusti merkittävä. Osa potilaista voi kuitenkin kokea parasetamolilla olevan kipua lie-

vittävä vaikutus vahvojen kipulääkkeiden ohella käytettynä, jolloin niiden käyttäminen säännöllisesti tai tarvittaessa on perusteltua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Luustokipujen lievittämiseen tulehduskipulääkkeet ovat usein parhaiten vaikuttava ratkaisu (Korhonen & Poukka 2013).

Opioidit ovat tehokkaita etenkin syöpäkipujen hoidossa mutta myös muissa pitkäaikaisissa kiputiloissa ja neuropaattisten kipujen hoidossa. Opioidi annos titrataan aina potilaskohtaisesti ja lääkitys aloitetaan vähitellen suurentamalla annoksia vastetta seuraten. Annosta voidaan nostaa tarpeen mukaan esimerkiksi 30% kerrallaan. Etenkin ikääntyneiden potilaiden kohdalla titraaminen tulee aloittaa varovasti. Toisinaan opioidien rinnakkaiskäyttö voi olla aiheellista, mutta päätös vaatii kivun hoitoon perehtyneen lääkärin konsultaation. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Opioidien vaikutukset ovat seikka, jota omaiset ja potilaat saattavat pelätä (Vainio & Kalso 2009, 505).

Opioideja käytetään myös läpilyöntikivun hoidossa. Tällöin kysymys on lyhytvaikutteisista opioideista. Kipulääkkeen valintaan vaikuttaa kivun luonne. Morfiini, -oksikodoni- ja hydromorfiinivalmisteet alkavat vaikuttamaan hitaammin kuin fentanyylivalmisteet, mutta niiden vaikutuksen kesto on huomattavasti pidempi. Säännöllisesti annosteltavan opioidin ja tarvittaessa annettavan kipulääkkeen suhdetta ei ole tutkimuksellisesti osoitettu, mutta kokemusten mukaan läpilyöntikipulääkeannoksen suuruus on korkeintaan kahdeksasosa säännöllisestä opioidin vuorokausiannoksesta. Spinaalisia opioidejen avulla voidaan yrittää saavuttaa helpotus syöpäpotilaille, joiden kivut eivät lieydy muiden keinojen avulla. Vaikeissa tapauksissa on syytä myös kokeilla opioidin vaihtoa. Joissain tilanteissa muun muassa metadonihoitoon siirtyminen voi helpottaa potilaan oireita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Potilaan tilan kokonaisvaltaisella hahmottamisella voidaan ehkäistä myös tilanne, jolloin potilasta lääkitään liiallisella määrällä opioideja, koska potilaan oletetaan olevan kivulias. Todelisuudessa potilas voi kärsiä esimerkiksi psykososiaalisesta ahdistuksesta. Näin syntyy kierre, jolloin potilas mahdollisesti tulee kärsimään liiallisen opioidiannoksen aiheuttamasta neurotoksisuudesta, jota kenties jälleen hoidetaan kivun tavoin opioideilla. (Hänninen 2008.)

### 5.3 Kivun hoidon oikea-aikaisuus

Valvira on todennut vuonna 2012, että saattohoitopotilaiden kivunhoidossa on ilmennyt puutteita. Valvira oli saanut kanteen muun muassa Alzheimerin tautia sairastaneen vanhuksen omaiselta, joka koski kyseisen potilaan puutteellista kivunlievitystä. Kyseessä oli tapaus, jossa potilaan kivuliaisuuden lisääntymistä oli seurattu ja kirjattu muutaman viikon ajan, kunnes potilaan kivuliaisuus muuttui hyvin voimakkaaksi. Vielä tällöinkin osastonhoitaja oli antanut ohjeen seurata tilannetta seuraavaan päivään. Kyseisen päivän aikana potilaan kipuja hoidet-

tiin parasetamolilla ja diatsepaamia annettiin potilaan olon rauhoittamiseksi. Omaisen vaatimuksesta illan aikana potilaalle saatiin morfiiniluvat. Potilasta lääkittiin yön aikana morfiinilla, ja hän kuoli seuraavana aamuna. (Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito on puutteellista 2012.)

Valvira on saanut useita valituksia juuri kipulääkityksen riittämättömyydestä. Joissain tapauksissa ilmiö voi johtua siitä, että potilaan tila on huonontunut nopeassa tahdissa, jolloin riittävää lääkitystä ja annosta ei ole määrätty. Hoitajien keskuudessa on myös esiintynyt välinpitämättömyyttä kivuista informoimisessa lääkäreille. Hoitajat eivät ole riittävän aktiivisesti soitaneet esimerkiksi päivystävälle lääkärille, vaikka ovat huomanneet potilaan kipujen pahentuneen. Myöskään sekä hoitajien että lääkäreiden epäasialliset kommentit potilaille ja heidän omaisilleen kipuja koskevissa asioissa eivät ole olleet tavattomia. (Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito on puutteellista 2012.)

Aina kipujen poistaminen kokonaan ei ole edes mahdollista ja joskus oikean kipulääkkeen löytäminen ja annoksen titraaminen voi viedä aikaa. Kivut voivat myös pahentua ajan kuluessa, ja hoidot voivat menettää tehoaan. Tästä johtuen kipujen seuraaminen on tärkeää, mutta se ei yksin riitä. Hoitolinjoja on myös muutettava tarpeen mukaan. Saattohoitovaiheessa on ensiarvoisen tärkeää, että muutoksiin kiinnitetään huomiota mahdollisimman viiveettömästi. Esimerkiksi kipujen lisääntymisen seuraaminen ilman lääkärin konsultoimista estää kivunhoidon oikea-aikaisen toteutumisen. (Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito on puutteellista 2012.)

## 6 Tutkimuksen tausta, tarkoitus ja tavoitteet

Saattohoitopotilaan kivunhoitoa koskevan opinnäytetyön tarve tuli ilmi, kun otin 26.1.2016 puhelimitse yhteyttä Nurmijärven terveyskeskussairaalan osastojen 1 ja 3 osastonhoitaja Pirjo Karppiseen. Tiedustelin minkälainen aiheen rajaus vastaisi heidän tarpeitaan, mutta osastonhoitaja antoi minulle niin sanotusti vapaat kädet aiheen rajaukseen nähden. Aiheen rajauduttua esittelin alustavan suunnitelmaan ja aikataulun sähköpostitse Karppiselle. Hän oli aiheeseen erittäin tyytyväinen. Yhteistyösopimuksen allekirjoitti Pirjo Karppisen pyynnöstä Tarja Sainio, koska hän tulee toimittamaan aikanaan pyynnön johtoryhmälle. Sopimuksen allekirjoitimme postitse 22.2.-24.2.2016 välisenä aikana. (Liite 2.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten kyseisessä yksikössä saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja kivun hoidon aloitus sekä kivun hoidon vaatimat muutokset toteutuvat. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on hoitajien huomion kiinnittäminen laadukkaaseen kivun arvioimiseen ja kivunhoidon aloittamiseen oikea-aikaisuuteen.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaiseksi hoitajat kokevat kivun arvioimisen ja siihen käytettävät erilaiset menetelmät?
2. Kuinka saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arviointi yksikössä toteutuu?
3. Kuinka saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun hoidon aloitus ja tarvittavat lääke-muutokset toteutuvat?

## 7 Tutkimuksen toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessi alkoi 11.1.2016 aloitusluennolla, jonka jälkeen ryhdyin työstämään aiheen valintaa ja kartoittamaan mahdollisia työelämän yhteistyökumppaneita. Saattohoito aiheena valikoitui melko nopeasti ja muutamaan paikkaan kyseistä aihetta tarjottuani Nurmijärven terveyskeskus oli kiinnostunut lähtemään projektiin mukaan. Opinnäytetyöprosessin aikana olen osallistunut ONT-ohjaustilaisuuksiin kevään 2016 aikana kolme kertaa ja syksyllä ohjaus on tapahtunut satunnaisissa tapaamisissa ja sähköpostitse ohjaavan opettajan kanssa. Tämän lisäksi olen osallistunut kolmeen kirjoittamisen työpajaan ja kahteen tiedonhankinnan pajaan. Teoreettinen viitekehys valmistui toukokuun lopussa, allekirjoitin tutkimuslupahakemuksen 9.6.2016 ja lähetin tutkimussuunnitelmani tutkimusluvan saamista varten Pirjo Karpiselle. 29.6 Pirjo Karppinen ilmoitti minulle sähköpostitse, että minulle oli Nurmijärvellä myönnetty tutkimuslupa. Tutkimuslupahakemus on kuitenkin allekirjoitettu vasta 12.9.2016. Tutkimuslupa myönnettiin terveystalveluiden tulosalue kokouksessa.

Opinnäytetyö toteutettiin vastaamaan Nurmijärven terveyskeskussairaalan tarpeita. Tutkimuksen tiedonantajina toimi Nurmijärven terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunnasta valikoitunut joukko hoitajia. Alun perin kyselyyn vastaajien ammattinimikettä ei ollut tarkasti rajattu, koska kivun arviointiin osallistuvat yhtä hyvin sairaanhoitajat kuin lähi- ja perushoitajatkin. Lomakkeiden osastolle viennin yhteydessä ilmeni, että työelämän edustaja toivoo haastatteluun vastaajien olevan sairaanhoitajia. Kyselyn rakenteen ja tutkimuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta tällä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden rajauksella ei ollut merkitystä, joten työelämän edustajalle annettiin vapaus ohjeistaa osaston henkilökuntaa omien toiveidensa mukaan. Materiaalin noutamisen yhteydessä osastonhoitaja arveli, että yksi tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli ollut ammattinimikkeeltään lähihoitaja. Tämä vastauslomake analysoitiin, kuten kaikki muut lomakkeet, koska sitä ei voitu luotettavasti erottaa muista lomakkeista.

Tutkimus toteutettiin käytännössä avoimiin kysymyksiin perustuvalla kyselylomakkeella. Lomakkeita lähetettiin hoitoyksikköön 20 kappaletta. Tavoitteen oli saada 15 vastaajaa. Lomakkeita lähetettiin yksikköön ylimääräisiä kappaleita, koska oli oletettavaa, että osa lomakkeista syystä tai toisesta katoaa täyttämättöminä aineiston keruun aikana. Kysely tavoitti 10 vastaajaa. Alun perin aineiston keruujankoa oli suunniteltu elo-syyskuun vaihteeseen eli viikoille 35 tai 36. Ajankohta oli valittu sillä perusteella, että kesälomakausi oli loppunut ja

mahdollisimman paljon vastaajia oli paikan päällä kyseisellä viikolla. Ajankohta muuttui osastonhoitajan poissaolosta johtuen, ja aineiston keruu sijoittui viikoille 36-37. Lomakkeet toimitettiin osaston asiantuntijasairaanhoitaja Pirita Pehkoselle 30.8.2016. Tällöin Pehkonen sitoutui huolehtimaan, että lomakkeet ja vastauslaatikko on viikon molemmilla Nurmijärven terveyskeskussairaalan osastoilla.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin henkilökohtaisesti tarkistetun kyselyn mukaisesti, koska henkilökohtaisesti annettu informaatio ennakoivasti ei ollut kyseisessä ympäristössä tarkoituksenmukaista. Lomakkeiden alussa on lyhyt saatekirje, jonka lisäksi osastonhoitaja ja asiantuntijahoitaja informoivat työntekijöitä kyselystä. Sen sijaan kyselyt haettiin henkilökohtaisesti paikan päältä 19.9.2016. Tässä yhteydessä todettiin, että vastausten lukumäärä riittää vastaamaan tutkimuksen tarpeita. Aineiston käsitteleminen aloitettiin 26.9. Analysoinnin loppuvaiheessa 9.11.2016 pidin osastotunnin tutkimukseen osallistuneiden Nurmijärven terveyskeskussairaalan osastoille. Esityksessä kuvasin tutkimuksen tulokset pääpiirteissään. Tämän lisäksi olin valikoinut teoreettisesta viitekehystä esiteltäväksi aihealueita, jotka tutkimustulosten perusteella koin hyödyllisiksi tuoda esiin. Opinnäytetyön julkaisuseminaari on joulukuun 2016 alussa.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan olen ollut tarpeen mukaan sähköpostitse yhteydessä osastojen osastonhoitajaan Pirjo Karppiseen sekä satunnaisesti muutamiin muihin henkilöihin osastonhoitajan poissa ollessa. Yhteistyö työelämän edustajan kanssa oli miellyttävää ja pääsääntöisesti viiveetöntä. Kaiken kaikkiaan yhteistyö on ollut saumatonta, eikä tutkimuksen tavoitteet tai aikataulu ole herättänyt ristiriitoja. Minun näkemykseni mukaan toiminnassa on valinnut keskinäinen luottamus.

## 7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen kyselytutkimus. Laadullinen tutkimusmenetelmä oli tässä tapauksessa paras vaihtoehto, koska tarkoitus oli kartoittaa hoitajien kokemuksia ja toimintatapoja sekä näkemyksiä erilaisten toimintatapojen merkityksestä heille hoitajina. Lisäksi aihe on melko henkilökohtainen, koska se on jokaisen hoitohenkilökuntaan kuuluvan omantunnon asia, kuinka hän todellisuudessa työtänsä tekee. Kivunhoidon onnistumisen merkittävä tukipilari on Vainion ja Kalson (2009, 505.) mukaan kokemuksen lisäksi tahtotila, joka saa hoitajan hankkimaan tarvittavat tiedot ja taidot, jotta hän voi hoitaa potilaitaan mahdollisimman hyvin. Laadulliselle tutkimukselle tunnusomaista onkin juuri henkilökohtaisuus ja eettiset arvot. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-20.)

Tutkimukseen osallistujien valinnassa on laadullisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteiden mukaan otettu huomioon tarkoituksen mukaisuus, joka tässä yhteydessä tarkoittaa Nurmijär-

ven terveyskeskussairaalan osastonhoitajan näkemystä tutkimuksen tarpeesta (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Laadullisessa menetelmässä tutkimukseen osallistujia on usein vähän, johon tutkijain aineiston analysoinnin työläisyydestä. Toisaalta liian laaja aineisto voi hankaloittaa merkittävästi analysointia ja oleellisten asioiden hahmottamista. (Sadelowski 1995, Kylmä & Juvakka 2007, 27 mukaan.)

Kyselyt ovat yleensä kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimuksien tiedon keruumuoto, mutta sitä voidaan tarvittaessa käyttää myös laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen toteutusmuotona. Usein laadullisella tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan tutkimusmuotoa, jossa tutkimukseen osallistuvat ovat läheisessä yhteydessä tutkimuksen toteuttajan kanssa, mutta näin ei kuitenkaan aina ole. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 189.)

Kyselymuotoisella tutkimuksella kuten kaikilla muillakin menetelmillä on omat valo- ja varjopuolensa. Kyselytutkimuksella on mahdollista kerätä jonkin verran laajempi tutkimusaineisto kuin haastattelemalla etenkin kvantitatiivisista tutkimuksista puhuttaessa. Kysely on menetelmänä myös tehokas ja aikaa sekä vaivannäköä säästävä. Tutkimuksen onnistuminen tietysti vaatii lomakkeen suunnittelulta ja rakentamiselta huolellisuutta. (Hirsijärvi ym. 2007, 190.) Jokainen kysymys tulee ehdottomasti olla selkeästi olemassa olevaan viitekehykseen pohjautuva (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75).

Toisaalta kyselymuotoisia tutkimuksia pidetään jossain määrin pinnallisina, koska vastaajien suhtautuminen tutkimukseen ei ole tunnistettavissa ja vastaukset eivät välttämättä ole huolellisesti ja rehellisesti laadittuja. Toisaalta kyselytutkimuksien varjopuoleksi on nähty se, että kyselyyn vastaajat eivät välttämättä ole selvillä siitä aihealueesta, jota kysely koskee. Tässä tapauksessa tämä seikka ei kuitenkaan ole laskettavissa ongelmaksi, koska kyseisessä ympäristössä kaikki, jotka kyselyyn vastaavat ovat vähintään teoriassa joutuneet varautumaan saattohoitopotilaan hoitoon, joten heillä kaikilla on asiasta myös jokin henkilökohtainen näkemys. Myös kato eli kyselyihin vastaamattomuus voi kehittyä ongelmaksi tutkimuksen onnistumisen kannalta. (Hirsijärvi ym. 2007, 190.) Tähän seikkaan varauduttiin pidentämällä tarvittaessa vastausaikaa.

Kyselyn muotoja ovat posti- ja verkkokyselyt ja kontrolloitu kysely. Tässä opinnäytetyössä käytetään kontrolloitua muotoa, joka jakaantuu edelleen informoituun ja henkilökohtaisesti tarkistettuun kyselyyn. Informoidussa kyselyssä tutkija vie henkilökohtaisesti lomakkeet kohdejoukalle, kertoo kyselystä ja vastaa tarvittaessa kysymyksiin. Vastaajat vastaavat kyselyyn omalla ajalla ja palauttavat lomakkeet sovittuna ajankohtana sovittuun paikkaan. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija sen sijaan lähettää kyselyt esimerkiksi postitse ja hakee ne sovittuun aikataulun mukaisesti henkilökohtaisesti paikan päältä. (Hirsijärvi ym. 2007, 191-192.)



## 7.2 Tutkimuksen analysointi

Aineiston analysointi aloitetaan tarkistamalla lomakkeet, jonka johdosta arvioidaan, ovatko kaikki lomakkeet tutkimuksen kannalta käyttökelpoisia. Peruste lomakkeen hylkäämiseen voi olla esimerkiksi se, että tiedonantaja ei ole vastannut asian mukaisesti kysymyksiin. Joskus aineiston keruun jälkeen joudutaan suorittamaan tietojen täydentäminen, jolloin voidaan kyse-lylomakkeiden kattavuutta pyrkiä lisäämään. Tämän jälkeen tehdään aineiston järjestäminen, joka on kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä melko työlästä. (Hirsijärvi ym. 2007. 216-217.) Tässä opinnäytetyössä lomakkeiden tarkastaminen tehtiin heti aineiston käsittelemisen aloittamisen yhteydessä. Kaikki vastauslomakkeet osoittautuivat käyttökelpoisiksi, koska vaikutti siltä, että kysymyksiin oli vastattu asianmukaisesti. Osa tutkimukseen osallistuneista ei ollut vastannut kaikkiin kysymyksiin, mutta yksikään lomake ei ollut niin vaillinaisesti täydennetty, että sen hylkääminen olisi ollut perusteltua tai tutkimuksen lopputuloksen kannalta tarpeellista.

Aineiston kirjoittaminen puhtaaksi sana sanalta on litteroimista. Menetelmä on käytössä usein juuri kvalitatiivisissa tutkimusmenetelmissä. Litteroinnin tarkkuuteen ei ole olemassa mitään yksiselitteistä ohjetta, vaan siihen vaikuttaa aineiston analysointimenetelmä. Litteroinnin tarkkuus vaihtelee siten, että joskus litteroidaan koko saatu aineisto ja joskus vain osa siitä. Analysointi aloitetaan mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. (Hirsijärvi ym. 2007. 217-218.) Tässä opinnäytetyössä ei litteroinnista voitu katsoa olevan hyötyä, koska kysymys on lomakemuotoisesta kyselystä ja vastaukset ovat valmiiksi kirjallisessa muodossa.

Sisällönanalyysi on perinteinen analysointimenetelmä, jota voidaan käyttää kaiken tyyppisissä laadullisissa tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa ongelmaksi saattaa muodostua tutkijan kannalta informaation runsaus ja rajaaminen. Aineistosta voi käydä ilmi mielenkiintoisia seikkoja, joita ei varsinaisesti ole alun perin ollut tarkoitus tutkia. Nämä asiat on rajattava tutkimuksen analysoinnin ulkopuolelle, koska tutkimuksessa ei voida analysoida asioita, joita ei ole kysytty. Täten analysointi rajataan tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelman mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91.)

Sisällönanalyysi voidaan prosessina jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Analysointia aloitettaessa ensimmäiseksi aineistosta pyritään poimimaan seikat, jotka ovat tutkimuksen kannalta oleellisia. Tätä kautta voidaan aineistosta poimia niin sanottuja merkitysyksiköitä tai merkityksellisiä ilmauksia. Kysymys on alkuperäisilmaisista, jotka ovat pelkistämisen eli koodauksen perusta. Näitä alkuperäisiä ilmauksia voidaan käyttää tutkimusraportissa esimerkkeinä ja tehtyjen päätelmien perusteena. (Kylmä & Juvakka 2007, 116-117.)

Pelkistuksen jälkeen pelkistetyt ilmaukset kootaan, ja niitä vertaillaan etsien samankaltaisia ilmauksia. Samankaltaiset ilmaukset voidaan sitten ryhmitellä luokittain. Luokat nimetään ryhmittelyn jälkeen niin, että otsikko kattaa kaikki sen alla olevat sanat. Luokitusta voidaan jatkaa siten, että luokille muodostetaan yläluokkia. Jo pelkistämävaiheen ja ryhmittelyn ohella tehdään abstrahointia eli käsitteellistämistä. Abstrahoinnilla erotetaan tutkimuksen kannalta olennaiset asiat ja alkuperäisistä aineistossa käytetyistä käsitteistä edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Tuloksissa sitten kuvataan luokittelujen perusteella muodostuneet käsitteet ja johtopäätökset. (Kylmä & Juvakka 2007, 118-119; Tuomi & Sarajärvi 2013, 111-113.)

Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi aloitettiin silmäilemällä lomakkeet ja tarkastamalla vastausten käyttökelpoisuus. Jo tässä vaiheessa oli havaittavissa, että saadussa aineistossa oli todella vähän informaatiota, joka ei olisi ollut tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellistä. Aineiston käsitteleminen aloitettiin poimimalla vastauksista tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto. Lomakkeet käsiteltiin vaiheittain kysymys kerrallaan. Vastauksista poimitut ilmaukset kirjattiin alkuperäisessä muodossaan niin, että kaikkien vastaajien vastaukset yhdistettiin ja ryhmiteltiin lomakkeen kysymysten mukaisesti. Tämän jälkeen ilmaukset pelkistettiin. Alkuperäiset ilmaukset ja pelkistykset koottiin taulukoksi (Liite 4.)

Luokitteluvaiheessa selvisi se, kuinka paljon informaatiota olin kyselyn kautta saanut. Tutkimukseen osallistuneet olivat vastanneet kysymyksiin varsin monipuolisesti ja kattavasti. Yrittäessäni luokitella vastauksia vain ylä- ja alaluokkiin alaluokkia muodostui yläluokkien alle todella paljon ja luokittelu vaikutti todella vaikeasti hallittavalta ja monimutkaiselta. Tästä syystä luokittelusta päätettiin tehdä kolmeportainen, jolloin luokat ovat pääluokka, yläluokka ja alaluokka. Täten luokitukselta muodostui selkeämpi ja sen analysoiminen ymmärrettäväsi helpottui. Näin luokittelun tuloksena muodostui kolme pääluokkaa, joiden alla on sitten 2-3 pääluokkaa. Pääluokkien alla on pääsääntöisesti 2-4 alaluokkaa.

### 7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on kysymys siitä, että pyritään kartoittamaan sitä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksen kautta on saatu aikaan. Luotettavuuden arviointi kuuluu tutkimusprosessiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida joko laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereiden tai laadullisen tutkimuksen menetelmien luotettavuuskriteereiden mukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuuden arviointiin ei kuitenkaan ole olemassa yhtä selkeää ja yhtenäistä tapaa kuin esimerkiksi määrällisten tutkimusten kohdalla. Laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuuden tarkastelun kaksi pääteemaa ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo tutkimusmenetelmän kyvystä mitata juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata. Lisäksi voidaan arvi-

oida onko tutkimuksessa tutkittu juuri sitä ilmiötä tai asiaa, jota alun perin oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti taas kertoo menetelmän kyvystä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia sekä tutkimuksen toistettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuutta voidaan arvioida monella tavalla, mutta yksi vaihtoehto on keskustella tutkimukseen osallistuvien kanssa tuloksista, joka tässä opinnäytetyössä toteutetaan osastotunnin muodossa keskustelun ja palautteen annon yhteydessä. Vahvistettavuus toteutuu, mikäli tutkimuksen tekijä kirjaa tutkimuksen tekemistä niin tarkasti, että toinen tutkija voi suorittaa prosessin pääpiirteissään samalla tavalla kirjausten mukaisesti. Tutkimuspäiväkirja näyttelee suurta roolia tämän luotettavuutta rakentavan tekijän toteutumisessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.)

Siirrettävyys mahdollistuu, kun tutkimuksen tekijä kuvaa riittävän kattavasti tutkimukseen osallistuneet henkilöt ja ympäristön, jossa tutkimus suoritetaan, jolloin lukijan on mahdollista pohtia tulosten siirrettävyyttä johonkin vastaavaan tilanteeseen. Refleksiivisyys taas perustuu tutkimuksen tekijän tietoisuuteen henkilökohtaisista lähtökohdista tutkimukseen nähden. Tutkijan on myös arvioitava näiden lähtökohtien vaikutusta tutkimusprosessiin kokonaisuutena. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

#### 7.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden kannalta merkittäviä käsitteitä ovat muun muassa itsemääräämisyys ja rehellisyys. Eettisen näkökulman mukaan tutkimuksesta tulee olla hyötyä jollekin ryhmälle, jotta sen tutkimuksen toteuttaminen on eettisen tarkastelun kestävä. Tutkimuksia ei siis ole oikein tehdä vain tutkimisen ilosta. Tutkimuksesta koituvan hyödyn tulee lisäksi olla haittaa suurempi. (Kylmä & Juvakka 2007, 137-143)

Jo tutkimusta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon käytännöt joiden mukaan tutkimuksen eri vaiheissa tulee toimia. Kaikki käytännöt eivät vaadi suunnitteluvaiheessa konkreettisia tekoja, mutta niihin tulee tutustua jo suunnitteluvaiheessa, jotta niiden mukaan voidaan toimia tutkimuksen edetessä. Huomioon otettavia asioita ovat esimerkiksi se, että tutkimuksen kaikissa vaiheissa toiminnan tulee olla rehellistä sekä huolellista ja tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät tulee olla eettisesti arvostelun kestäviä. Tässä vaiheessa on myös hyvä muistaa asianmukaisten lähdemerkintöjen ja viittausten merkitys ja tärkeys. Tutkimuksia tehtäessä tutkijoiden tulee myös hankkia tarvittavia lupia ja ennakoarviointeja. (Tutkimus-tieteellinen neuvottelukunta 2015.)

Ennen tutkimuksen aloittamista esimerkiksi haastattelu- tai kyselymuotoisena tulee tutkimukseen osallistuvilta saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tämä tarkoittaa sitä, että

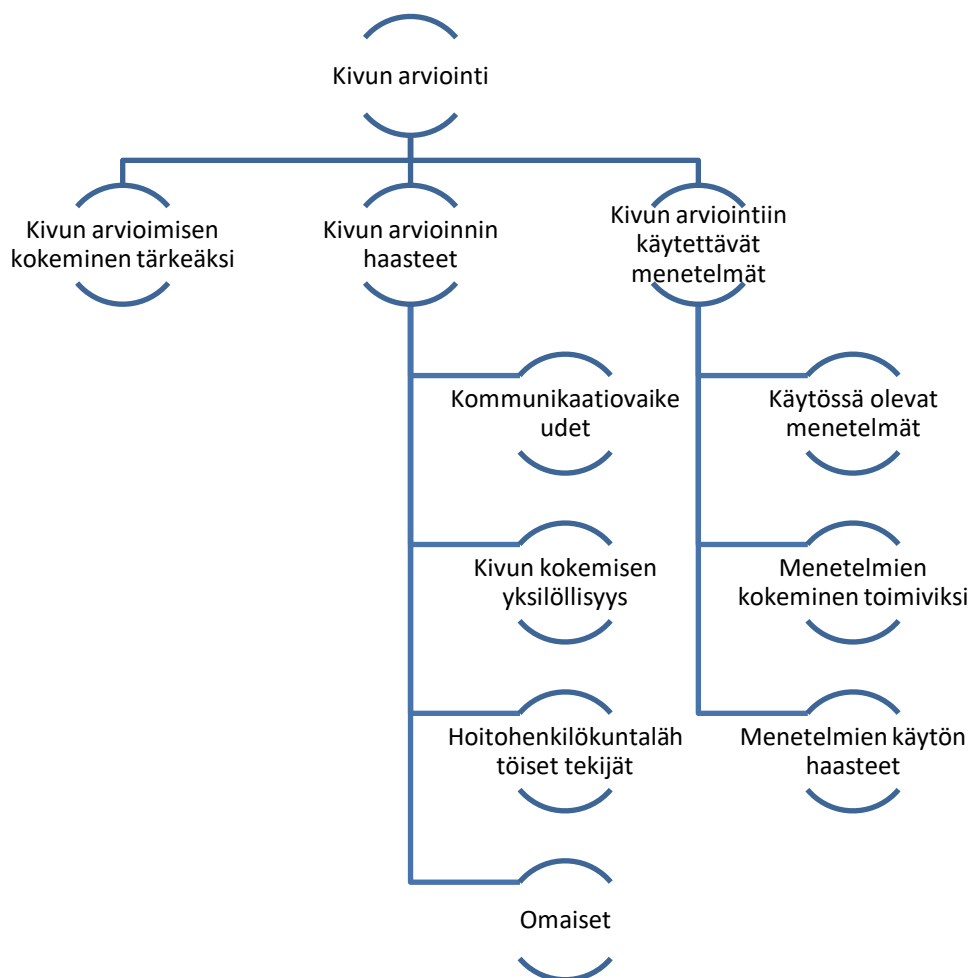
tutkittaville kerrotaan kaikki oleellinen tutkimuksesta ja sen kulusta. Suostumuksen annettuun tutkimukseen osallistuva osallistuu tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimukseen osallistuvan informoimisella voidaan myös lisätä tutkimuksen luotettavuutta esimerkiksi tiedon asianmukaiseen käsittelyyn nähden. (Tutkittavien informointi 2015.)

## 8 Tulokset

Luokittelussa pääluokiksi muodostuivat kivun arviointi, saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioinnin toteutumien ja kivun hoidon oikea-aikainen toteutuminen. Nämä luokat jaettiin yläluokiksi ja edelleen alaluokiksi. Luokittelu tehtiin kolmeportaiseksi, koska tutkimukseen osallistuneiden kattavien vastausten tähden se selkeytti analysointia ja antoi mahdollisuuden jakaa asiakokonaisuudet ymmärrettävämmiin. Pääluokat ovat tutkimuskysymysten mukaiset.

### 8.1 Kivun arviointi

Kivunarviointi-pääluokka sisältää yläluokat kivun arvioimisen kokeminen tärkeäksi, kivun arvioinnin haasteet ja kivun arviointiin käytettävät menetelmät. Kivun arvioinnin haasteet -yläluokan alla on edelleen kolme alaluokkaa: kommunikaatiovaikeudet, kivun kokemisen yksilöllisyys, hoitohenkilökuntalähtöiset tekijät ja omaiset. Myös kivun arviointiin käytettävien menetelmien alla on kolme alaluokkaa: käytössä olevat menetelmät, menetelmien kokeminen toimiviksi ja menetelmien käytön haasteet.



Taulukko 1: Kivun arviointi

### 8.1.1 Kivun arvioimisen kokeminen tärkeäksi

Kivun arvioimisen kokemiseen tärkeäksi liittyy ajatuksia siitä, että kivun arvioiminen on osa kivun hoitoa. Vastajat mielsivät kivun arvioimisen pääsääntöisesti todella tärkeäksi ja sen koettiin olevan sairaanhoitajan velvollisuuden. Lisäksi vastauksissa tuli ilmi, että hoitajat kokevat kivun arvioimisen olevan potilaan hoidon ja kivun hoidon onnistumisen kannalta välttämätöntä. Kaiken kaikkiaan yksikössä kivun arviointi on päässyt hoitajien silmissä muodostumaan yhdeksi kivun hoidon peruspilareista.

”Äärettömän tärkeäksi. Ei voi hoitaa kipua ilman; että sitä arvio.”

”Kivun arvioiminen kuuluu jokaisen sh:n työnkuvaan joka vuorossa ja jokaisen potilaan kohdalla, kun häntä hoidetaan.”

”tärkein osa hoitoa”

### 8.1.2 Kivun arvioinnin haasteet

Kivun arvioinnin haasteiksi osoittautuivat potilaan ja hoitajan väliseen kommunikaatioon liittyvät ongelmat. Tähän liittyen muun muassa sekavuus, dementia ja tajunnan tason aleneminen koettiin haasteiksi kipua arvioitaessa. Potilaan tilasta tai perussairauksista johtuvien kommunikaatiovaikeuksien lisäksi esille nousi kielimuuri, joka luonnollisesti tämän päivän Suomessa on huomioitava haaste myös kivun arvioinnin kannalta.

”Kommunikaatiovaikeudet (tajunnantaso? Kielimuuri? muut kielellisen ilmauksen ongelmat)”

”Tajuttoman pot. arvioiminen”

Lisäksi haasteeksi koettiin kivun kokemisen yksilöllisyys. Esille nousivat kipukynnyksen yksilöllisyys ja potilaiden epätodenmukainen arvio omasta kivustaan. Potilaan oma arviota kivustaan ei siis koettu ainoastaan kivun arvioimista helpottavaksi tekijäksi. Potilaan oma kipujen aliarvioiminen nousi tutkimukseen osallistuneiden vastauksissa haasteeksi. Esille ei missään muodossa noussut saattohoitopotilaan kipukokemuksien liioittelu omaisten tai saattohoitopotilaan itsensä aloitteesta. Vastauksista oli nähtävissä enemmän huoli siitä, että potilaat eivät ilmaise kipujaan riittävän selkeästi ja toisaalta hoitajilla ei ole riittävästi osaamista kivun tulkintaan. Myös kivun sekoittumien hengenahdistukseen koettiin haasteeksi.

”jokainen kokee kivun erilailla.”

”potilaan mieltymykset/suhtautuminen kipulääkkeisiin (toiset eivät välttämättä halua kipulääkettä vaikka kipuja olisi, peittää kivut)”

Kivun arviointiin liittyvistä haasteista kysyttäessä tuli esiin potilaslähtöisten haasteiden lisäksi hoitohenkilökunnan toimintavoista johtuvia ja hoitohenkilökunnan yhteistyöhön liittyviä seikkoja, jotka vaikuttavat potilaan kivun arvioimiseen. Esille nousi hoitajien välinen kommunikointi, kiire ja hoitajien osaaminen. Haasteeksi koettiin se, että potilaita hoidettiin useamman hoitajan yhteistyönä, joka liittyy siihen, että toisella hoitajalla ei ole potilaan lääkelistaa vastaavia lääkelupia. Tällöin siis vastuu kivun arvioimisesta, kivun hoidon toteutuksesta ja hoidon vasteen arvioimisesta jakaantuu, jolloin kokonaiskäsityksen hahmottuminen vaikeutuu.

”Kivun arviointi voi olla hankalaa jos joku muu hoilaa potilasta, niin itsellä ei niin kokonaisvaltaista näkemystä kivuista”

Kiire koettiin haasteeksi sitä kautta, että kivun arvioimiseen ei vastaajien mukaan ole riittävästi aikaa. Tämä osoittautui ongelmaksi etenkin kommunikoimattoman potilaan kohdalla.

”Kiire, ei pysty olla jatkuvasti potilaan vierellä, varsinkin silloin, kun potilas ei enää kommunikoii”

Kivun arviointiin liittyvän osaamisen merkitys tuli ilmi toisaalta siinä, että vastaajat olivat nimenneet oikea-aikaisen kivun lievityksen turvaaviksi tekijöiksi koulutuksen ja juuri kivun arviointiin liittyvät koulutukset. Tämän lisäksi kivun arvioimisen haasteeksi oli koettu ”hoitajan osaaminen/ymmärtäminen”. Hoitajien kivun arviointiin liittyvä osaaminen tulee vielä selkeämmin esiin kivun arviointiin käytettävien menetelmien käytössä.

Omaisten osallistuminen ja vaikutus kivun arvioimiseen osoittautui monisäikeiseksi asiaksi. Omaisten osallistuminen kivun arvioimiseen koettiin toisaalta kivun luotettavaa arvioimista edistäväksi tekijäksi, mutta vastaavasti omaisten suhtautumista potilaan kivun hoitoon tuntuivat varjostavan lääkitykseen liittyvät ennakoasenteet. Omaiset siis voivat olla joko voimavara tai haaste kivun arvioimisesta ja kivun hoidosta puhuttaessa. Eräs tutkimukseen osallistuneista hoitajista nimesi yhden kivun arvioinnin haasteen seuraavasti: ”omaiset (erilaisia mielipiteitä kipulääkkeistä)”.

### 8.1.3 Kivun arvioimiseen käytettävät menetelmät

Jo vastausten silmäily vaiheessa kävi ilmi, että osastolla ei vastausten perusteella käytetä muita kehiteltyjä arviointimenetelmiä kuin VAS-asteikkoa. Kyseenalaista on, käytetäänkö osastolla todellisuudessa VAS asteikkoa vai NRS kipuasteikkoa, koska osa vastaajista kertoi käyttävänsä VAS-asteikkoa, mutta kokivat haasteeksi sen, että potilaan voi olla vaikeaa arvioida kipua numeerisesti. Muissakin tilanteissa nämä kaksi menetelmää ovat tuntuneet menevän sekaisin. Lisäksi vastaajat kokivat saattohoitovaiheessa olevan potilaan kohdalla potilaan tarkkailemisen tärkeämmäksi kuin erilaisten menetelmien käyttämisen. Tästä johtuen vastaajat intoutuivat kivun arviointimenetelmistä kysyttäessä kertomaan erilaisista potilaan tarkkailuun liittyvistä seikoista. Potilaan tarkkailemisessa etenkin ilmeiden ja eleiden tarkkaileminen nousivat suureen roolin vitaalielintoimintojen, kuten pulssin ja verenpaineen, seuraamisen lisäksi.

VAS-kipuasteikko jakoi tutkimuksen perusteella mielipiteitä. Osa koki asteikon toimivaksi, mutta vastauksissa tuli ilmi monia tilanteita, joissa käytössä olevat menetelmät eivät ole käyttökelpoisia. Kivun arviointimenetelmien käyttökokemuksista kysyttäessä tuli hyvin selkeästi ilmi se, kuinka kapeasti erilaisia menetelmiä tunnetaan. Esiin nousi monia ongelmatilanteita, joissa VAS-kipumittari tai numeerinen arvio potilaan kivusta ei ole mahdollinen, minkä

vuoksi kivun arviointimenetelmät koettiin monissa tilanteissa käyttökelvottomiksi. Esiin ei kuitenkaan noussut vaihtoehtoisten mittareiden käyttö.

”VAS toimii”

”hyväksi, välillä vaan kivun asteikko hankala ymmärtää”

”Potilaiden usein vaikea arvioida itse kipu numeerisesti”

Kivun arviointimenetelmien käytön haasteiksi koettiin mittareiden vaikeakäyttöisyys potilaan näkökulmasta. Hoitajat kokivat, että potilaiden oli vaikeaa ymmärtää asteikkoja. Toisaalta esiin nousi myös se, että syystä tai toisesta osa hoitajista ei halua käyttää kehiteltyjä mittareita kivun arvioimisen tukena, ja potilaan kokonaisvaltainen tarkkaileminen koettiin riittäväksi keinoksi arvioida potilaan kipua. Haaste, jota vastaajat eivät itse tunnistanee, on erilaisten menetelmien hyvin suppea tuntemus, mikä tuli ilmi menetelmiin liittyvien haasteiden kohdalla, koska esiin tulleita haasteita olisi mahdollisesti voitu ratkoa vaihtoehtoisten menetelmien käytöllä.

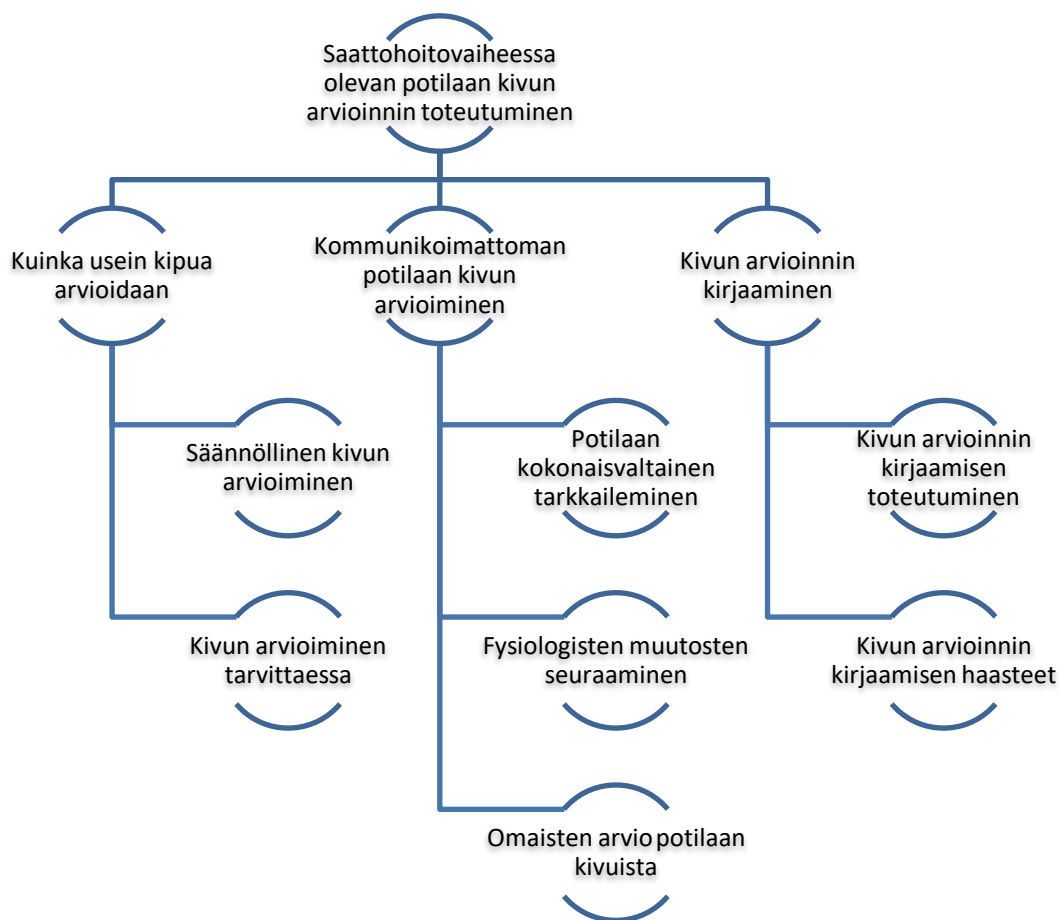
”Huonoksi, ei välttämättä toimi akuuttisyksikössä.”

”En ole juurikaan käyttänyt.”

## 8.2 Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioinnin toteutuminen

Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioinnin toteutuminen -pääluokan alla on kolme yläluokkaa: kuinka usein kipua arvioidaan, kommunikoimattoman potilaan kivun arvioiminen ja kivun arvioinnin kirjaaminen. Kuinka kipua arvioidaan -yläluokan alla on edelleen kaksi alaluokkaa, jotka ovat säännöllinen kivun arvioiminen ja kivun arvioiminen tarvittaessa. Kommunikoimattoman potilaan kivun arvioimisen alla on alaluokat: potilaan kokonaisvaltainen tarkkaileminen, fysiologisten muutosten seuraaminen ja omaisten arvio potilaan kivusta. Kivun arvioinnin kirjaamisen alle taas muodostui kaksi alaluokkaa: kivun arvioinnin kirjaamisen toteutuminen ja kivun arvioinnin kirjaamisen haasteet.





Taulukko 2: Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioimisen toteutuminen

### 8.2.1 Kuinka usein kipua arvioidaan

Saatujen vastausten mukaan osastolla saattohoitopotilaan kipua arvioidaan säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Monet vastaajista kertoivat arvioivansa kipua aina, kun he käyvät potilaan luona. Vastauksista oli selvästi havaittavissa, että saattohoitopotilaan kipua arvioidaan osastolla varsin tunnollisesti. Tässä yhteydessä tuli esiin myös omaisten läsnäolon vaikutus potilaan kivun arvioinnin useuteen.

Niiden vastausten pohjalta, joissa tutkimukseen osallistuneet olivat arvioineet kivun arvioimisen useutta joko työvuoron aikana tapahtuneiden arviointikertojen tai arviointikertojen välisen tuntien mukaan, hoitajat arvioivat saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipua vähintään muutaman tunnin välein.

”Parin tunnin välein”

”itse arvioin 1-2 h välein, tarvittaessa useammin”

Vastauksista ilmeni, että kipua arvioidaan osastolla rutiinin omaisesti säännöllisellä syklillä, mutta arviointia tihennetään tarpeen mukaan. Lisäksi vastauksissa käytettiin suurpiirteisiä ilmauksia kuten ”usein” tai ”koko ajan” kuvailemaan sitä, kuinka usein saattohoitopotilaan kipua osastolla arvioidaan, ja näihin ilmauksiin usein liittyi se, että kipua arvioidaan aina, kun potilaan luona käydään. Jos potilaan kipua kerrottiin arvioitavan tarvittaessa useammin, liittyi siihen potilaan omaiset ja potilaan tila.

”Potilaan kipua arvioidaan aina kun potilaan luona käydään/ potilasta nähdään. Myös omaiset ovat apuna potilaan kivun arvioimisessa.”

”Saattohoitopotilaan luona käydään erittäin usein (oma hoitajuus) joten Kipua arvioidaan todella useasti työvuorossa.”

”Aikaväli vaihtelee potilaan voinnin ja omien toivomustenkin mukaan.”

### 8.2.2 Kommunikoimattoman potilaan kivun arvioiminen

Kommunikoimattoman potilaan kivun arvioiminen koettiin haasteeksi, mutta kuitenkin tutkimukseen osallistuneilla vaikutti olevan hyvin monenlaisia keinoja juuri kommunikoimattoman potilaan kivun arvioimiseksi. Kommunikoimattoman potilaan kivun arvioinnissa suureen rooliin nousivat potilaan tarkkaileminen ja fysiologisten muutosten seuranta sekä omaisten arvio potilaan kivuista. Suurempaan osaan potilaan tarkkailussa kohosi potilaan kokonaisvaltaisen voinnin tarkkaileminen kuin erilaisten fysiologisten mittauksien suorittaminen ja seuraaminen.

Potilaan tarkkailemisessa merkityksellisiksi koettiin kasvojen ilmeiden seuraaminen, ihon tarkkaileminen, potilaan käyttäytymisen ja levottomuuden huomioiminen, potilaan ääntely ja hoitotoimenpiteisiin reagoiminen. Lisäksi esiin nousi kipureaktioiden kokeileminen rystysten avulla rintakehältä tai kynnestä. Tämä menetelmä siis esiteltiin kommunikoimattoman potilaan kivun arviointiin käytettäväksi menetelmäksi, mikä vaikuttaa huolestuttavalta, koska se ei missään nimessä ole kivun arviointimenetelmä edes kommunikoimattoman potilaan kohdalla. Kipurektioita kokeilemalla sen sijaan on tarkoitus kartoittaa potilaan tajunnan tasoa. Myös potilaan kokonaisvaltainen tarkkaileminen oli muodossa ja toisessa käytetty käsite kommunikoimattoman potilaan kivun arvioinnista kerrottaessa.

”kasvojen ilmeet, rypyt”

”Seurataan: ilmeet, eleet, äännähdykset, liikkeet, hengitys Kokonaisvaltainen tarkkaileminen”

”Katsomalla kasvoja, ilmeitä, silmiä... Kokeilemalla kipureagtioita esim. rystysil painaen rintakehää tai kynttä.”

”Miten reagoi hoidettaessa, kääntöihin, irvistääkö, onko levottomuutta.”

Fysiologisista muutoksista kommunikoimattoman potilaan kivun arvioimisessa huomioitiin verenpaineen, sykkeen ja hengitysfrekvenssin seuraaminen. Lisäksi potilaan ihon tarkkailemiseen liittyivät kalpeuden, hikisyyden, kylmänhikisyyden ja punoituksen seuraaminen. Tutkimukseen osallistuneet mainitsivat, että pulssin ja verenpaineen seuraamisessa huomioidaan juuri kohonneet arvot, jotka olivat joissain tapauksissa osoitettu ylöspäin suunnatulla nuolella. Hengitysfrekvenssin muutoksen suunnasta ei ollut mainintoja. Kaikissa vastauksissa fysiologisten muutoksien lisäksi hoitajat kertoivat tarkkailevansa potilasta myös muilla keinolla.

”Levottomuus, kalpeus/punoytus, RR $\uparrow$ , kasvojen ilmeet”

Kommunikoimattoman potilaan kivun arvioimisesta kysyttäessä tuli esiin omaisten rooli kivun arvioimisessa. Tässä yhteydessä käytettiin ilmaisua: ”omaisten kertoma”.

### 8.2.3 Kivun arvioinnin kirjaaminen

Potilaan kivun arvioinnin kirjaamisen toteutumisesta yksikössä oli varsin monenlaisia käsityksiä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että kirjaamiskäytännöt ovat kunnossa ja kivun arviointiin liittyvä kirjaaminen on toimivaa. Toiset taas olivat sitä mieltä, että kirjaaminen toteutuu huonosti ja perustelivat käsityksensä erilaisilla ongelmakohdilla, joita kirjaamiseen liittyy. Sitten oli joukko niitä vastaajia, jotka kokivat kirjaamisen onnistuvan kohtalisen hyvin.

”Saattohoitopotilaan kohdalla erittäin hyvin.”

”Hieman ontuen”

”huonosti. vaikka pot saa kipulääkkeen, unohdetaan kirjata onko vastetta Lisäksi usein lukee kivulias, ei ole kirjattu mistä, myöskään ei anneta kipulääkettä”

Tutkimukseen osallistuneet olivat nimenneet kiitettävästi kirjaamisen haasteita, jotka aiheuttavat sen, ettei kirjaamien heidän mielestään toteudu yksikössä niin hyvin kuin olisi toivottavaa. Vastaajat olivat tunnistaneeet kirjaamisessa ongelmakohtia, joita ovat esimerkiksi potilaan kivun puutteellinen kuvaileminen ja kivun lievityksen vasteen kirjaaminen. Lisäksi ongelmaksi koettiin se, ettei yhteisössä ole yhtenäistä linjaa kivun arvioinnin ja kivun hoidon kirjaamiseen.

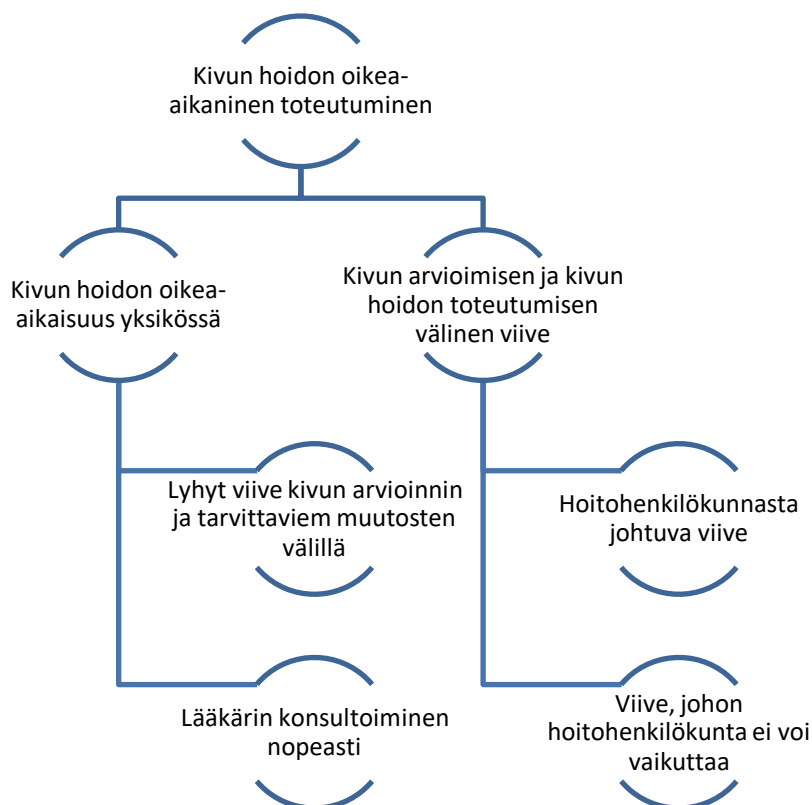
”vaste kipulääkitykseen jää joskus kirjaamatta”

”Kipua voisi kuvailla tarkemmin mielestäni kirjaamisessa, mutta hyvin muuten mielestäni toteutuu”

”Periaatteessa ´välineet´ pot. papereihin merkitsemiseen näkyvästi ovat olemassa mutta yhtenäistä linjaa ei ole. Joskus esim. lääkemerkinä ´hukkuu´ kirjoituksen sekaan.”

### 8.3 Kivun hoidon oikea-aikainen toteutuminen

Kolmas pääluokka on kivun hoidon oikea-aikainen toteutuminen. Tämän luokan alla on kaksi yläluokkaa, jotka ovat kivun hoidon oikea-aikaisuus yksikössä ja kivun arvioimisen ja kivun hoidon toteutumisen välinen viive. Kivun hoidon oikea-aikaisuus yksikössä -yläluokan alla on edelleen kaksi alaluokkaa: lyhyt viive kivun arvioimisen ja tarvittavien muutosten välillä ja lääkärin konsultointi nopeasti. Myös kivun arvioimisen ja kivun hoidon toteutumisen väliin viiveeseen liittyvän yläluokan alla on kaksi alaluokkaa, jotka ovat hoitohenkilökunnasta johtuva viive ja viive, johon henkilökunta ei voi vaikuttaa.



Taulukko 3: Kivun hoidon oikea-aikainen toteutuminen

### 8.3.1 Kivun hoidon oikea-aikaisuus yksikössä

Vastauksien perusteella saattohoitopotilaiden kohdalla oikea-aikainen kivun hoito koetaan tärkeäksi ja kivun arvioinnin ja kivun hoidon toteutumisen välinen aika on melko lyhyt. Toisissa vastauksissa annettiin ymmärtää, että kivun arvioinnin ja kivun hoidon välillä ei ole viivettä lainkaan. Toisissa vastauksissa taas kerrottiin sen olevan niin lyhyen kuin mahdollista. Vastauksista oli aistittavissa, että hoitajat ottavat saattohoitopotilaan kivun hoidon tosissaan ja haluavat toteuttaa sen ripeästi, vaikka he nimesivätkin monia ongelmakohtia liittyen kivun arvioinnin ja kivun hoidon toteutumiseen väliseen viiveeseen.

”Viive on melko lyhyt.”

”Koen, että meidän hoitoyksikössä saattohoitopotilailla huolehditaan todella hyvin kipulääkityksestä ja toteutetaan ripeästi kivun arvioinnin ja lääkemuutoksen jälkeen”

”Palliativisilla potilailla viivettä ei ole.”

Kivun arvioinnin ja kivun hoidon yhteydestä kysyttäessä esiin nousi myös se, kuinka nopeasti osastolla työskentelevät hoitajat konsultoivat lääkäriä, jotta tarvittavat lääkemuutokset voidaan toteuttaa. Tässä yhteydessä vastaajat antoivat ymmärtää, että osastolla konsultoidaan varsin pikaisesti lääkäriä, mikäli lääkemuutoksen tarve havaitaan. Esiin nousi kuitenkin myös se, että aktiivisuuteen konsultoida lääkäriä vaikuttaa se, onko sairaanhoitaja vakituisesti osastolla työskentelevä ja hoitajan väsymystila, jolloin lääkärin konsultoiminen voi unohtua.

”Jos työvuorossa on osaton vakituinen sh, niin kyllä hän yleensä osaa hyvin pyytää lääkäriltä tarvittavaa kipulääkettä / lääkkeen annosnostoa!”

”Konsultoimme herkästi lääkäriä”

”Riippuu omasta väsymystilasta, joskus jää jopa huomaamatta sanoa lääkärille että tarvittavat lääkelistalle.”

### 8.3.2 Kivun arvioimisen ja kivun hoidon toteutumisen välinen viive

Oikea-aikaista kivun hoidon toteutumista ja kivun arvioinnin ja kivun hoidon toteutumisen välistä viivettä pohtiessaan vastaajat nostivat pinnalle monia haasteita ja syitä siihen, miksi kivun hoito viivästyy. Nämä seikat, jotka viivyttävät kivun hoidon toteutumista voitiin jakaa melko luontevasti kahteen ryhmään viivytystä aiheuttavien tekijöiden mukaan. Toinen ryhmä muodostuu tekijöistä, joihin hoitohenkilökunta voi edes jossain määrin vaikuttaa ja toinen ryhmä taas tekijöistä, joihin ei voida vaikuttaa.

Hoitajien toimintatavat ja hoitohenkilökunnan yhteistyö nousivat vastausten perusteella melko keskeisiksi kivun hoidon toteutumista viivyttäviksi tekijöiksi. Yhteistyössä nousi nimetyinä esiin etenkin hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö, joka koettiin haasteeksi. Tässä yhteydessä nousi esiin myös lääkäreiden ja hoitajien keskinäinen luottamus, jonka olemassaolon koettiin parantavan lääkehoidon oikea-aikaista toteutumista. Vastauksista oli havaittavissa, että yhteistyö lääkäreiden ja etenkin päivystävien lääkäreiden kanssa ei ole osastolla mutkatonta ja luottamus syystä tai toisesta etenkin päivystävien lääkäreiden ammattitaitoon on vaillinaista.

”Päivystävältä lääkäriltä vaikea saada kunnon kipulääkettä.”

Lisäksi kehitysehdotuksista kysyttäessä vastauksena oli: ”yhteistyö ja luottamus lääkärin ja hoitajien välillä.”. Tämä siis antaa ymmärtää, että ainakin jossain määrin luottamus ja yhteistyö ovat puutteellisia mahdollisesti puolin ja toisin.

Vastausten perusteella myös hoitajien toiminta ja hoitajien välinen yhteistyö aiheuttavat haasteita kivun hoidon oikea-aikaiselle toteutumiselle ja viivyttävät kivun hoidon toteutumista. Osittain hoitajien toimintaan voivat vaikuttaa asenteet, mutta myös työn kuormittavuus ja työssä jaksaminen, koska esiin nousi hoitajien väsymys. Myös hoitajien asenteisiin vaikuttanee väsymystilat, koska luonnollisesti lääkehoidon toteutumisen viiveeseen vaikuttavat asenteet ovat pääosin negatiivisia. Vastauksissa esiintyi muun muassa seuraavia ilmauksia: ”Väsymystilat.”, ”informaatio katkos” ja ”valitettavasti myös välinpitämättömyyttä esiintyy”.

Lääkelistan ajantasaisuus koettiin oikea-aikaisen kivun hoidon edellytykseksi ja toisaalta lääkelistan puutteellisuus kipulääkityksen osalta kivun hoitoa viivyttäväksi tekijäksi. Lääkelistaan liittyvä problematiikka on oikeastaan hoitajien toiminnan ja moniammatillisen yhteistyön toimimattomuuden seurausta ainakin tutkimukseen osallistuneiden vastausten perusteella. Kysymys on siitä, että syystä tai toisesta kipulääkkeiden ja niihin liittyvien tarvittavien muutosten saaminen lääkelistalle vie aikaa. Toisaalta vastauksissa peräänkuulutettiin riittävän aikaisin tehtyjä lääkehoitosuunnitelmia ja lääkelistan saattamista ajan tasalle heti potilaan tullessa osastolle. Lääkelistaan liittyen sekä säännöllisten että tarvittavien kipulääkkeiden löytyminen lääkelistalta koettiin tärkeäksi.

”Palliativiselle pot. jo etukäteen suunniteltu hyvä kivunlievitys”

”Lääkitys ajantasalle heti osastolle tullessa, sekä lista- että tarvittavat lääkkeet.”

Hoitohenkilökunnan tieto-aidon merkitys tuli esiin monessa yhteydessä kivun hoidon toteuttamisen viiveeseen liittyen. Tämä osoittautui monisäikeiseksi seikaksi, johon vaikuttaa useat tekijät. Hoitajien tieto-taitoa ja sen puutteellisuutta ei oikeastaan voida sijoittaa täydellisesti kumpaankaan alaluokkaan eli ei voida katsoa kysymyksessä oleva tekijä, johon hoitajat voisivat kokonaisvaltaisesti vaikuttaa, mutta kuitenkin hoitajien omalla aktiivisuudella on osuutensa tieto-aidon kartuttamiseen. Vastauksissa esiintyi haasteena hoitajien ja lääkäreiden osaamattomuus ja kokemattomuus, ja toisaalta kehitysehdotuksina kaivattiin lisää koulutusta. Hoitohenkilökunnan riittävä kouluttaminen on organisaation tehtävä, vaikka jokaisen hoitajan yksilönä tulisikin huolehtia oman ammattitaitonsa säilyttämisestä ja kartuttamisesta. Kouluttaminen ja kouluttautuminen ovat siis ongelmia sekä organisaatio että yksilö tasolla.

”OSAAMATTOMUUS, koskee sekä hoitajia että lääkäreitä”

”Riittävä, usein toistuva koulutus tai, että osastotunnilla puhuttaisiin asioista. Kerrottaisiin kipulääkityksestä, ei voi olettaa että kaikki tietää esim. uusista lääkkeistä.”

Potilaslähtöiset tekijät, vuorokauden aika ja hoitoyksikön resurssit nimettiin haasteiksi, jotka aiheuttavat viivettä kivun hoidon toteutumiselle, ja joihin hoitohenkilökunta ei juurikaan voi vaikuttaa. Tässäkin yhteydessä nousi esiin potilaiden lääkekielteisyys, joka koettiin ongelmaksi. Potilailla lienee ennakoasenteita kipulääkitystä kohtaan, koska vastausten perusteella he voivat kokonaan kieltäytyä lääkemuutoksista tai peittelevät ja vähättelevät kipujaan.

”Potilas joko totaalisesti kieltäytyy kipulääkkeen (mo-pumppu) aloituksesta tai vähättelee kipuja.”

Vuorokauden ajoista lääkemuutoksia viivyttäväksi koettiin ilta ja yö, mistä kertoi myös haasteet liittyen päivystävien lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan yhteistyöhön. Lääkemuutosten toteutuminen ilta- ja yöaikaan on vastausten mukaan hitaampaa kuin virka-aikaan.

”Tämäkin (viiveen aiheuttaja) riippuu tilanteesta ja jopa vuorokauden ajasta”

”Jos lääkitykseen on ensin saatava määräys voi mennä tovi ennen lääkityksen aloittamista esim. ilta, yö.”

Rajallisista resursseista aiheutuva kivun hoidon toteutumisen viive ilmeni tutkimukseen osallistuneiden vastausten perusteella hoitajien vähäisenä määränä työvuoroa ja potilaita kohden. Lisäksi se, että hoitajat kaipasivat useammin toistuvia koulutuksia kipulääkitykseen ja kivun tulkintaan, on varmasti osittain resurssikysymys. Henkilöresursseihin viitaten ilmi tuli ehdotuksia siihen suuntaan, että sairaanhoitajien määrää työvuorossa tulisi lisätä tai perus- ja lähihoitajille tulisi järjestää koulutuksia, jotka laajentaisivat heidän oikeuksiaan lääkähoidon toteuttamiseen.

”osastolla kiire, liian vähän työvoimaa tai sairaanhoitajia, jotka toteuttavat edun mukaisen muutoksen”

”Kipu-koulutukset. Jotkut lääkkeet ovat vain sh:n annettavia, joko työpaikkakoulutukset lähihoitajille tai enemmän kuin 4 sh/työvuoro.”

## 9 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyö tarkoituksena oli kuvata, kuinka saattohoitopotilaan kivun arvioiminen, kivun hoidon aloitus ja kivun hoidon vaatimat muutokset toteutuvat Nurmijärven terveyskeskussairaalan osastoilla. Tämän lisäksi tavoitteena oli hoitajien huomioin kiinnittäminen laadukkaasti kivun arvioimisen ja kivun hoidon aloittamisen oikea-aikaisuuteen. Näiden tavoitteiden pohjalta luotiin tutkimuskysymykset, joita oli kolme: Minkälaiseksi hoitajat kokevat kivun



arvioimisen ja siihen käytettävät erilaiset menetelmät? Kuinka saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arviointi yksikössä toteutuu? Kuinka saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun hoidon aloitus ja tarvittavat lääkemutokset toteutuvat?

Tutkimuksen kautta kävi ilmi, että kyseisessä yksikössä kivun arvioinnin merkitys osana saattohoitopotilaan kivun hoitoa on oivallettu. Tämän kivun arvioinnin ja toisaalta myös lääkkeen vasteen arvioimisen tärkeys on ymmärretty ja kaikista haasteista huolimatta tähän arviointiin käytettävää aikaa arvostetaan. Koen positiiviseksi asiaksi senkin, että tutkimukseen osallistuneet nimesivät niin kattavasti haasteita, joita saattohoitopotilaan kivun arviointiin liittyvät, koska olemassa olevien ongelmien tiedostaminen ja tunnustaminen on ensimmäinen askel kohti toimintatapojen muutosta. Asioiden vakava pohtiminen, jota vastaajat selvästi tekivät, kertoo asian kokemisesta tärkeäksi. Merkittävimmiä haasteiksi vastaajat nimesivät muun muassa kommunikaatiovaikeudet, kivun kokemisen yksilöllisyyden, hoitohenkilökunnan toimintatavat ja omaiset. Lisäksi kivun arviointiin liittyen kävi ilmi, että kivun arviointiin kehitettyjä menetelmiä ja apuvälineitä tunnetaan hyvin kapea-alaisesti, mikä mielestäni kertoo koulutustarpeesta.

Tutkimukseen osallistuneessa yksikössä kipua arvioidaan säännöllisesti ja potilaiden tarpeet huomioon ottaen arviointitiheyttä lisätään. Tässäkin yhteydessä hoitajien vastuuntuntoisuus saattohoitopotilaan kivunarvioimisessa tulee hyvin selkeästi ilmi, mikä edelleen vahvistaa käsitystä siitä, että kivun arvioinnin merkitys on hoitajien tiedossa. Koska tutkimus koski saattohoitopotilaan kivun hoitoa, kommunikoimattoman potilaan kivun arviointi nostettiin ja se nousi vastauksissa esiin. Kommunikoimattoman potilaan kivun arviointi koettiin haasteeksi, mutta kuitenkin hoitajilla oli hyvin laajasti erilaisia juuri kommunikoimattoman potilaan kivun arviointitapoja käytössä. Haaste oli siis tunnistettu, ja siihen oli onnistuttu reagoimaan. Kivun arviointiin liittyvä kirjaaminen jakoi hyvin selkeästi mielipiteitä. Osa tutkimukseen osallistuneista tunnisti kirjaamiseen liittyvät haasteet, osa taas ei. Kirjaamisen kohdallakin on mielestäni hyvin tärkeää ongelmakohtien tunnistaminen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjaamiskäytännöt ovat joltain osin hiukan ontuvat ja selkeitä yhtenäisiä linjoja ei ole tai niitä ei noudateta.

Tämän tutkimuksen pohjalta muodostui käsitys, että hoitajilla on pyrkimys toteuttaa saattohoitopotilaan kivun hoito mahdollisimman viiveettömästi ja asia otetaan ehdottoman vakavasti. Tässä yhteydessä esiin nousi varsin vahvasti lääkitykseen liittyvät muutokset ja moniammatillinen yhteistyö. Tutkimukseen osallistuneiden pohdintojen perusteella muodostui käsitys, että pääsääntöisesti kivun hoito ja tarvittavat lääkemutokset toteutetaan nopeasti ja lääkäriä konsultoidaan herkästi. Kuitenkin myös haasteita on. Vaikka yksikössä on aito pyrkimys saattohoitopotilaan nopeasti toteutettavaan kivun hoitoon lääkemutoksineen, tutkimuk-

seen osallistuneet nimesivät useita viivytystä aiheuttavia tekijöitä. Selvästi suurimmat haasteet juontavat juurensa henkilöstöresursseista, moniammatillisesta yhteistyöstä ja hoitajien työssäjaksamisesta, koska esiin nousivat esimerkiksi päivystysaikaan liittyvät haasteet, kiire, unohdukset ja informaatiokatkokset. Lisäksi lääkehoidon toteutumista viivyttäväksi tekijöiksi koettiin muun muassa potilaiden lääkekielteisyys.

Saattohoitovaiheessa hoito muuttuu esimerkiksi Hännisen (2015a) ja Pihlaisen (2010) mukaan entistä potilaslähtöisemmäksi ja elämänlaatukselliseksi. Tämä ajattelutapa tulee ilmi myös tämän opinnäytetyön kautta saaduista tutkimustuloksista. Tämä tulee näkyviin sekä kivun arvioinnissa että kivun hoidon oikea-aikaisessa toteuttamisessa. Tutkimukseen osallistuneet antoivat ymmärtää, että yksikössä saattohoitopotilaan hoito toteutetaan pääsääntöisesti niin hyvin kuin se suinkin on mahdollista. Tutkimustuloksista kokonaisuudessaan huokuu asian kokeminen tärkeäksi ja halu hoitaa saattohoitopotilaita mahdollisimman hyvin.

Tutkimukseen osallistuneet toivat ilmi monia haasteita kivun arviointiin liittyen, jotka osittain vastaavat käyttämässäni lähteissä esiin tuotuja mahdollisia haasteita. Hänninen (2015d, 2015a) toteaa saattohoitopotilaan kognitiivisten kykyjen heikentymisen sekä kipukokemuksen yksilöllisyyden vaikuttavan potilaan kivun arvioimiseen. Samassa yhteydessä Hänninen teroittaa psykologisten seikkojen vaikutusta potilaan kipukokemukseen. Myös Korhonen & Poukka (2013) kuvailivat saattohoitopotilaan kivun hoitoa moniulotteiseksi, koska kipukokemukseen vaikuttaa erilaiset tunnetilat ja elämäntilanne. Nämä psykologiset ja elämäntilanteeseen liittyvät kipuun vaikuttavat tekijät eivät juurikaan tulleet esiin tässä tutkimuksessa. Vastauksissa oli kyllä mainittu kivun kokemisen ja kipukynnyksen yksilöllisyys, mutta niihin johtaneita syitä ei ollut tarkennettu.

Teoreettisessa viitekehyksessä olin esitellyt melko laajasti erilaisia kivun arviointiin käytettäviä mittareita (Kipu 2015; Hänninen 2012; Kalso & Kontinen 2009; Kalso 2009b). Tutkimus kuitenkin osoitti, että tutkimukseen osallistuneessa yksikössä VAS tai NRS ovat ainoat käytössä olevat kivun arviointiin käytettävät apuvälineet. Näihin menetelmiin liittyneet kommentit lisäksi toivat ilmi sen, että menetelmiä tunnetaan todella vähän, koska vastaajat kokivat haasteeksi muun muassa numeerisen asteikon hahmottamisen, joka lähteiden mukaan on otettu huomioon muun muassa kasvokuvamittarin kehittämisessä. Toisaalta lähteessä Kipu (2015) täsmennettiin, että erilaiset mittarit ovat vain apuvälineitä ja niitä voidaan käyttää potilaan kokonaisvaltaisen tarkkailun tukena, ja tämä potilaan kokonaisvaltaisen tarkkaileminen tuntui olevan tutkimukseen osallistuneilla varsin aktiivista.

Pudas-Tähkä & Kangasmäki (2010) ja Hänninen (2008) toteavat omaiset potilaan kivun arvioimista edistäväksi tekijäksi, koska he tuntevat potilaan henkilökohtaisemmin ja voivat täten

tarkemmin tunnistaa potilaan käyttäytymisestä mahdollisen kivuliaisuuden. Tässä tutkimuksessa omaisten rooli kivun arvioimisessa näyttötyi erilaisessa valossa. Omaisten osallistumista kivun arviointiin ei koettu ainoastaan voimavaraksi, koska esimerkiksi omaisten mielipiteet käytettävistä lääkkeistä muokkaavat heidän arviotaan potilaan kivuista. Tämän lisäksi tutkimuksessa tuli esiin myös saman linjaisia näkemyksiä kuin lähteissäni.

Vainio (2009c) toteaa, että kipua aiheuttaa kipukäyttäytymisen, johon kuuluu muun muassa ilmeet, ääntely, kivun sanallinen kuvailu, asennot ja liikkeet. Tutkimuksessa vastaajat nimesivät lähes täsmälleen samoja kivun arviointitapoja etenkin kommunikoiduttoman potilaan kivun arviointiin liittyen. Hänninen (2015a) täsmentääkin näiden olevan sanallista kuvailua lukuun ottamatta juuri kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneiden potilaiden kivun arviointikeinoja. Lisäksi Hänninen korostaa hoitajan tekemän havainnoinnin merkitystä kivun arvioinnissa, mikä nousi myös tässä tutkimuksessa todella suureen rooliin. Kuolevan potilaan oireiden hoito (2012) - lähteessä kivun arvioinnin tärkeäksi osaksi mainittiin läpilyöntikipujen esiintyvyys. Tämä asia ei tullut tutkimuksessa missään muodossa esiin, vaikka se on todella informatiivinen tieto kipulääkityksen riittävyttä arvioitaessa.

Kirjaaminen on teoreettisessa viitekehityksessä esitelty muun muassa Hännisen (2008) ajatusten pohjalta. Kivun arviointiin ja kivun hoitoon liittyvä kirjaaminen on kiistämättömästi tärkeää ja suunnitelmallisen kivun hoidon edellytys. Hänninen toteaa kivun kirjaamisen haasteeksi pinnallisuuden ja fyysisten oireiden korostumisen. Tässä tutkimuksessa kirjaamisessa keskityttiin oikeastaan vain kivun arvioinnin kirjaamiseen, jolloin haasteeksi koettiin omalla tavallaan juuri kirjaamisen pinnallisuus, koska potilaan kipujen kuvailu koettiin vaillinaiseksi. Myös lähteessä Kipu (2015) painotetaan kivun voimakkuuden, keston, tyyppin ja sijainnin määrittelyä. Nämä olivat juuri niitä asioita, joita myös tutkimuksessa nousi esiin.

Kivun hoidon oikea-aikaisuutta olin käsitellyt teoreettisessa viitekehityksessä muun muassa seuraavien lähteiden pohjalta: Hänninen (2015a) ja Hänninen (2015b). Näissä lähteissä Hänninen tuo esiin saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun hoidon luonnetta, jossa ei ole aikaa pitkiin lääkeannosten titrauksiin, vaan sopivat lääkkeet ja paras mahdollinen vaste tulee saada mahdollisimman nopeasti. Tutkimuksen perusteella myös tutkimukseen osallistuneessa yksikössä saattohoitopotilaan nopeasti toteutettavaan kivun lievitykseen keskitytään erityisen aktiivisesti ja lääkäriä konsultoidaan pääosin nopeasti. Lääkärin konsultoimisesta olin liittänyt teoreettiseen viitekehitykseen esimerkin Valviran saamasta valituksesta, jossa saattohoitopotilas oli jäänyt vaille tarvittavaa kivun lievitystä lääkärin konsultoimiseen liittyvästä välinpitämättömyydestä johtuen (Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito on puutteellista 2012). Tutkimustuloksissa nousi esiin myös sen suuntaisia seikkoja, jotka voisivat olla johtamassa esimerkiksi kaltaisiin tilanteisiin, mutta pääosin lääkärin konsultointi on yksikössä erittäin vastuullista.

Hänninen (2012) on esitellyt käyttämässäni lähteessä moniammatillista yhteistyötä saattohoitopotilaan kivun hoitoon liittyen. Juuri tämä moniammatillinen yhteistyö korostui melko vahvasti tutkimustuloksissa. Lääkäreiden ja hoitajien välisessä vuorovaikutuksessa koettiin olevan haasteita, mutta kysymys ei ollut siitä, että työnjaossa olisi ollut epäselvyyttä vaan ilmeisesti kyse oli enemmänkin keskinäisestä luottamuksesta, päivystävien lääkäreiden toiminnasta ja hoitajien aktiivisuudesta konsultoida lääkäriä. Näitä asioita en ollut teoreettisessa viitekehyyksessä sen laajemmin tuonut esiin ja haasteet lienee yksikkö- hoitaja- ja lääkärikohtaisia.

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja kivun hoidon aloitus sekä kivun hoidon tarvittavat muutokset toteutuvat. Tutkimuksessa onnistuin melko hyvin tavoittamaan juuri näitä aihealueita, mutta koen, että tutkimus painottui osittain tahattomasti kivun arviointiin ja kivun hoidon aloitus ja tarvittavien muutosten toteutuminen jäi taka-alalle. Toisaalta olen teoreettisessa viitekehyyksessä tarkastellut laajemmin juuri kivun arvioimista kuin kivun hoidon aloitusta, joten myös tutkimuksen painottuminen kivun arviointiin on luonnollista. Teoreettisessa viitekehyyksessä en ollut juurikaan keskittynyt saattohoitoon tarvittaviin resursseihin ja moniammatilliseen yhteistyöhön, jotka taas tutkimustuloksissa nousivat melko vahvasti esiin juuri saattohoitopotilaan oikea-aikaiseen kivun hoitoon liittyen.

Koen, että tämän tutkimuksen uskottavuuteen vaikuttaa epäedullisesti se, että tutkimukseen osallistuneiden määrä oli vain 10 vastaajaa. Tämä määrä oli mielestäni tässä tapauksessa realistinen, koska kysymyksessä on opinnäytetyö, jossa tutkimusmateriaalin keräämiseen ja analysoimiseen käytettävät resurssit ovat luonnollisesti rajalliset. Kuitenkin tutkimukseen osallistuneiden määrän ollessa näin pieni yhdenkin vastaajan näkemyksillä on suuri painoarvo. Opinnäytetyön uskottavuutta arvioin suunnitelman mukaisesti osastotunnilla, jolloin pyrin herättämään aiheesta keskustelua. Keskustelujen pohjalta ilmeni, että tutkimustuloksissa oli havaittavissa sellaisia asioita, joista yksikössä on keskusteltu ja joita on pyritty kehittämään. Tämä siis vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta keskustelussa nousi esiin myös näkemyksiä siitä, että joissain tekemissäni havainnoissa tuli esiin haasteita, joita ei koettu enää ajan-kohtaisiksi, koska toimintatapoja on jo kehitetty paremmiksi. Tämä ei mielestäni suoranaisesti vähennä tutkimuksen uskottavuutta, koska kysymys lienee tutkimukseen osallistuneiden näkemyseroista eikä niinkään vastausten analysoinnin epäonnistumisesta.

Opinnäytetyössäni olen selvittänyt melko tarkasti sen, kuinka toteutin tutkimuksen ja millaisia vaiheita työskentelyyn kuului. Varsinaista tutkimukseen osallistunutta yksikköä en ole kuvaillut kovin täsmällisesti, koska koen, että tämän kaltainen tutkimus olisi mahdollista tällaisenaan toistaa vain jollakin toisella terveyskeskussairaalan osastolla tai terveyskeskuksen akuuttiosastolla. Tällaiset osastot ovat taas toiminnaltaan varsin samankaltaisia. Mainittakoon

kuitenkin, että juuri kyseisessä yksikössä on saattohoitoon ja sen kehittämiseen keskitytty erityisen paljon. Tutkimukseen osallistuneet olivat pääosin sairaanhoitajia, mutta se, että osallistuneista ilmeisesti yksi henkilö oli lähi- tai perushoitaja tekee tutkimuksen toistettavuuden tai siirrettävyyden luotettavuudesta kyseenalaisen. Tutkimusta toistettaessa tai siirrettäessä tutkimukseen osallistuneiden rajaaminen muodostuu tästä syystä haastavaksi. Koska vastaajia oli vain kymmenen, yhdenkin vastaajan vaikutus tutkimuksen lopputulokseen on merkittävä.

Olen pyrkinyt käsittelemään tutkittavaa aihetta ja aineistoa mahdollisimman objektiivisesti. Tätä on helpottanut se, että en ole koskaan aikaisemmin ollut missään tekemisissä Nurmijärven terveyskeskussairaalan henkilökunnan kanssa. Minulla ei myöskään ole mitään henkilökohtaisia kokemuksia Nurmijärven terveyskeskussairaalan toiminnasta. Olen siis päässyt tarkastelemaan tutkimuskohdettani aivan ulkopuolisena henkilönä ilman kyseiseen yksikköön kohdistuneita ennakoasenteita. Tähän perustuen koen, että kaikki johtopäätökseni pohjautuvat täydellisesti näkemykseen, jonka olen muodostanut tutkimusaineiston pohjalta. Olen kuitenkin useammassakin muussa yksikössä ollut mukana saattohoitopotilaan hoidossa ja nähnyt erilaisia toimintatapoja sekä kohdannut erilaisia haasteita. Luonnollisesti nämä kokemukseni ovat ohjanneet minua aiheen valinnasta lähtien tutkimuskysymysten laatimiseen. Tutkimus on ehkä juuri tästä syystä muodostunut haastekeskeiseksi. Olen siis pyrkinyt ohjaamaan tutkimukseen osallistuneita tunnistamaan erilaisia haasteita, jotta olen päässyt selvyyteen siitä, minkälaisia kokemuksia heillä on tutkittavasta aiheesta.

Tavoitteenani on koko opinnäytetyöprosessin ajan ollut, että toimintani ja työ kokonaisuutena ovat eettisen tarkastelun kestäviä. Vaikka tutkimuksen tarve tuli esiin siten, että tarjosin kyseistä aihetta Nurmijärven terveyskeskussairaalan osastonhoitajalle puhelimitse, koen että sen aiheuttama hyöty on haittaa suurempi. Osaan nimetä ainoaksi tutkimuksen aiheuttamaksi haitaksi, sen että lomakkeisiin vastaaminen ja osastotunti ovat vieneet hoitajien aikaa varsinaisesta potilastyöstä. Oletan kaikesta huolimatta, että potilastyö ei ole tämän tutkimuksen vuoksi erityisesti kärsinyt.

Ennen aineiston keräämistä hankin asianmukaisesti tutkimusluvan. Tutkimus itsessään suoritettiin kyselylomakemuotoisena, joten kyselylomakkeen alussa oli lyhyt saatekirje, jossa kerroin lyhyesti, mistä tutkimuksessa on kysymys. Samassa yhteydessä vakuutin, että tutkimustuloksia käytetään vain tämän opinnäytetyön tarpeisiin ja vastauslomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Vastajat palauttivat kyselylomakkeet laatikkoon, joka olin lomakkeiden mukana yksikköön toimittanut. Lomakkeet oli otettu laatikosta pois, kun hain ne, mutta minä en ole missään muodossa voinut selvittää vastaajien identiteettiä. Lomakkeet hävitettiin polttamalla opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa olen pyrkinyt ehdottomaan tarkkuuteen lähteiden käytön ja lähdeviitteiden suhteen. Kaikki teoreettisessa viitekehyksessä käyttämäni lähteet ovat luotettavia ja olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Myös tutkimustuloksissa käyttämässäni suorissa lainauksissa olen käyttänyt vastaajien ilmaisuja alkupe- räisessä muodossaan.

## 9.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Lomakkeen pyrin muodostamaan mahdollisimman täsmällisesti tutkimuskysymyksiä vastaa- vaksi, ja yritin ennakoida sitä, kuinka tutkimukseen osallistuvat tulisivat kysymyksiin vastaa- maan. Oikeastaan vasta analysointivaiheessa ymmärsin arvostaa tekemääni työtä, koska to- dellakin lomakkeeni kysymykset olivat melko kattavasti johdattaneet vastaajat vastaamaan asettamiini tutkimuskysymyksiin. Tämä helpotti luokitteluvaihetta ja vastauksissa oli todella vähän tutkimuksen kannalta merkityksetöntä informaatiota.

Ainoastaan lomakkeen kysymyksessä 3 vastauksista kävi ilmi, että kysymys oli ymmärrettä- vissä useammalla tavalla, vaikka olin pyrkinyt suluissa olevien esimerkkien avulla rajaamaan kysymyksen koskemaan vain kivun arviointiin kehitettyjä menetelmiä eli välineitä. Monet vas- taajat olivat kuitenkin kertoneet laajemmin erilaisista kivun arvioinnin tavoista ja potilaan tarkkailemisesta. Tässä lienee kysymys kysymyksen ontuvan asettelun lisäksi siitä, että vas- taajat kokivat vieraaksi erilaiset kehitetyt menetelmät ja apuvälineet, jolloin heille oli mie- luisampaa kertoa heille tutummasta aiheesta. Tämän yksittäisen tutkimuskysymyksiä tarken- tavan lomakkeen kysymyksen tulkintaan liittyvät ongelmat eivät kuitenkaan tuottaneet tutki- muksen kannalta käyttökelpotonta tai merkityksetöntä informaatiota. Vastaukset siis vastasi- vat kuitenkin tutkimuskysymyksiin.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, joka toteutettiin lomake- muotoisella kyselyllä. Lomakemuotoisessa haastattelussa haasteeksi voisi muodostua niukat vastukset, joka aiheuttaa saadun informaation vähäisyyden. Lisäksi haasteeksi voisi muodos- tua tiedottaminen ja se, että analysoitavan materiaalin määrä jäisi lukumäärällisesti vä- häiseksi. Tässä opinnäytetyössä tutkimukseen osallistui 10 henkilöä, joka oli mielestäni riit- tävä määrä, koska se on noin 50 prosenttia mahdollisista vastaajista. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet olivat vastanneet lomakkeen kysymyksiin varsin kiitettävästi. Vastaukset olivat pohtivia ja vaihtelevasti melko laajoja. Vain harvat vastaajat olivat jättäneet vastaamatta osaan kysymyksistä. Osastonhoitaja Pirjo Karppinen sekä eräs toinen henkilö, jonka kanssa olin tutkimuksen materiaalin keräämisvaiheessa ollut tekemisissä, vaikuttivat jossain määrin olevan huolissaan tutkittavan materiaalin määrästä. Kerroin heille jo hakiessani vastauslomak- keita paikan päältä analysoitavaksi, että arvelen vastauksia olevan riittävästi. Tämän arveluni

pystyin vahvistamaan osastotunnin yhteydessä ja kerroin, että vastausten lukumäärä ei muodostunut ongelmaksi, koska vastaukset olivat todella kattavia ja vastausten lukumäärään nähden informaatiota oli minun näkemykseni mukaan paljon.

Mielestäni tämän kaltaista aihealuetta käsittelevä tutkimus on tarkoituksenmukaista tehdä juuri laadullisena tutkimuksena, mutta jossain mielessä haastattelumuotoinen tutkimus tämän kyselymuotoisen tutkimuksen sijasta voisi olla täsmällisempää informaatiota antava. Kuitenkin tässä tapauksessa, kun tutkimukseen osallistuneet olivat keskittyneet lomakkeeseen vastaamiseen ja antaneet melko laajoja vastauksia, ero ei liene merkittävä. Haastattelumuotoisella tutkimusmateriaalin keräämisellä voitaisiin joka tapauksessa pienentää se riski, että vastaukset eivät olisi riittävän kattavia. Koen, että lomakemuotoinen kysely oli tässä tapauksessa oikea ratkaisu, koska se on neutraali ja mahdollisesti ihmisten on helpompaa kirjoittaa ajatuksensa lomakkeelle kuin kertoa ne tutkijalle, joka on opiskelija.

Opinnäytetyön kautta saatuja tutkimustuloksia olisi mahdollista hyödyntää hoitohenkilökunnan koulutustarpeen hahmottamisessa. Koen osaston henkilökunnan kannalta hyödylliseksi myös sen, että he ovat jo lomakkeita täyttäessään pohtineet kivun arviointiin ja kivun hoitoon liittyviä haasteita, koska jo näiden seikkojen tiedostaminen voi saada aikaa toiminnan muutoksen. Lisäksi tutkimus on jo sellaisenaan saattanut aiheuttaa keskustelua aiheesta, mikä koettiin vastausten perusteella oikea-aikaista kivun arviointia ja hoitoa edistäväksi tekijäksi. 9.11.2016 pidetyllä osastotunnilla tutkimustulokset ja jossain määrin myös teoreettisesta viitekehystä poimitut aihealueet aiheuttivat melko vilkasta keskustelua. Osastotunnille osallistui osastonhoitaja Pirjo Karppinen, jonka kanssa olin opinnäytetyöprosessin aikana ollut ajoittain yhteydessä. Hänen lisäksi mukana oli muutamia hoitajia molemmilta tutkimukseen osallistuneilta osastoilta.

Saattohoitopotilaan kivunhoidon tavoitteet aiheuttivat keskustelua, kun mainitsin lähteeseen Kipu (2015) pohjautuen, että aina tavoitteena ei voi olla kivun poistaminen kokonaan. Tämän tiedon todenmukaisuus kyseenalaistettiin, mikä perusteltiin sillä, että kivuttomuus on aina mahdollista, jos motivaatiota kivun hoitoon on riittävästi. Täsmensin tässä yhteydessä, että tietenkin kivuttomuus on aina ensisijainen tavoite, mutta olisin voinut jo etukäteen korostaa kivun moniulotteisuutta ja kokonaiskivun merkitystä sekä sitä, onko kysymyksessä akuutti vai krooninen kipu. Keskustelimmekin kokonaiskivusta ja vaikeissa kipu- ja ahdistuneisuustilanteissa käytettävästä palliatiivisesta sedaatiosta. Toisaalta tämä mielipide perustettiin kokeemukseen ja kyseisellä alueella ongelmalliset kiputilanteet hoidetaan hys kipupoliklinikalla eikä perusterveydenhuollossa (Ahlström 2015).

Tutkimustuloksiin liittyen lääkäreiden kassa käytävä yhteistyö herätti keskustelua. Osastotunnille osallistuneet kertoivat, että lääkäreiden konsultoimiseen liittyviä käytäntöjä on kehitelty

ja yhteydenpito lääkäreiden kanssa on osastolla helposti toteutettavissa. Esimerkiksi lukuisten lääkäreiden yhteystiedot ovat jokaisen hoitajan saattavilla ja lääkäreille voi tarvittaessa soittaa vaikka kotiin. Tutkimustulokset siitä, että yhteistyöhön lääkäreiden kanssa ja lääkäreiden konsultoimiseen liittyisi haasteita, ihmetyttivät. Lisäksi hoitajien yhteistyöhön liittyvät haasteiden koettiin hälvenneen osastolla kehitettyjen uusien toimintatapojen myötä. Osastolla saattohoitopotilaiden hoito pyritään jättämään heti sairaanhoitajille, jotta lääkehoito ja kivun arvioiminen toteutuvat yhden hoitajan suorittamana.

### 9.3 Työelämän edustajan palaute ja katsaus tavoitteisiin

Osastotunnin jälkeen kysyin osastotunnille osallistuneilta suullista palautetta, minkä johdosta kävi ilmi, että tutkimuksesta koettiin olevan jossain määrin hyötyä. Osastotunnin aiheet koettiin tärkeiksi saattohoitopotilaan kivun hoidon osa-alueiksi. Osastonhoitaja koki hyödyllisiksi etenkin tutkimustulokset, jotka linkittyivät saattohoitopotilaan hoitoon tarvittaviin resursseihin ja etenkin henkilöstöresursseihin. Tämän tutkimuksen kautta hän sai vahvistusta pohdinnoilleen henkilöstörakenteessa tarvittaviin muutoksiin.

Itse koen, että tämä opinnäytetyö ei yksin riitä kivun hoitoa kehittävien muutosten syntymiseen esimerkiksi kivun arviointiin liittyvissä toimintatavoissa, mutta koen erittäin positii-viseksi sen, että asia on herättänyt keskustelua. Todellisuudessa toimintatapojen kehittäminen ei edes ollut tavoitteenani, vaan tavoitteeni oli kiinnittää hoitajien huomio saattohoitopotilaan laadukkaan kivun arvioinnin ja kivun hoidon oikea-aikaisuuteen. Tavoitteeseeni olen mielestäni päässyt niin hyvin kuin se tässä yhteydessä on mahdollista. Olen analysoinut tutkimustulokset, esitellyt omat päätelmäni tutkimukseen osallistuneelle ryhmälle ja oman harkintani mukaan valikoinut teoreettisesta viitekehystä aihe-alueet, jotka kävin läpi tutkimustulosten esittelyn yhteydessä. Minä siis nostin asian esiin, ja jokaisen hoitajan omalla vastuulla on sen, kuinka herättämäni ajatukset heidän toimintaansa ja ajatuksiinsa saattohoitopotilaan kivun hoidosta vaikuttaa.

Osastotunnin jälkeen tarkastellessani tavoitteita uudestaan huomasin, että kivun arvioinnin oikea-aikaisuutta koskeva tavoitteeni oli ikään kuin liian suppea kuvaamaan sitä, mitä asioita osastotunnilla näin hyväksi ottaa esiin. En siis osastotunnilla keskittynyt vain kivun arvioinnin oikea-aikaisuuteen, vaan kivun arviointiin kokonaisuutena. Tämän ratkaisun siis perustin tutkimustuloksiin, joiden perusteella koin, että oikea-aikainen kivun arvioiminen ei osoittautunut yksikössä erityiseksi haasteeksi, joten siihen keskittyminen ei olisi ollut hyödyllistä.

Teoreettisessa viitekehyksessä olen käsitellyt saattohoitoa, saattohoitopotilaan oireita ja kärsimystä sekä kivun hoitoa erilaisine menetelmineen ja lääkkeineen melko laajasti. Teoriaosuudessa on siis käsitelty asioita, jotka eivät suoranaisesti liittyneet kovin tiiviisti tutkimuskysymyksiin. Hänninen (2008) kuitenkin toteaa, että saattohoitopotilaan auttamisen edellytys



on inhimillisen kärsimyksen ymmärtäminen. Yhdyn siis Hännisen ajatuksiin, kun koen, että näinkin perusteellinen taustojen läpi käyminen oli tarpeellista, jotta pystyin saamaan edes aavistuksen siitä, mitä saattohoitopotilaan kärsimys ja kipu ovat, kuinka moniulotteista sen arvioiminen on ja kuinka tärkeää sen oikea-aikaisen hoitaminen. Teoreettisen viitekehyksen kattavuuden kautta minun oli mahdollista tarkastella asioita laajemmin niin kyselylomaketta suunnitellessani kuin analyysia ja johtopäätöksiä tehdessäkin.

Jatkotutkimushaasteiksi koen täsmennettyä koulutustarvetta, koulutukseen käytettävissä olevia resursseja sekä koulutusmuotoa koskevat tutkimukset. Mielestäni jatkossa olisi osaston toiminnan kannalta hyödyllistä selvittää juuri tällaisia asioita, koska jo tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että jonkin muotoista koulutustarvetta on olemassa. Jatkossa tätä seikkaa voitaisiin tutkia lisää ja kehittää. Täsmennettyä koulutustarvetta selvittäessä tutkimus voitaisiin siis rajata koskemaan vain koulutustarvetta ja tähän voitaisiin liittää oppimistapoja tutkiva näkökulma, jotta voitaisiin selvittää, kuinka koulutus olisi tarkoituksenmukaista toteuttaa. Koulutukseen käytettävien resurssien selvittäminen olisi minun näkemykseni mukaan erillinen laaja kokonaisuus.

## Lähteet

### Kirjalliset lähteet

Hietanen, P. 2015. Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 243-254.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hänninen, J. 2015a. Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 255-278.

Hänninen, J. 2015c. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 31-42.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 12-64.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 255-278.

Saarto, T. 2015. Mitä on palliatiivinen hoito?. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 9-30.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2009a. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 12-64.

Vainio, A. 2009b. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 150-158.

Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 477-506.

### Sähköiset lähteet

Ahlbland, J. 2014. Kahdeksan katsetta kuolemaan. Lääkärilehti. 39/2014 vsk 69. Viitattu 01.03.2016. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kahdeksan-katsetta-kuolemaan-11736/>

Ahlström, L. 2015. Palliatiivisen hoidon hoitoketju. Hoitoketjut. Viitattu 10.11.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp00974&p\\_haku=vaikean%20kivun%20hoito](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00974&p_haku=vaikean%20kivun%20hoito)

Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Viitattu 11.11.2016. [https://www.valvira.fi/documents/14444/414583/Saattohoitoon\\_kohdistetut\\_kantelut.pdf/5ee2e881-1efb-4ff6-a1b0-50b002aa26fa](https://www.valvira.fi/documents/14444/414583/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf/5ee2e881-1efb-4ff6-a1b0-50b002aa26fa)

Aunula, A. 2014. Turvataan terveydenhuollon lähipalvelut ja hoitoonpääsy. Lääkärilehti. 333/2014 vsk 69. Viitattu 02.03.2016. <http://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/turvataan-terveydenhuollon-lahipalvelut-ja-hoitoonpaasy/>

- Hänninen, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Suomen Lääkärilehti. 2008; 68(33): 2606-2610. Viitattu 30.03.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo10814&p\\_haku=saattohoitopotilaan\\_oireet](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10814&p_haku=saattohoitopotilaan_oireet)
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Viitattu 21.04.2016. <http://docplayer.fi/362166-Saattohoito-opas-juha-hanninen-13-uudistettu-painos-etela-suomen-syopayhdistys-sodra-finlands-cancerforening-ry.html>
- Hänninen, J. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Syöpätaudit. Viitattu 01.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=syt00779&p\\_haku=kuolevan%20potilaan%20hoito](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=syt00779&p_haku=kuolevan%20potilaan%20hoito)
- Hänninen, J. 2015b. Saattohoito. Palliatiivinen hoito. Viitattu 16.02.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=pli00345&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=pli00345&p_haku=saattohoito)
- Hänninen, J. 2015d. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 14. uudistettu painos. Etelä-Suomen syöpäyhdistys. Viitattu 07.04.2016. <http://etela--suomensyopayhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/dcd4f2369301be8a30429516c32b8b4e/1460011542/application/pdf/873699/Saattohoito-opas%2014.%20uudistettu%20painos%202015.pdf>
- Hautala, K., Fält, A., Hinkka, H., Lammi, U., Kellokumpu-Lehtinen, P. & Kosunen, E. 2008. Syöpäpotilaiden saattohoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti. 2008; 63 (27-31): 2443-2448. Viitattu 22.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo10827&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10827&p_haku=saattohoito)
- Idman, I. 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. Duodecim. Viitattu 07.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo94748&p\\_haku=palliatiivinen%20hoito%20AND%20psykykkiset%20oireet](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94748&p_haku=palliatiivinen%20hoito%20AND%20psykykkiset%20oireet)
- Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Teknillinen korkeakoulu, Tuotantotalouden osasto. Viitattu 06.21.2015. <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>
- Kalso, E. 2009a. Opioidit. Kipu. Viitattu 19.04.2016. <http://www.oppoportti.fi.nelli.laurea.fi/op/kip01702/do#s17>
- Kalso, E. 2009b. Kivun arviointi. Kipu. Viitattu 20.04.2016. [http://www.oppoportti.fi.nelli.laurea.fi/op/kip04703/do?p\\_haku=kivun%20arviointi#q=kivun\\_arviointi](http://www.oppoportti.fi.nelli.laurea.fi/op/kip04703/do?p_haku=kivun%20arviointi#q=kivun_arviointi)
- Kipu. 2016. Duodecim. Viitattu 17.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo13090&p\\_haku=kipu](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo13090&p_haku=kipu)
- Kipu. 2015. Käypä hoito. Viitattu 17.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=hoi50103&p\\_haku=kipu](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50103&p_haku=kipu)
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim. Viitattu 24.02.2016. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=080F72404CAA696A65021DC66450D848?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunus=duo10821](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=080F72404CAA696A65021DC66450D848?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunus=duo10821)
- Kotavainio, T. & Mäenpää, L. 2015. Kivun arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 20.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01690&p\\_haku=kivun%20arviointi](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01690&p_haku=kivun%20arviointi)
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito. Viitattu 22.02.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=CDC8B169B21FA065942A6B39D61B7146?id=hoi50063>

Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito oli puutteellista. 2012. Valvira. Viitattu 22.04.2016. <https://www.valvira.fi/-/kuolevan-vanhuspotilaan-kivun-hoito-oli-puutteellista>

Laakkonen, M., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2010. Milloin saattohoito alkaa? Geriatria. Viitattu 16.02.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=ger04403&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger04403&p_haku=saattohoito)

Lehto, J. 2015. Keuhkohtaumataudin pahenemisvaihe ja saattohoito. Palliatiivinen hoito. Viitattu 16.02.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=ger04403&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger04403&p_haku=saattohoito)

Mäntyselkä, P. 2015. Lääkkeettömät kivun hoidot aikuisilla. Lisätietoa aiheesta. Viitattu 19.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=nix02222](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=nix02222)

Nieminen, E. & Nores, M. 2012. Keuhkosityöpöpotilas terveyskeskuksessa. Lääkärilehti. 24/2012 vsk 67. Viitattu 02.03.2016. <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/keuhkosityopapotilas-terveyskeskuksessa/>

Nykänen, H. 2015. Kokenut saattohoitaja: Potilaan pitää saada valita, missä viimeiset hetkensä viettää. Viitattu 10.11.2016. <http://yle.fi/uutiset/3-7956712>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.02.2016. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010. Kivun arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 20.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00247&p\\_haku=kipu](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00247&p_haku=kipu)

Pudas-Tähkä, S. & Kangasmäki, E. 2010. Kivunhoitomenetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 26.5.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00248&p\\_haku=l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n%20kivunhoito](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00248&p_haku=l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n%20kivunhoito)

Pöyhä, R. 2004. Syöpöpotilaan läpilyöntikipu. Suomen lääkarilehti. 2004; 59 (7): 629-632. Viitattu 19.04.2016. [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00396&p\\_haku=l%C3%A4pily%C3%B6ntikipu](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00396&p_haku=l%C3%A4pily%C3%B6ntikipu)

Saattohoito. 2015. Valvira. Viitattu 24.02.2016. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

Saattohoitoryhmä. 2010. Kuolevan potilaan hoito. Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky. Viitattu 07.04.2016. <http://www.khshp.fi/img/file.php?id=506>

Sulkava, R. 2014. Muistisairaana saattohoito - eettisiä pohdintoja. Viitattu 22.04.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1570624/2014+Saattohoitotutkimuksen+p%C3%A4iv%C3%A4+Muistisairaana+saattohoito.pdf/0672f8e0-3a24-4d25-bde0-024becb519ad>

Suomen kuntaliitto. 2012. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Viitattu 17.02.2016. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vas-taanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen. Viitattu 06.12.2015. <http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut>

Tutkittavien informointi. 2015. Aineistohallinnan käsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Viitattu. 06.12.2015. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>

Vainio, A. 2009c. Kipu ja kipukäyttäytyminen. Kipu. Viitattu 17.04.2016. <http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/op/kip00204/do#q=kipu>

Vuorinen, E. 2015. Palliatiivinen hoito ja saattohoito terveyskeskuksessa. Palliatiivinen hoito. Viitattu 16.02.2016. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p\\_artikkeli=pli00208&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/avaa?p_artikkeli=pli00208&p_haku=saattohoito)

Vuorinen, E. & Järvimäki, V. 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti - miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa? Finnanest. 2012; 45 (5). Viitattu 22.04.2016. [http://www.finnanest.fi/files/vuorinen\\_terveyskeskus.pdf](http://www.finnanest.fi/files/vuorinen_terveyskeskus.pdf)

## Taulukot

Taulukko 1: Kivun arviointi.....	37
Taulukko 2: Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivun arvioimisen toteutuminen .....	41
Taulukko 3: Kivun hoidon oikea-aikainen toteutuminen .....	45

## Liitteet

Liite 1: Kyselylomake.....	64
Liite 2: Opinnäytetyösopimus.....	66
Liite 3: Tutkimuslupahakemus.....	69
Liite 4: Esimerkki pelkistämisestä .....	71

## Liite 1: Kyselylomake

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hyvinkään Laureasta ja teen opinnäytetyötä osastollenne saattohoitopotilaan kivun arvioimiseen ja kivun hoitoon liittyen. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten yksikössänne toteutuvat saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja kivun hoidon aloitus sekä laadukkaan kivun hoidon vaatimat muutokset.

Olen erittäin kiitollinen, että käytät pienen hetken päivästäsi kysymyksiin vastaamiseen, koska tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa osastolla käytössä olevia toimintatapoja, jotta toimintatapojen mahdollinen muutostarve tulisi esiin. Toivoisin, että vastaisit kysymyksiin mahdollisimman kuvailevasti, jotta vastauksista tulee ilmi juuri sinun näkemyksesi asiasta. Kyselylomakkeet ovat vain tätä opinnäytetyötä varten ja vastaukset annetaan nimettömästi. Lomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Täytetyt lomakkeet voi laittaa hoitajien kahvihuoneessa olevaan laatikkoon viimeistään 04.09.2016 / 11.09.2016.


Ystävällisin terveisin: Ulriikka Mäenpää

1. Kuinka tärkeäksi koet kivun arvioimisen osana kivun hoitoa?
2. Millaisia haasteita kivun arvioimiseen liittyy?
3. Minkälaisia menetelmiä olet käyttänyt kivun arvioimisen tukena (esim. VAS, NRS, kasvokuvamittari, kipupiirros jne.)
4. Minkälaiseksi olet kokenut kivun arvioimiseen käytettävien menetelmien käytön?



5. Kuinka usein saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipua arvioidaan keskimäärin työvuoron aikana?
6. Minkälaisia keinoja kivun arvioimiseksi käytetään silloin kun potilas ei kykene enää kommunikoimaan?
7. Kuinka kivun arviointiin liittyvä kirjaaminen mielestäsi hoitoyksikössä toteutuu?
8. Millaiseksi koet kivun arvioinnin ja kivun hoidon aloituksen tai tarvittavan lääkemutoksen välisen viiveen?
9. Millaiset asiat voivat viivyttää kivun hoidon aloitusta tai potilaan edun mukaisen muutoksen toteutumista?
10. Kuinka oikea-aikaisen kivunlievityksen voisi yksikössä paremmin mahdollistaa tai turvata?

## Liite 2: Opinnäytetyösopimus

 <b>LAUREA</b> / Yhdessä / AMMATTIKORKEAKOULU / enemmän /	Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opinnäytetyösopimus	1 (3)
<b>Opiskelija(t):</b> Ulriikka Mäenpää		
<b>Opinnäytetyön hanke:</b>		
<b>Opinnäytetyön aihe ja tarkoitus:</b> Saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja hoito perusterveydenhuollon yksikössä <b>Tavoitteet/tarkoitus:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kartoittaa hoitohenkilökunnan aktiivisuutta saattohoitopotilaan kivun arvioimiseen ja kivun hoidon aloittamiseen</li><li>- Hoitajien huomion kiinnittäminen laadukkaaseen kivun hoidon oikea-aikaiseen arvioimiseen ja aloittamiseen</li></ul>		
<b>Opinnäytetyön yhteys hankkeen tavoitteisiin:</b>		
<b>Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja alustava viitekehys:</b> Saattohoito Kivunhoito Kivun arvioiminen		
<b>Keskeiset lähteet:</b> Aikaisemmat tutkimukset Tieteellinen kirjallisuus ja tieteelliset artikkelit Käypä hoito -suositukset		
<b>Opinnäytetyön menetelmät:</b> Laadullinen kyselytutkimus: kyselylomake avoimilla kysymyksillä		
<b>Opinnäytetyön alustava aikataulu:</b> Joulukuu 2016		
<b>Työelämäkumppanin rooli opinnäytetyössä (mahdollistaa opinnäytetyön toteuttamisen esim. monisteet, postitus, tilat ym. materiaaliset asiat):</b>		
Laurea Otaniemi Metsänpojankuja 3, 02130 Espoo	Puhelin (09) 8868 7500 Faksi (09) 8868 7501	etunimi.sukunimi@laurea.fi www.laurea.fi
		Y-tunnus 1046216-1 Kotipaikka Espoo

**Tulosten julkaiseminen ja levittäminen työelämään:**

Kyselyn tulosten pohjalta pidettävä osastotunti tms.

**Vakuutus siitä, että opiskelija  
sitoutuu noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita opinnäytetyössä:**

Olen tietoinen siitä, että terveys- ja sosiaalialan opiskelijana opinnäytetyön tekemiseen sovelletaan vaitiolovelvollisuutta, josta on säädetty mm. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/15 §) ja Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/3/17 §). En saa sivullisille luvatta ilmaista yksityisen henkilön tai perheen tietoja, josta olen opinnäytetyön perusteella saanut tiedon. Sitoudun pitämään tiedonhankinnan yhteydessä saamani yksittäisiä henkilöitä koskevat tiedot luottamuksellisena. Salassapitovelvollisuus säilyy opintojen loppumisen jälkeen.

Noudatan tiedonhankinnassa ja aineiston käsittelyssä luottamuksellisuutta ja totuudellisuutta. Kiinnitän erityistä huomiota siihen, ettei opinnäytetyöstä koidu mitään haittaa siihen osallistuville henkilöille. Noudatan toiminnassani Laurean tutkimuseettisiä ohjeita.

**Ohjausta koskevat sopimukset:****Allekirjoitukset**

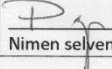
	Aika	Paikka	Allekirjoitus
Opiskelija(t):	22.2.2016	Hynnkää <sup>11</sup>	Ulrika
Ohjaaja(t):			
Työelämän edustaja(t):	24.2.16	Tarja Sainio	Tarja Sainio

Tästä sopimuksesta luovutetaan yksi kopio kaikille osapuolille (opiskelija, ohjaaja, työelämän edustaja) sekä tallennetaan yksi versio hankkeen työtilaan Optimassa.  
Konkreettiset ohjeet voidaan lisätä kampuskohtaisesti opinnäytetyöprosessin mukaisesti.

## Liite 3: Tutkimuslupahakemus

<b>TUTKIMUSLUPAHAKEMUS</b>		
Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet <i>Ulriikka Mäenpää</i>  Yhteystiedot Osoite: <i>Husunte 70</i> Postinro: <i>12210 HAUSJÄRVI</i> Postitoimipaikka: Puh: <i>045 2644694</i> Email: <i>ulriikka.maenpaa@student.laurea.fi</i>	Opiskelu- /työpaikka <i>Laurea-ammattikorkeakoulu Husvinkää</i>  Virka/toimi <i>Sairaanhoidtajaopiskelija</i>  <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
Kuvaus	<p>Opinnäytetyön aiheena on saattohoitopotilaan kivun arvioiminen ja hoito perusterveydenhuollon yksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kyseisen yksikön kivun arvioimisen ja kivun hoidon toteutumista. Lisäksi tavoitteena on hoitajien huomion kiinnittäminen kivun arvioimisen ja kivunhoidon aloittamisen oikea-aikaisuuteen.</p>	
Aiheen valinta	<p>Opinnäytetyön tarve tuli ilmi 26.1.2016 Pirjo Karppisen kanssa käydyn puhelinkeskustelun tuloksena. Aiheen rajaukseen vaikuttivat tarpeen lisäksi AMK-tarvoisen opinnäytetyön vaatimuskriteerit.</p>	
Tutkijan sitoumus	<p>Sitoudun noudattamaan ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta sekä hyvää tutkimuskäytäntöä.</p> <p>Päiväys: <i>09.06.2016</i></p> <p><i>Ulriikka Mäenpää</i></p> <p>Nimen selvitys <i>Ulriikka Mäenpää</i></p>	
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita	
Tutkimuslupahakemuksen esittelijän puolto	<input type="checkbox"/> Puollan <input type="checkbox"/> En puolla, perustelut: Päiväys: _____ Nimen selvitys	
Tutkimusluvan myöntäminen	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <i>TERVEYDENHUOLLON TUOSARWE KOKOUK- SESSA</i> <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut	

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

	Päiväys: 12.9.16
	 PIRJO KATAPAINEN
	Nimen selvennys

Pakolliset liitteet

- Tutkimussuunnitelma
- Opiskelutodistus

## Liite 4: Esimerkki pelkistämisestä

Kysymykset	Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Kuinka tärkeäksi koet kivun arvioimisen osana kivun hoitoa?	”Tärkeäksi” ”yksi tärkeimmistä”	Kivun arvioiminen on tärkeä osa kivun hoitoa.
	”Äärettömän tärkeäksi. Ei voi hoitaa kipua ilman, että sitä arvio.” ”On tärkeää, muutoin ei tiedä miten lääkittää potilasta.” ”Erittäin tärkeäksi, jotta pystytään hallitsemaan kipuja parhaalla mahdollisella tavalla.”	Kivun arvioiminen on välttämätön osa kivun hoitoa.
	”Todella tärkeä” ”Erittäin tärkeäksi. Hyvin olennainen osa työtä.” ”tärkein osa hoitoa”	Kivun arvioiminen on erittäin tärkeä osa kivun hoitoa.
	”Kivun arvioiminen kuuluu jokaisen sh:n työnkuvaan joka vuorossa ja jokaisen potilaan kohdalla, kun häntä hoidetaan.”	Kivun arvioiminen on sh:n velvollisuus
Millaisia haasteita kivun arvioimiseen liittyy?	”Kommunikaatiovaikeudet” ”jos potilas kommunikaatio on alentunut tai ei pysty ilmaisemaan kipua.” ”Jos potilas ei kommunikoi tai on esim. kipushokissa tai deliriumissa.”	Kivun arvioinnista tekee haastavaa kommunikaatiovaikeudet
	”Kielimuuri? muut kielellisen ilmaisun ongelmat?”	Kivun arvioinnista tekee haastavaa kielellisen ilmaisun ongelmat
	”jos potilas ei osaa sanoa onko kipua, vaan pot. käyttäytyy esim. sekavasti.”	Kivun arvioinnista tekee haastavaa potilaan kyvyttömyys ilmaista kipujaan

	"Välttämättä hlö ei osaa/pysty itse kertomaan kivuistaan"	
	"Sekavan pot kivun arviointi"	...potilaan sekavuus
	"Jokainen kokee kivun erilailla." "Jokainen kokee kivun eri tavalla."	...kivun kokemisen yksilöllisyys
	"erilaiset kipukynnykset" "Potilailla erilaisia kipukynnyksiä"	...kipukynnyksen yksilöllisyys
	"potilaan oma kivun vähätely" "potilaan mieltymykset / suhtautuminen kipulääkkeisiin (toiset eivät välttämättä halua kipulääkettä vaikka kipuja olisi, peittää kivut)"	...potilaan epätodenmukainen arvio omasta kivusta
	"Tajuttoman pot. arvioiminen" "tajunnantaso?" "syvä tajuttomuus"	...tajunnan tason alentuminen
	"Syvästi dementoituneen pot." "dementoitunut pot"	...dementoitunut potilas
	"Kiire, ei pysty olla jatkuvasti potilaan vierellä, varsinkin silloin, kun potilas ei enää kommunikoi"	...resurssien puute
	"jos joku muu hoitaa potilasta, niin itsellä ei ole kokonaisvaltaista näkemystä kivuista"	...hoitajien välinen tiedonsiirto
	"Hoitajan osaaminen/ymmärtäminen"	...hoitajan tietotaito
	"potilaan tila"	...potilaan tila
	"usein kipu ja hengenahdistus liittyvät toisiinsa"	...kivun sekoittuminen hengenahdistukseen



	"Kaikilla kipu ei näy ulospäin."	...kivun ulkoiset merkit puuttuvat
	"omaiset (erilaisia mielipiteitä kipulääkkeistä)"	...omaisten näkemys kivun hoidosta