



Saattohoitopotilaan kivun arviointi

KATSAUS TUTKIMUSTIETOOON

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
26.4.2010

Anu Luukkanen
SHS09S2B

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät			
Anu Luukkanen			
Työn nimi			
Saattohoitopotilaan kivun arviointi - Katsaus tutkimustietoon			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2010	30 + 1 liite	
TIIVISTELMÄ			
<p>Kipu on yksi saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita ja kivun arviointi on tärkeä osa hoitoa. Opinnäytetyöni tarkoitus oli kartoittaa tutkimustiedon avulla saattohoitopotilaan kivun arviointia, kehittää kivun hoitotyötä osastolla ja antaa työpaikkani hoitajille lisää tietoa aiheesta.</p> <p>Opinnäytetyöni on katsaus tutkimustietoon. Valitsin aineistoon 10 tieteellistä tutkimusartikkelia. Aineiston analysoin soveltamalla laadullisen aineiston sisällönanalyysiä.</p> <p>Hoitotyöntekijöiden käyttämät saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmät olivat keskustelu potilaan kanssa, VAS-asteikon ja kipujanahan käyttö, potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen ja arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö. Yleisimmin käytetyt menetelmät olivat keskustelu ja potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen. Näitä menetelmiä käytettiin noin puolessa tutkimuksissa. Saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi tuli esille kipulääkkeiden käytön, kivun hoidon määrän ja arvioinnin sekä kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointina. Yleisin menetelmä oli kivun hoidon arvioinnin dokumentointi, jota oli käytetty neljässä tutkimuksessa. Tutkimusaineiston perusteella kivun ja sen lievittymisen dokumentointi oli usein puutteellista.</p> <p>Jatkotutkimusaiheeksi esitän kivun dokumentoinnin esteiden selvittämistä. Olisi myös mielenkiintoista tutkia kuinka kattavasti sairaanhoitajat käyttävät VAS-asteikkoa potilaan kivun arvioinnissa. Tämä opinnäytetyö luo edellytyksiä kehittää kivun hoitoa osastollani, kun hoitajien tietämys kivun arvioinnin menetelmistä lisääntyy.</p>			
Avainsanat			
saattohoito, kivun arviointi			

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Tekijä/Tekijät			
Anu Luukkanen			
Työn nimi			
Pain Assessment in Hospice Patients - A Literature Review			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Final Project	Spring 2010	30 + 1 appendix	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Pain is one of the most common symptoms experienced by hospice patients and, therefore, accurate assessment of pain is an essential part of hospice care. The aim of this study was to examine pain assessment in hospice patients with the help of research findings, and to develop the treatment of pain in the ward where I work while helping the nursing staff to become better informed of the subject.</p> <p>This study was a systematic literature review. I chose ten nursing journal articles and studied them using the methods of qualitative content analysis.</p> <p>The results showed that the methods used by nursing staff to assess pain in hospice patients were talking to the patients and the use of the VAS and pain continuum scales, as well as getting patients to fill in forms with questions on pain. The most common methods were talking to the patients and describing patients` pain expression. Those method were used in about 50 % of the studies. As for the documentation of pain and pain relief, this manifested itself as documentation of the use of pain relief, documentation of the amount of the treatment and its assessment and of the characteristics expressing pain. The most popular method was documentation of the amount of the pain assessment, and it was used in four studies. According to the researches pain and its relief were usually inadequate, however.</p> <p>As a subject to future research, I suggest clarifying the documentation of pain barriers. It would be interesting to study how extensive the VAS scale is used by the nurses doing pain assessment. This study helps to develop pain assessment in my ward, as it increases the knowledge of pain assessment.</p>			
Avainsanat			
hospice care, pain assessment			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	2
3	SAATTOHOITOPOTILAAN PÄIVITTÄISET ONGELMAT	5
3.1	Ravinnon saantiin ja erittämiseen liittyvät oireet	5
3.2	Hengenahdistus	7
3.3	Askites	7
3.4	Iho-oireet	7
3.5	Psyykkiset oireet	8
4	SAATTOHOITOPOTILAAN KIPU	8
4.1	Saattohoitopotilaan kivun kokemisen ominaispiirteet	8
4.2	Saattohoitopotilaan kivun arviointi	10
4.3	Saattohoitopotilaan kivun kirjaaminen	12
5	TARCOITUS JATUTKIMUSKYSYMYKSET	13
6	TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	13
6.1	Aineiston valintakriteerit	13
6.2	Tiedonhaku	14
6.3	Aineiston analysointi	16
7	TULOKSET	16
7.1	Saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmät	16
7.1.1	Keskustelu potilaan kanssa kivun arvioinnin menetelmänä	17
7.1.2	VAS-asteikon käyttö potilaan kivun arvioinnissa	17
7.1.3	Kipujanalan käyttö potilaan kivun arvioinnissa	18
7.1.4	Potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen	18
7.1.5	Arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö potilaan kivun arvioinnissa	19
7.2	Saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi	20
7.2.1	Kipulääkkeiden käytön dokumentointi	20
7.2.2	Kivun hoidon määrän dokumentointi	21
7.2.3	Kivun hoidon arvioinnin dokumentointi	21
7.2.4	Kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointi	22
8	POHDINTA	22
8.1	Tulosten tarkastelu	22
8.2	Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu	25
8.3	Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu	26
8.4	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	26
	LÄHTEET	29
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmältä ilmestyi vuoden 2010 maaliskuussa raportti, joka käsittelee syövän hoidon kehittämistä vuosina 2010 - 2020. Raportissa tuodaan esille, että saattohoidon toteuttamiseen tulee kiinnittää jatkossa enemmän huomiota. Syöpään sairastuminen tulee lisääntymään runsaasti kymmenen vuoden aikana, ja samalla syövän aiheuttamien kustannusten arvioidaan kasvavan kolminkertaisiksi vuoteen 2020 mennessä. Laadukkaan saattohoidon toteutuminen on tämän vuoksi tärkeää kaikkialla perusterveydenhuollossa. Saattohoitoa voidaan kehittää huomattavasti nykyistenkin voimavarojen puitteissa huolehtimalla koulutuksesta ja toiminnan organisoinnista. Esimerkiksi hyvä kivun hoito edellyttää tätä koskevien ohjeiden ja suositusten noudattamista. (Hermanson – Vertio – Mattson 2010: 3.)

Kuoleminen on osa ihmisen elämänkaarta, ja sen viimeinen vaihe. Se ei ole tappio eikä epäonnistuminen vaan elämän loppuun saattaminen. Lääketieteen ja sairaanhoidon tarkoituksena on parantaa sairauksia ja lievittää kärsimystä. Aina ihmisen ja hänen sairauksiensa parantaminen ei ole mahdollista, mutta silloinkin voidaan pyrkiä lievittämään kärsimystä ja lohduttaa. (Eho – Hänninen – Kannel – Pahlman – Halila 2003: 5.)

Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä, joista suurin osa kuolee hoitolaitoksissa (Tilastokeskus 2010). Yhä useammin kuolemaa edeltää pitkä sairastamisen ja hoidossa olemisen vaihe. Kuolevat potilaat ovat eri-ikäisiä, ja heidän elämäntilanteensa ja -tarinansa vaihtelevat. Myös heidän sairautensa ovat erilaisia. Kuolemaansa lähestyvien ihmisten laadukas ja inhimillinen hoito on terveydenhuollon etiikan keskeisimpiä kysymyksiä. (Eho ym. 2003: 3.)

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa todetaan, että sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Hän myös kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä sekä kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Hyvä saattohoito on kokonaisvaltaista. Siihen kuuluu hyvän fyysisen perushoidon lisäksi kivun hoito sekä psyykkisten, henkisten ja hengellisten sekä sosiaalisten tarpeiden huomiointi. Kipu on yksi saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita, ja kivun arviointi on yksi tärkeä osa saattohoitopotilaan hoitoa. Kivunhoidon tavoitteena on lievittää ja vähentää kipuja sekä edistää kaikin tavoin potilaan hyvää oloa. Esimerkiksi Nurmi (2007) ja Hänninen (2001) ovat todenneet, että terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät edelleenkään tiedä riittävästi kivun hoitomahdollisuuksista ja usein aliarvioivat potilaan kokemaa kipua.

Työskentelen sairaanhoitajana Helsingin kaupungin pitkäaikaissairaalassa ja työssäni hoidan saattohoitopotilaita. Opinnäytetyöni tarkoitus on kartoittaa tutkimustiedon avulla saattohoitopotilaan kivun arviointia ja kehittää kivun hoitotyötä. Työni antaa hoitajille lisää tietoa aiheesta. Jokaisen hoitajan on tärkeää osata arvioida riittävästi saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipuja, ettei potilaan tarvitse turhaan kärsiä kivuista elämänsä loppuvaiheessa.

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jonka tavoitteena on parantaa parantumattomasti sairaan ja hänen perheensä elämänlaatua sekä lievittää sairaudesta aiheutuvia oireita. Joskus tavoitteena voi olla taudin etenemisen hidastaminen. Kun osoittautuu, ettei aktiivinen hoito voi parantaa potilasta, siitä tulee lääketieteellisesti epätarkoituksenmukaista. Tällöin hoito suuntautuu oireiden lievitykseen. Onnistunut hoitolinjan muuttaminen ei tapahdu kertaheitolla, vaan sairauden ennusteen selkiytyessä painopiste vähitellen siirtyy palliatiiviseen suuntaan. (Mattila 2002: 26; Vainio - Hietanen 2004: 17.)

Palliatiivinen hoito on käsitteenä laajempi kuin saattohoito. Palliatiivinen hoito sijoittuu aktiivihoidon ja saattohoidon välimaastoon. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidottu kuoleman läheisyyteen vaan se voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. (Heikkinen – Kannel-Latvala. 2004: 18-19.)

Palliatiiviseen hoitoon kuuluukin tarkoituksenmukainen suunnanmuutos parantamisesta hoitamiseen. Palliatiivinen hoito keskittyy kivun ja muiden oireiden mahdollisimman hyvään kontrolloimiseen, kärsimyksen lievittämiseen ja toivon ylläpitämiseen. Palliatiivisessa hoidossa pyritään kiinnittämään huomiota myös potilaiden ja heidän perheidensä ahdistuksen psy-

kologisiin ja hengellisiin syihin. Hoidossa pyritään irrottautumaan byrokraattisista säännöistä, optimoimaan potilaan itsenäisyys, huomioimaan ympäristön miellyttävyys ja toimivuus sekä karsimaan tutkimukset mahdollisimman vähiin. Osa tarkoituksenmukaisuuskysymyksistä liittyy hoitavaan henkilökuntaan. Palliatiivista hoitoa antaa moniammatillinen tiimi, joka koostuu erikoiskoulutetusta henkilökunnasta. Heidän rinnallaan toimii tehtävään koulutettuja vapaaehtoistyöntekijöitä. On tärkeää, että eri alojen ammattilaiset keskustelevat keskenään potilaan tarpeista, jotta he ymmärtävät, mikä on tarkoituksenmukaista hoitoa kunkin potilaan sairauden eri vaiheissa. (Mattila 2002: 31.)

Nykyisellään palliatiivista ja saattohoitoa ei ole organisoitu Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Valtaosa näistä potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, pitkäaikaissairaaloissa, vanhusten hoitolaitoksissa ja kotihoitossa sekä osin myös erikoissairaanhoidon akuuttisairaaloissa. Hoidon taso on kirjavaa. Palliatiivisen hoidon osaajista on pulaa, ja konsultaatiomahdollisuudet ovat riittämättömät. Monet potilaat tarvitsevat hankalan oireen kuten kasvaimen aiheuttaman tukoksen tai verenvuodon vuoksi palliatiivista kirurgiaa tai sädehoitoa. (Hermanson ym. 2010: 64.)

Palliatiivisen hoidon päämäärä on siis potilaan ja hänen läheisensä hyvinvointi. Palliatiivinen hoito tukee elämää ja pitää kuolemaa siihen kuuluvana normaalina prosessina. Palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (Eho ym. 2003: 6.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa sellaisessa tilanteessa, jolloin parantavasta hoidosta on luovuttu eikä taudin etenemiseen enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoidossa kuoleva saatetaan hänen elämänsä viimeiselle matkalle. Hoidon päämääränä on potilaan fyysisten kärsimysten lievittäminen. Sen ohella myös psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioinen on tärkeää. Näihin kuuluu potilaan toiveiden huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä perus- ja oirehoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. Saattohoito on hyvin toteutuessaan moniammatillisen työryhmän toteuttamaa kokonaisuhoitoa. (Heikkinen ym. 2004: 19-20.)

Saattohoidon aloittaminen edellyttää päätöksen hoitolinjasta. Päätös saattohoidosta pitäisi yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Saattohoitopäätös tehdään, kun vakavasti sairaan potilaan sairaus on edennyt siihen vaiheeseen, ettei parantavaa hoitoa ole ja kuolema on väis-

tämättä lähestymässä. Päätös saattohoitoon siirtymisestä ei synny yleensä hetkessä, vaan siihen päädytään sairauden etenemisen myötä. (Heikkinen ym. 2004: 24.) Saattohoitopotilaita hoidetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja potilaan kotona kotisairaanhoidon turvin. Saattohoidossa pyritään hoidon inhimillistämiseen sekä kotona että laitoksissa ja joustavaan, potilaan tarpeita noudattavaan siirtymiseen kodista laitokseen ja päinvastoin. (Aalto 2000: 15-22.)

Saattokodiksi nimitetään hoitolaitosta, jossa kuolemaa lähestyville potilaille pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. 1960-luvulla syntyi Isossa-Britanniassa ajatus saattopotilaiden hoidosta. Se oli vastaus teknistyvälle lääketieteelle, joka unohti saattohoitopotilaat parantamiseen tähtäävillä osastoilla. Suomalaisena merkki-paaluna on pidetty vuotta 1982, jolloin lääkintöhallitus antoi terminalihoitoa koskevat hoito-ohjeet. Suomessa merkittäviä vaikuttajia kuolevien potilaiden saattohoidossa oli etenkin alkuvaiheessa luterilainen kirkko ja syöpäjärjestöt. Keskiajalla termillä ”hospice” tarkoitettiin lepoon ja virkistykseen tarkoitettua taloa, jossa kulkijat ja vieraat saattoivat oleilla. Suomessa termi saattokoti on yleistynyt samansisältöiseksi kuin hospice. (Hänninen 2001: 47.)

Saattohoito vaatii ammattitaitoa ja yhteistyötä. Saattohoitoa antavilta yksiköiltä vaaditaan valmiuksia ja riittävästi koulutettua ammattitaitoista henkilökuntaa hoidon toteuttamisessa. Lisä- ja jatkokoulutuksella sekä jatkuvalla työnohjauksella voidaan turvata työntekijöiden ammattitaito ja jaksaminen. Työnantajan velvollisuus on huolehtia näistä asioista. Saattohoitoa toteuttaviin yksiköihin onkin hyvä nimetä saattohoidosta vastaava lääkäri. (Eho ym. 2003: 11-13.)

Suomessa on vain muutama varsinainen saattohoitoyksikkö. Kaikki neljä varsinaista saattohoitokotia (Helsinki, Hämeenlinna, Tampere ja Turku) tarjoavat saattohoitoa kunnallisilla ostopalvelusopimuksilla. Niissä voidaan hoitaa vuosittain yhteensä runsas tuhat eli noin joka kymmenes saattohoitoa tarvitseva syöpäpotilas. Kaikissa perusterveydenhuollon yksiköissä tulee siis myös olla saatavilla tasokasta saattohoitoa. Yliopistosairaaloista vain Tampereen ja Helsingin syöpätautien klinikoilla toimii palliatiivisen hoidon yksikkö. (Hermanson ym. 2010:64.)

3 SAATTOHOITOPOTILAAN PÄIVITTÄISET ONGELMAT

Kuoleman lähestyessä ihmisen tarpeet vähenevät ja maailma kutistuu ensin huoneen, sitten vuoteen ja lopulta omien ajatusten kokoiseksi. Myös oireet ja niihin vaikuttamiskeinot muuttuvat. Mitä lähempänä arvioitu kuolema on, sitä tarpeettomaksi tulevat kenties aiemmin oleelliset hoitokeinot. Kaikissa vaiheissa kuolemiseen liittyy kuitenkin jonkinlaista kärsimystä. (Hänninen 2001: 75.)

Saattohoitopotilaat kärsivät useimmiten monista oireista samanaikaisesti. Oireiden moninaisuuden ja esiintyvyyteen vaikuttavat taudin luonne, potilaskohtaiset tekijät, ympäristö ja annetut hoidot. Kipu on kuitenkin yleisin oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa ja se liittyy useisiin päivittäisiin ongelmiin samanaikaisesti. Kipua esiintyy loppuvaiheen syövässä 35 - 96 %: lla. Kivun arviointi, haittaavuus, määrä, laatu, sijainti, esiintymisaika ja kokeillut lääkkeet on hyvän hoidon perusedellytys. Syöpäpotilailla kipu on yleisin oire. Kuitenkin noin neljännes syöpäpotilaista ei kärsi kivuista missään vaiheessa sairautensa aikana. Kipu ei välttämättä liity vaikeaan sairastamiseen. Kipu voi olla yleinen oire taudin edetessä syövän lisäksi muissakin sairauksissa. (Käypä hoitosuositus 2008.)

Muita yleisiä fyysisiä oireita saattohoitopotilailla voivat olla kipu ja hengenahdistus, jotka esiintyvät useimmissa oireyhtymissä. Myös ruoansulatuskanavanoireet, iho-oireet ja psyykkiset oireet voivat haitata saattohoitopotilaan elämää. Oireet voivat vaihdella eri potilailla. Tietty oire saattaa olla monella potilaalla, mutta toisia se vaivaa enemmän kuin toisia. Saattohoidossa tulisi keskittyä juuri potilasta häiritsevien oireiden hoitoon. (Hänninen 2003: 29.)

3.1 Ravinnon saantiin ja erittämiseen liittyvät oireet

Syömiseen ja ruuansulatukseen liittyvissä toiminnoissa voi ilmetä saattohoitopotilailla ongelmia. Kyse voi olla esimerkiksi ravinnon imeytymisen ja hyväksikäytön ongelmista, ravinnon pysymisen vaikeuksista tai siitä, ettei kulutettu ravinto poistu elimistöstä. Saattohoitopotilaiden ruuansulatuskanavan ongelmat voivat johtua sairaudesta, sen hoidosta, liitännäiskomplikaatioista tai erilaisista psykososiaalisista tekijöistä. Yleensä ongelmien taustalla voi olla saattohoitopotilaan kakeksiaoireyhtymä, autonomisen hermoston häiriö, opioidien käyttö tai näiden tekijöiden yhdistelmä. (Hänninen 2003: 152.)

Kakeksia-anoreksialla tarkoitetaan vaikeasti sairaan potilaan kuihtumista ja ruokahaluttomuutta. Potilas laihtuu, koska hänen ravinnonsaantinsa on huonoa ja halunsa syödä vähentynyt. Laihtuminen ja siihen liittyvä lihasmassa häviäminen johtavat heikkouden ja väsymyksen lisääntymiseen. Potilas muuttuu ulkonäöltään ja hänen liikuntakykynsä huononee. Liikuntakyvyn heikkeneminen lamauttaa potilaan vähitellen vuoteeseen. (Hänninen 2001: 107.)

Pahoinvointi ja oksentelu ovat yksi yleinen oire saattohoitopotilailla. Ne voivat johtua potilaan sairaudesta tai olla lääkehoidon sivuvaikutus. Pitkälle levinyttä syöpää sairastavan potilaan pahoinvointiin voi olla useita syitä, kuten ruoansulatuskanavan huonosta toiminnasta johtuvat syyt, aivoperäiset syyt tai kemialliset syyt. Mahdollisia pahoinvoinnin syitä voivat olla lääkkeet, metaboliset eli aineenvaihdunnalliset syyt, mahalaukun tyhjentymisen hidastuminen, ummetus, suolitukos, kohonnut kallonsisäinen paine, ahdistuneisuus ja nielun ärsytys. Pahoinvointi ja ruokahaluttomuus vaikeuttavat potilaan hoitoa kotona. (Heikkinen ym. 2004: 63.)

Kuoleman lähestyessä nieleminen vaikeutuu. Nielemisvaikeudella tarkoitetaan subjektiivista vaikeutta ravinnon tai nesteiden kuljettamisessa suusta mahalaukuun. Kyse voi olla ravinnon kuljetukseen liittyvistä motorisista ongelmista tai tulehduksellisten tai muiden tekijöiden aiheuttamasta nielemiskivusta tai epämukavuudesta. Saattohoitopotilaat eivät yleiskunnan laskiessa jaksakaan hienontaa ruokaansa, ja syljen erityksen väheneminen heikentää ruuan prosessointia suussa. Nielemisrefleksin heikkous voi johtaa ruuan aspirointiin. (Hänninen 2003: 173.)

Ummetus ja ripuli voivat myös vaikeuttaa saattohoitopotilaan oloa. Vahvat kipulääkkeet aiheuttavat ummetusta lähes jokaiselle. Lisäksi ravitsemuksen niukkuus, pienet nestemäärät ja liikkumisen vähäisyys hidastavat suolen toimintaa. Ummetukseen saattaa liittyä ns. ohivuotoripulia, jolloin kiinteän ulostemassan ohi valuu nestemäistä ulostetta. Joskus voidaankin erehtyä hoitamaan ummetusta ripulilääkein ja siten pahentamaan tilannetta. Liiallinen ummetuslääkkeiden käyttö voi aiheuttaa myös todellista ripulia. Ummetus on kivulias tila ja haittaa päivittäistä elämää. Ripuli puolestaan on sosiaalisesti rajoittava. (Hänninen 2008: 36.)

3.2 Hengenahdistus

Hengittämiseen liittyvät ongelmat ovat kuolevilla ihmisillä yleisiä ja moninaisia. Viimeisten elinviikkojen aikana hengenahdistuksesta kärsii eri tutkimusten mukaan 45 - 70% potilaista. Kyseessä on hankalasti hoidettava oire, ja se aiheuttaa pelkoa sekä potilaalle että omaisille. Oire myös lisääntyy taudin edetessä ja kuoleman lähestyessä. Muutokset hengityksessä ovatkin usein merkkejä jäljellä olevan elinajan lyhydestä. Hengenahdistus on subjektiivinen tunne riittämättömästä ilman saannista. Siihen voi myös liittyä hapen puute. Tunne voi usein johtua myös hyperventilaatiosta. Hengenahdistukseen vaikuttaa joukko tekijöitä, joista osa on fysiologisia ja osa psykologisia. Potilaan tuntema hengenahdistus ei välttämättä näytä ulospäin yhtä vaikealta kuin hänen kokemansa hengenahdistus. (Hänninen 2001: 117-120.)

3.3 Askites

Saattohoitopotilas voi myös kärsiä askiteksesta. Askites tarkoittaa nesteen kertymistä vatsaonteloon. Askites muodostuu, kun vatsakalvon kapillaarien nesteentuotanto lisääntyy ja lymfasuonten nesteenkuljetus on samanaikaisesti puutteellista. Askitekseen muodostuminen liittyy etenkin munasarja-, paksusuoli-, mahalaukku-, haima-, rinta- tai kohtusyöpiin. Askites-neste aiheuttaa täyttävää tunnetta vatsalla, ummetusta, suolen vetovaikeuksia, pahoinvointia ja hengenahdistusta. Usein askites liittyy huonoon ennusteeseen. (Vainio - Hietanen. 2004: 121.)

3.4 Iho-oireet

Iho-oireiden esiintyvyys ja häiritsevyys vaihtelevat syöpätyypistä riippuen. Yleisimmät iho-ongelmat ovat kutina, metastasointiin liittyvät haavaumat, painehaavaumat, hikoilu ja ihoinfektiot. Pahimmillaan oireet saattavat invalidisoida potilaan täysin ja muodostaa merkittäviä hoito-ongelmia. Haavojen hoidot ovat kuitenkin samanlaisia kuin makuuhaavojen hoidot. Hoitojen tavoitteena on haavaumien suurenemisen estäminen, paikallishoidot ja hajujen minimoiminen. Koska useimmat iho-oireet ovat kuitenkin näkyviä, ne aiheuttavat usein sosiaalista eristäytymistä. Niihin liittyy myös psykologisia ongelmia ruumiinkuvan muutosten, hajan ja erityksen vuoksi. Näkyvät haavaumat, toistuva hikoilu tai jatkuva kutina myös muistuttavat potilasta ja lähiympäristöä sairaudesta. (Hänninen 2003: 188; Nal – Pakanen 2001: 385.)

3.5 Psyykkiset oireet

Kuolemaa lähestyvä potilas saattaa kärsiä monenlaisista psykologisista tai orgaanista alkuperää olevista ajatustoiminnan ja tunne-elämän häiriöistä. Osa niistä on väliaikaisia kriisireaktioita, osa tautiin liittyviä elimellisiä muutoksia ja osa pitkäaikaisempaa psyykkistä kärsimystä aiheuttavia oireita. Kuolemaan liittyvä luopuminen, elämän päättyminen ja kuoleamisen tapaa koskevat pelot voivat olla saattohoitopotilaalle suurempi kärsimyksen aiheuttaja kuin ruumiilliset oireet. Psyykkisten oireiden hoidon tulisi perustua potilaan kuulemiseen ja hänen tarpeidensa huomioimiseen. Lääkäri voi tukea potilaan psyykkistä tasapainoa ja selviytymistä mm. seuraavilla tavoilla. Huonot uutiset tulee kertoa hienotunteisesti, potilaan toiveet hoidon suhteen tulee ottaa huomioon, sallitaan potilaalle tunteenilmaisut, hoidon tavoitteet asetetaan realistisesti ja turvataan hoidon jatkuvuus. Saattohoitopotilaan yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja delirium. (Hänninen 2003: 206; Nal – Pakanen 2001: 386.)

4 SAATTOHOITOPOTILAAN KIPU

4.1 Saattohoitopotilaan kivun kokemisen ominaispiirteet

Kipu on henkilökohtainen asia. Eri ihmiset kokevat yhtä voimakkaan kivun eri tavoin, sillä kipu on sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun seuraavasti: Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein. (IASP Pain Terminology 2007.)

Kivun kokeminen on siis täysin henkilökohtainen asia. Sen voimakkuutta, laatua ja paikkaa ei voida objektiivisesti mitata. Kipu ja kärsimys tulee näkyväksi ja on tunnistettavissa ainoastaan käyttäytymisen perusteella. Potilas viestittää hätäänsä ja kipua kielellisesti tai eleillä ja ilmeillä. Hän kuvailee oireitaan, valittaa, voivottaa, irvistelee, huokaisee, ontuu, vaihtaa asentoa, ottaa särkylääkettä – kaikki tämä on kipukäyttäytymistä, kivun tai kärsimyksen ilmentämistä. Kipu on näin ollen sitä, mitä ihminen sanoo tai ilmaisee olevan. Kivusta muodostuu jaettu ja mahdollisesti toimenpiteitä vaativa ongelma, kun se näkyy ihmisen käyttäytymisessä jollain tavalla. Kivun kokeminen, kivun ilmaiseminen ja kärsimys ovat siis kivun eri puolia. (Estlander 2003: 12.)

Kipu on siis epämiellyttävä kokemus, joka monesti vaikeuttaa sitä kokevan elämää monella tavalla. Kipua ei voida kyseenalaistaa. Kun ihminen ilmaisee kipua, kyseessä on kipuongelma. Käyttäytymisellään ihminen viestittää kipua ja ehkä myös kärsimystä. Kipu merkitseekin kärsimystä monelle ihmiselle. Pitkäaikainen kipu rasittaa, se rajoittaa toimintakykyä ja vaikuttaa ihmissuhteisiin. (Estlander 2003: 11.)

Kivun ilmaiseminen on normaalia, kun ihminen kokee kipua. Kun ihminen ahdistuu ja pelästyy ja sen mahdollisesti saamia merkityksiä, se osaltaan pahentaa kipua. Pelko lisää kipua. Kipuun liittyy myös monia muita tunnetiloja. Näistä yleisimpiä on masennus. Ajatus siitä, että on kivulias ja kuolemassa, aikaansaa hyödyttömyyden tunteita. Ne helposti johtavat ajattelemaan, ettei kukaan välitä näin hyödyttömästä ja tarpeettomasta ihmisestä ja että näin tulee aina olemaan. Toisaalta kipu voi synnyttää myös kiukkua ja saada tuntemaan olevansa huonosti kohdeltu, koska joutuu kärsimään kivusta. Toisinaan kyse ei ole pelkistä tunnetiloista, vaan kipu on huonosti hoidettu ja huonosti kohdeltu ihminen tuntee oikeutettua suuttumusta. (Hänninen - Pajunen 2006: 43-44.)

Kipu voi olla lyhytaikainen eli akuutti tai pitkäaikainen eli krooninen. Akuutin ja kroonisen kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia. Näiden välinen raja on kuitenkin epäselvä. Jotkut kiputilat sisältävät piirteitä sekä akuutista että kroonisesta kivusta. Akuutti kipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä kuten haavasta, murtumasta, leikkauksesta tai tulehduksesta. Kipu lievenee tavallisesti vaurion paranemisen myötä. Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisaajan jälkeen. Kirjallisuudessa tämä aikaraja on vaihteleva. Rajana on pidetty 3 - 6 kuukautta. (Vainio - Hietanen 2004: 17.)

Kipu voi olla myös jaksottaista. Potilaalla voi olla välillä täysin tai lähes oireettomia kausia, välillä taas pahempia kipujaksoja. Tämä koskee monia selkäkipupotilaita. Pitkäaikainen kipu rajoittaa ja passivoi, se koetaan riesaksi ja rasitteeksi, ja siihen saattaa liittyä elämänhalun heikkenemistä, toivottomuuden tunteita ja masennuksen oireita. Kivusta ja sen seuraamuksista saattaa muodostua vaikea ja ongelmallinen noidankehä, jossa kivun seuraukset ylläpitävät kipuongelmaa. Krooninen kipu voi pahimmissa tapauksissa olla niin voimakas, että kuolema tuntuu kipua paremmalta vaihtoehdolta. Onkin tärkeää, että kroonisista kivuista kärsivä potilas tuntee akuutin ja kroonisen kivun mekanismien ja merkitysten eron. (Estlander 2003: 17-19.)

Vaikka kipu on vain yksi kuolevan potilaan monista kärsimyksistä, se ei suinkaan ole vähämerkityksinen ongelma. Kipu on paitsi vaikeaksi koettu myös hyvin yleinen oire. (Hänninen 2003: 72.) Kivun kokemiseen liittyvät fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset ja yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet ja monet muut tekijät. Kukin potilas kokee kivun omalla tavallaan, eikä kahta samanlaista kipukokemusta ole olemassa. Usein potilas on kivulias ennen kuolemaansa ja kuollessaan. Kivun hoitoon on olemassa nykyään kehittyneitä lievennyskeinoja. Kipu on yksi vaikeasti sairastuneen potilaan eniten pelkäämistä oireista. Kipu, ahdistus ja ruumiilliset oireet sekä kuoleman pelko kytkeytyvät toisiinsa, ja niitä voi olla vaikea lievittää erikseen. (Heikkinen ym. 2004: 56.)

Kivun hoidossa on tärkeää, että potilaan subjektiiviset kokemukset otetaan todesta ja osataan havaita kipu, jota potilas ei ilmaise. Hoitajat ovat avainasemassa potilaan kivun tunnistamisessa ja siitä viestimisessä lääkärille. Kivun hoito on moniammatillista toimintaa. On tärkeää on kyky kuunnella, havaita ja aistia potilaan viestejä. (Heikkinen ym. 2004: 56.)

4.2 Saattohoitopotilaan kivun arviointi

Kipu on henkilökohtainen, yksilöllinen kokemus, jota on vaikea välittää toiselle ihmiselle. Toinen ihminen ei voi tietää miltä kipupotilaasta tuntuu, ellei hän itse ole kokenut juuri samanlaista kipua. Kivun mittaamiseen ei myöskään ole suoraa menetelmää, vaan kivun mittaaminen perustuu aina ihmisen omaan ilmoitukseen kivustaan. Silti kipua voidaan mitata, toisin sanoen henkilön ilmoittama kokemus voidaan kuvata numeroin tai sanoin. (Vainio 2003: 24.)

Saattohoitopotilaan kivun hallintaa ja hoitoa seurataan kivun voimakkuuden mittaamisella. Kipua ja sen voimakkuutta voidaan arvioida erilaisten sanallisten, numeraalisten tai visuaalisten asteikkojen ja mittareiden avulla. Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS (Visual analogue scale). (Heikkinen ym. 2004: 57.) VAS-jana on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Potilas merkitsee janan leikkaavan pystyviivan kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Janan vasen ääripää vastaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipuja ja oikea ääripää puolestaan pahinta mahdollista kipua. Janasta on kehitetty erilaisia versioita, jotka helpottavat sen käyttöä kliinisessä työssä. Janan asemasta voidaan käyttää punaista kipukiilaa, jolloin asteikon kasvaminen punaisemmaksi havainnollistaa ja yksinkertaistaa kipujan käyttöä. Lapsia varten on kehitetty kasvoasteikko, jossa viidellä erilaisella ilmeellä kuvataan kivun voimakkuutta. Visuaalisen asteikon ohella on mahdollista

käyttää myös sanallisia asteikkoja. (Kalso – Vainio 2002: 41.)

Kivun kuvaaminen sanallisesti antaa potilaalle mahdollisuuden ilmaista henkilökunnalle kipukokemuksensa sensorisia ominaisuuksia ja tunneperäisiä piirteitä. Sanallisessa kipumittarissa onkin jokaiselle kipua kuvaavalle sanalle määritelty numeerinen arvo kuvaamaan sen ilmaisevan kivun voimakkuutta. Sanat on luokiteltu eri luokkiin ja siirtyminen luokasta toiseen merkitsee kivun voimakkuuden muutosta. (Sailo - Varti 2000: 97-110.)

Kipusanaston avulla voidaan myös arvioida kivun voimakkuutta ja erottaa akuutti kipu kroonisesta kivusta. Tunnetuin kipusanasto on McGillin (MPQ, McGill Pain Questionnaire) kipusanasto. Kipusanaston avulla saadaan käsitys potilaan kivun voimakkuudesta, vaihteluisuudesta, sensorisista ominaisuuksista eli laadusta ja sen herättämistä tunnereaktioista. Kipusanastoa on myös sairauksien diagnostiikan apukeinona ja hoidon tulosten mittarina. (Estlander 2003: 135.)

Yksi kivun arviointimenetelmä on kipupiiirros. Kipupiiirroksessa potilas merkitsee kipunsa alueet piirrettyyn ihmishahmoon tietyillä ohjeissa määritellyillä merkeillä. Kipupiiirros on käyttökelpoinen kivun paikan selvittämisessä, mutta muita johtopäätöksiä siitä ei voi suoraan tehdä. Potilaan tapaan merkitä kipualueensa piirroksen vaikuttavat tietenkin muun muassa hänen persoonallisuutensa ja temperamenttiinsa liittyvät asiat. (Estlander 2003:134-135.)

Kivun seurannassa on huomioitava, että kivun sanallinen kuvaaminen on usein potilaalle vaikeaa. Erilaisia kipumittareita on tarjolla runsaasti, mutta systemaattista arviointitietoa niistä on vähän. Hoitohenkilökunnan tulee perehtyä nykyistä enemmän kivun arviointimenetelmiin ja lisätä niitä kivun hoidossa. Kun potilas toistuvasti arvioi kipukokemusta samalla asteikolla, kivun vaihtelut ja hoitojen vaikuttavuus saadaan hyvin esiin. Kivun säännöllinen seuranta ja kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on hoidon tehon seurannan kannalta tärkeää. Potilaat ilmaisevat kipunsa eri tavoin. Kipukokemukseen vaikuttavat kivun kesto, tyyppi ja sijainti. (Heikkinen ym. 2004: 57-58.)

4.3 Saattohoitopotilaan kivun kirjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on 19.1.2001 antanut asetuksen (99/2001) potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Asetukseen sisältyvät velvoittavat potilasasiakirjojen laatimista sekä potilasasiakirjojen ja muun hoidon yhteydessä syntyvän materiaalin säilyttämistä koskevat säännökset. Asetuksessa korostetaan, että hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjatietojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja edellyttävät huolellisuutta potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 3-9.)

Kivun kirjaaminen onkin tärkeä osa saattohoitopotilaan kivun hoitoa. Kirjaaminen kertoo henkilökunnalle potilaan hoitoon liittyvistä asioista, jotka on tehty ja joita potilaalle suunnitellaan tehtäväksi. Kirjaamisen avulla myös potilaan oma kipukokemus välittyy häntä hoitavalle henkilökunnalle. Kivun kirjaaminen on kivunhoidon laadun varmistusta ja kehittämistä. Säännöllinen ja asianmukaisesti toteutettu kirjaaminen on edellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, hoidon toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisella on tärkeä merkitys myös potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitajan oikeusturvalle ja hoidon laadun varmistamiselle ja kehittämiselle. Erityisen tärkeänä kirjaamista pidetään silloin, kun hoidettavan henkilön terveydentila on niin heikko, ettei hän sairautensa vuoksi pysty itse kertomaan, miten hän haluaisi itseään hoidettavan tai miten häntä on hoidettu. (Hallila 1998: 5-9; Sailo – Vartti 2000: 97-110.)

Jaana Palviainen oli tutkinut pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaamisesta vuonna 2005 pro gradu työssään. Hänen tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, millä tavalla asukkaan kivun arviointi ja hoito oli kirjattu hoitosuunnitelmalomakkeisiin ja päivittäisen hoitotyön seurantalomakkeisiin. Tutkimuksessa tuli esille, että asukkaiden kipua arvioitiin lähinnä käyttäytymismuutosten ja verbaalisten ilmaisujen perusteella. Asukkaiden kivun arviointimenetelmiä ei oltu käytetty tai niitä ei oltu kirjattu. Lääkkeellinen kivun hoito oli yleisintä.

Hoidettaessa kipua sen tarkka kirjaaminen onkin pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle. Potilaalla on oikeus tulla kuulluksi ja kivun kirjaaminen potilaan omilla sanoilla takaa hänelle hyvän kivun hoidon. Potilasturvallisuuden takia kivun kirjaamisessa on tärkeä huomioida lääkeaine yliherkkyydet, edellisten hoitojen vaikutukset ja niiden tai lääkkeiden

aiheuttamat mahdolliset sivuvaikutukset. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi, esimerkiksi potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai hoitajan vaihtuessa työvuoron päättyessä, on tärkeää, että potilaan saamat kipulääkkeet, niiden vaikutukset ja tarvittaessa määrätty kivunhoito on asiallisesti kirjattu potilaspapereihin. (Sailo - Vartti 2000: 97-110.)

Kivun mittaamisessa käytetään aina samoja yhteisesti sovittuja ja potilaskohtaisia yksilöllisiä kivunmittausvälineitä, jolloin kivun mittaaminen ja mittauksen tulosten merkintä potilaspapereihin takaa potilaalle hänen tarpeitaan vastaavan kivun hoidon. Kivun hoidon laatua ja tehoa voidaan valvoa ja parantaa, kun potilaspapereissa on tietoa, jota voidaan seurata. (Sailo - Vartti 2000: 97-110.)

5 TARKOITUS JATUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tutkimustiedon avulla saattohoitopotilaan kivun arviointia ja kehittää kivun hoitotyötä osastolla sekä antaa työpaikkani hoitajille lisää tietoa aiheesta.

Työssäni päädyin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua?
2. Miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä on dokumentoitu?

6 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

6.1 Aineiston valintakriteerit

Opinnäytetyön aineisto muodostui tieteellisistä tutkimusartikkeleista. Valitsin artikkelit seuraavien kriteerien perusteella:

1. Tutkimus oli vuodelta 2000 tai sitä uudempi.
2. Artikkelit vastasi tutkimuskysymyksiin.
3. Artikkelit oli suomen- tai englanninkielinen.
4. Kyseessä oli tieteellinen tutkimusartikkeli, ja tutkimusaineisto oli kerätty potilailta tai hoitajilta.

6.2 Tiedonhaku

Tutkimusartikkelit keräsin CINAHL-, OVID- ja MEDIC- tietokantojen kautta sekä käsihaulla. Artikkelien tuli ajallisesti rajattua vuosille 2000–2009. Hakusanoina käytin ”saattohoito”, ”kivun arviointi”, ”hospice care” ja ”pain assessment”. Hain tietoa näillä hakusanoilla yhdessä ja erikseen. Haun kuvaan tarkemmin taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Käytetyt tietokannat ja hakusanat ja niiden perusteella valitut tutkimukset.

Tietokanta	Rajaukset	Hakusanat	Tulos	Otsikon ja tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
CINAHL	2000-2009	hospice care	2773		
		pain assessment	901		
		hospice care and pain assessment	11	11	4
		hospice care or pain assessment	3663		
OVID	2000-2009	hospice care	3789		
		pain assessment	6034		
		hospice care and pain assessment	198	65	2
		hospice care or pain assessment	9586		
MEDIC	2000-2009	saattohoito	1		
		kivun arviointi	192		
		saattohoito ja kivun arviointi	-		
		saattohoito tai kivun arviointi	193		
KÄSIHAKU					4
YHT					10

Haut on tehty 29.11.2009.

Hospice care ja pain assessment- hakusanat tuottivat aluksi paljon hakutuloksia, mutta yhdistelemällä näitä sanoja väheni hakutulosten määrä. Ensi vaiheessa valitsin artikkelit otsikon perusteella. Mikäli otsikko oli lupaavan tuntuinen, perehdyin artikkelin tiivistelmään. Jos artikkeli tiivistelmän perusteella näytti vastaavan hyvin tutkimuskysymyksiin, perehdyin koko tutkimukseen. Olen kuvaillut valitun aineiston jakautumisen julkaisun ja ilmestymisvuoden mukaan taulukossa 2.

TAULUKKO 2 Aineiston jaottelu julkaisun ja ilmestymisvuoden mukaan.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
American Journal of Hospice & Palliative Care	1		1								
Hoitotiede			1								
Journal of Gerontological Nursing										1	
Journal of Hospice and palliative Nursing			1		1						
Journal of Pain and Symbtom Management				1					1		
Journal of Palliative Medicine						1					
Pain Management Nursing			1								
YHT	1		4	1	1	1			1	1	10

Kuten taulukossa 2 olen esittänyt, valitsin artikkelit monipuolisesti eri tieteellisistä julkaisuista. Artikkeleista lähes kaikki olivat englanninkielisiä, vain yksi oli suomalaisesta Hoitotiede-lehdestä. Puolet tutkimuksista oli tehty Yhdysvalloissa, kaksi Kanadassa, yksi Israelissa, yksi Ruotsissa, ja yksi Suomessa.

6.3 Aineiston analysointi

Kirjallisuuskatsauksen aineisto voidaan analysoida laadullisesti tai määrällisesti. Sovelsin työssäni laadullisen aineiston sisällönanalyysiä. Tutkimusaineiston analyysin aloitin lukemalla artikkelit useaan kertaan läpi ja muodostin tutkimuksista taulukoita. (Ks. liite 1.) Työskentelin liitetaulukkoa apuna käyttäen ja palasin sinne aina tarvittaessa. Sitten tarkastelin aineistoa tutkimuskysymyksiä näkökulmasta. Ensin tunnistin aineistosta ilmaisut, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Sitten näitä ilmaisuja ryhmittelin ja muodostin sisältöluokkia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistin saamaan kategoriaan ja annoin kategorialle sisältöä kuvaavan nimen. Näin muodostui alakategoriat. Yläkategorian nimi muodostui tutkimuskysymyksestä. (Tuomi – Sarajärvi: 2004: 102-103.)

7 TULOKSET

7.1 Saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmät

Tutkimusaineistosta nousi esiin viisi osa-aluetta siitä, miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua. Näitä osa-alueita olen havainnollistanut taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmät.

Kivun arvioinnin menetelmät ALAKATEGORIA	MAININNAT (kuinka monessa artikkelissa maininta)	YLÄKATEGORIA
Keskustelu potilaan kanssa	6	Hoitotyöntekijöiden käyttämät saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmät
VAS-asteikon käyttö	3	
Kipujanahan käyttö	1	
Potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen	5	
Arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö	2	

7.1.1 Keskustelu potilaan kanssa kivun arvioinnin menetelmänä

Keskustelu saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmänä tuli esille kuudessa artikkelis-
sa. Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa selvitettiin kuolevan potilaan fyysistä kivun hoitoa
terveyskeskuksissa työskentelevien sairaanhoitajien arvioimana. Tutkimuksessa ilmeni, että
sairaanhoitajien yleisin kivunarviointimenetelmä oli keskustelu potilaan kanssa ilman erityis-
ten kipumittarien- tai asteikkojen käyttöä. Saattohoitopotilaiden kipujen arvioiminen keskus-
telemalla tuli myös esille kahdessa Duggelbyn (2000, 2002) tutkimuksessa. Näissä tutkimuk-
sissa saattohoitopotilaat kykenivät kuvailemaan kipujaan ja heidän kuvauksiaan sovellettiin
kivun arviointimenetelmiin.

Keskustelua käytettiin myös kolmessa muussa tutkimuksessa apuna, kun selvitettiin potilai-
den kipuja (Ternstedt ym. 2002; Murray ym. 2004; Oliver ym. 2007). Ternstedt ym.
(2002) tutkimuksessa kuvattiin meneillään olevaa prosessia ruotsalaisessa hoitokodissa, jon-
ka avulla edelleen kehitettiin mallia hoitosuunnitelmalle, dokumentoinnille ja saattohoidon
laadulle. Tutkimuksessa ilmeni, että kipua arvioitiin siitä, miten potilas voi. Keskustelemalla
potilaan kanssa hänen kivuistaan, sai potilas nopeasti avun ja turvan mitä hän tarvitsi. Potilas
sai myös nopeasti avun ongelmiinsa, mikä johti pikaiseen vasteeseen.

Murrayn ym. (2004) tutkimuksessa saattohoitajia pyydettiin nimeämään aihealueita, joihin he
tarvitsivat lisää koulutusta. Hoitajat kokivat tarvitsevansa eniten koulutusta kivun selvityk-
seen ja hoitoon. Tutkimuksessa ilmeni, että puolet hoitajista oli kysellyt potilaiden kipua 80
%:sti sekä pystynyt helpottamaan ja hoitamaan potilaiden kipua 80 %:sti.

Oliverin ym. (2007) tutkimuksessa kipua arvioitiin potilas-hoitajakeskusteluiden kautta.
Keskustelut videoitiin ja kirjoitettiin tarkasti ylös kaikki sanat, ja kipu-sanan sisältyminen
puheeseen määritteli tilanteen kipukeskusteluksi. Potilastapauskeskusteluissa puhuttiin ki-
vusta noin 40 % keskustelun ajasta. Yhteensä 230 kipukeskustelua koodattiin, joista jopa
20 % käsitteli potilaskivun valituksia. Yli 20 %:lla potilaista oli kokemusta erilaisista kivuis-
ta.

7.1.2 VAS-asteikon käyttö potilaan kivun arvioinnissa

VAS-asteikon käyttäminen potilaan kivun arvioinnissa tuli esille kolmessa artikkelissa. Han-
sonin ym. (2005) tutkimuksessa selvitettiin, parantaako laadun parantamiseen tähtäävä inter-
ventio vanhainkodeissa saattohoitoa, kivun hallintaa ja hoidon suunnittelua. Tutkimuksessa

ilmeni, että kipumittarin käyttö dementikoilla lisääntyi merkittävästi intervention jälkeen.

Bercovitchin ym. (2002) tutkimuksessa tarkasteltiin moniulotteisen jatkuvan kipuselvityskartan käyttöä terminaalipotilailla. Tutkimuksessa myös kartoitettiin VAS- arvio, erityishoitekniikat ja peruslääkitys. Tutkimuksessa ilmeni, että VAS-asteikkoa käytettiin kattavasti terminaalipotilailla kivun arvioinnissa. VAS-mittarin avulla arvioitiin kipua ja pyrittiin VAS-mittarin kolmostasolle. Lähes kaikki potilaat pääsivät kolmostasolle ja yli puolet potilaista pääsi kolmostasolle kuudessa päivässä. VAS-mittarin avulla myös arvioitiin potilaiden viskeeraalista ja neuropaattista kipua. Molempien kipujen VAS-arviointi laski erittäin merkittävästi parin viikon aikana. Tutkimuksen kaikissa kategorioissa kipu laski erittäin merkittävästi.

Duggleby (2002) tutkimuksessa selvitettiin, kuinka iäkkäät saattohoitopotilaat kuvailivat kipuaan ja verrattiin heidän kuvauksiaan kolmeen yleisesti käytettyyn kivun arviointimenetelmään. Kivun arviointimenetelmiä olivat VAS, MPQ ja MPAC. Tutkimuksessa ilmeni, että saattohoitopotilaat käyttivät VAS-mittaria apuna kuvaillessaan kipuja. He kuvailivat kipuja sanalla paha, mutta eivät kuitenkaan käyttäneet sanoja pahin kipu tai vähin kipu kuvaillessaan kipuja.

7.1.3 Kipujanan käyttö potilaan kivun arvioinnissa

Kipujanan käyttö potilaan kivun arvioinnissa tuli esille vain yhdessä artikkelissa. Ainoastaan Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajat käyttivät kipujanaa apuna arvioidessaan saattohoitopotilaiden kipuja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kipujanaa ja numeerista luokitteluasteikkoa käytettiin kuitenkin vain erittäin harvoin kivun arvioinnissa. Muissa tutkimuksissa ei tullut esille, että kipujanaa olisi käytetty apuna potilaan kivun arvioinnissa.

7.1.4 Potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen

Potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen tuli esille viidessä artikkelissa, kun arvioitiin saattohoitopotilaan kipuja. Dugglebyn (2002) tutkimuksessa saattohoitopotilaat käyttivät runsaasti erilaisia kivun ilmaisuja kuvatessaan kipujaan. Saattohoitopotilaat pystyivät kuvailemaan kipuja ja käyttivät enemmän kuin yhden sanan kuvaillessaan kipuja. Potilaat käyttivät sanoja tylsä, kun kuvasivat kroonista kipua ja kauhistuttava, kun kuvasivat akuuttia kipua. Saattohoitopotilaat käyttivät myös verbaalisia sanoja osoittaakseen kivun voimakkuutta sekä käyttivät vertauksia että toistivat sanoja kuvatakseen kipuja.

Dugglebyn (2000) tutkimuksessa selvitettiin ja kuvattiin saattohoitosyöpöpotilaiden kipukokemuksia. Tutkimuksessa saattohoitopotilaat kuvailivat kipuja eri paikoissa. Viisi potilasta kuvaili kipua enemmän kuin yhdessä paikassa. Saattohoitopotilaat myös kuvailivat kahden tyyppistä kipua ja niiden luonnetta. Ensimmäinen kipu oli fyysinen kipu, joka sisälsi sekä kroonisen että akuutin kivun. Krooninen kipu oli mietoa ja verrattuna akuuttiin kipuun, sitä kuvailtiin sanoilla joka paikan kipua ja normaalia. Toinen kipu oli psykologinen kipu. Kivun kuvailut noudattivat kivun hierarkiaa vähimmästä pahimpaan. Saattohoitopotilaat myös kuvailivat kipua eri tasoilla. Toisen tason kipu oli akuuttia, sitä kuvailtiin sanoilla repivää, hirtittävää. Se alkoi nopeasti ja odottamattomasti. Kolmannen tason kipu oli pahin; se oli psykologinen, henkinen tai sydämelle käyvä. Psykologinen kipu sisälsi menetyksen fyysisyydestä, elämästä ja uskosta. Siihen myös sisältyi kuvaus, ettei enää ole aikaa jäljellä. Psykologiseen kipuun liittyi seuraavia saattohoitopotilaiden kuvauksia: avuttomuus, riippuvuus toisista ja vaikeus luoda uudelleen suhteita.

Dugglebyn (2000) tutkimuksessa saattohoitopotilaat tunnistivat strategiat, joilla voidaan vähentää kipua. Nämä strategiat jaettiin kahteen alaryhmään eli kategoriaan. Toinen kategoria oli mitä itse teen, joka ilmeni esimerkiksi lääkkeen ottamisena. Toinen kategoria oli mitä toiset tekevät, joka ilmeni lääkepiikin antamisena. Saattohoitopotilaat kuvasivat, kuinka he reagoivat strategioihin. Esimerkiksi lääkitys ei usein toiminut tai jos toimi, niin apu oli vain asteittaista.

Ternestedtin ym. (2002) tutkimuksessa kipua ja sen lievitystä arvioitiin yleisten ja havaintojen ja hoidon kautta. Potilaat pystyivät ilmaisemaan, jos eivät halunneet kivun lievitystä ja harvoin ilmaisivat vaivojaan. Hansonin (2005) tutkimuksessa saattohoitopotilaan kroonisen kivun tunnistaminen lisääntyi vain hieman. Oliverin ym. (2007) tutkimuksessa tuli esille, että kipukeskusteluissa fyysinen kipu hallitsi keskusteluja. Psykologisesta puolesta oli vähän puhetta, hengellisestä puolesta oli hyvin vähän ja sosiaalisesta puolesta ei ollenkaan. Kipukeskusteluihin liittyi usein aihe ruokahalusta, aktiivisuudesta, jännittyneisyydestä ja yleiskivusta.

7.1.5 Arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö potilaan kivun arvioinnissa

Arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö potilaan kivun arvioinnissa tuli esille kahdessa artikkelissa. Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajat käyttivät arviointilomaketta

vain erittäin harvoin apuna, kun keräsivät tietoja saattohoitopotilaiden kivusta.

Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa haastateltiin sairaanhoitajia ja heiltä kysyttiin, kuinka monella potilaalla he katsoivat olevan hoitamaton keskivaikeata tai vaikeata kipua viikon aikana. Kivun arvioinnin apuna käytettiin PM-CAT (The Pain Management Chart Audit Tool) -kyselylomaketta. PM-CAT- kyselylomake sisälsi yhdeksän kohtaa, jonka avulla arvioitiin mm. kivun intensiteettiä, paikkaa, luonnetta, aluetta sekä vaikutusta toimintaan ja elämänlaatuun. PM - CAT- kyselylomakkeen avulla saatiin selville kivun luonne ja sen tulos suhteutettiin kivun hoitoon. Tutkimuksessa tuli esille, että kroonista kipua selvitettiin vähintään kerran viikossa 32 %:ssa. Kipua tai sen paikkaa selvitettiin kaksi tai useamman kerran kuukaudessa 35 %:ssa, kivun luonnetta selvitettiin vain 7 % kuukauden sisällä. Kivun vaikutusta toimintaan tai elämänlaatuun selvitettiin vain 3 %:ssa.

7.2 Saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi

Tutkimusaineistosta nousi esiin neljä osa-aluetta, miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä on dokumentoitu. Näitä osa-alueita olen havainnollistanut taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi.

Dokumentointia kuvaava tulos ALAKATEGORIA	MAININNAT (kuinka monessa artikkelissa maininta)	YLÄKATEGORIA
Kipulääkkeiden käytön dokumentointi	2	Saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi
Kivun hoidon määrän dokumentointi	3	
Kivun hoidon arvioinnin dokumentointi	4	
Kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointi	2	

7.2.1 Kipulääkkeiden käytön dokumentointi

Kipulääkkeiden käytön dokumentointi saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointina tuli esille vain kahdessa artikkelissa. Hansonin ym. (2005) tutkimuksessa kipu-

lääkkeiden käytön dokumentointi lisääntyi muutaman prosentin verran (77 %:sta 81 %:iin) ja kipupotilaiden ei-lääkkeelliset hoidot lisääntyivät parinkymmenen prosentin verran. Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa tuli esille, että dokumentit kivun luonteesta ja lääkityksen tehosta puuttui useasti. Muissa tutkimuksissa ei mainittu kipulääkkeiden käytön dokumentointia.

7.2.2 Kivun hoidon määrän dokumentointi

Kivun hoidon määrän dokumentointi tuli esille kolmessa artikkelissa. Hansonin ym. (2005) tutkimuksessa tuli esille, että kivun arvioinnissa, hoidossa ja hoitosuunnitelmien dokumentoinneissa ei ollut eroa vertailuhoitokotikohteiden välillä. Dokumentoitujen loppuhoitokustelujen määrä kohosi yli kymmenen prosentin verran. Murrayn ym. (2004) tutkimuksessa ilmeni, että vajaa puolet vastanneista sairaanhoitajista oli dokumentoinut kipua 70 %:sti.

Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksen tuloksissa tuli esille, että kaikki saattohoitopotilaat olivat kokeneet kipua, mutta 15 %:lla ei ollut tehty mitään kyselyä kuukauden aikana ja vain 32 %:lla oli kipua dokumentoitu viikoittain.

7.2.3 Kivun hoidon arvioinnin dokumentointi

Kivun hoidon arvioinnin dokumentointi tuli esille jopa neljässä artikkelissa, kun tarkasteltiin saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointia. Murrayn ym. (2004) tutkimuksessa tuli esille, että sairaanhoitajat arvioivat kipua enemmän kuin dokumentoivat. Sairanhoitajat myös arvioivat omaa toimintaansa kivunhoidossa huomattavasti paremmaksi muihin hoitajiin verrattuna. Sairanhoitajien mielestä kivusta ja sen hoidosta sai eniten tietoa lääkäreiltä ja kollegoiltaan. Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta kivun arvioinnista ja hallinnasta.

Millerin ym. (2003) tutkimuksessa vertailtiin kivun arviointia ja hoitoa saattohoito- ja ei-saattohoitokodin asukkaiden välillä elämän viimeisten 48 tunnin aikana. Tutkimuksessa ilmeni, että saattohoito parantaa kivun arviointia ja hoitoa verrattuna ei-saattohoito asukkaisiin. Tutkimuksessa tuli myös esille, että 7 %:lla pitempiaikaisista saattohoitoasukkaista ei kivun arviointia oltu dokumentoitu. 39 %:lla pitempiaikaisista saattohoitoasukkaista oli kipua kuitenkin dokumentoitu elämänsä viimeisten 48 tunnin aikana.

Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa ilmeni, että dokumentit kivun voimakkuudesta

puuttuivat yli puolessa sairaskertomuksista eikä peruskivun selvitystä oltu luotettavasti tehty. Ternestedtin ym. (2002) tutkimuksessa selvitettiin, oliko hoitotoimet mahdollistaneet potilaalle hyvän kuoleman. Tutkimusaikana kuoli 68 potilasta. Aineistoa tutkittaessa löytyi kuitenkin vain 35 täydellistä potilaiden kuoleman dokumentaatiota, jotka täyttivät hyvän kuoleman kriteerit ja hoidon analyysi oli suoritettu loppuun. Hyvän kuoleman kriteereitä olivat muun muassa, että potilas sai riittävää oireiden helpotusta kivun hoidossa ja kivun hoitomuoto oli asiallinen.

7.2.4 Kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointi

Kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointi tuli esille ainoastaan kahdessa artikkelissa. Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa ilmeni, että dokumentit kivun voimakkuudesta ja luonteesta puuttuivat useasti. Ternestedtin ym. (2002) tutkimuksessa ilmeni, että tutkimusaikana mukana olleiden potilaiden hoitodokumentointien taso parani. Tämä ilmeni hoitodokumenttien monipuolistumisena siten, että niistä tuli laajempia ja ne tarkentuivat potilaiden tarkkoihin tarpeisiin ja toiveisiin. Potilaiden itsemääräämisoikeutta myös kunnioitettiin.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsaukseni tarkoitus oli kartoittaa tutkimustiedon avulla saattohoitopotilaan kivun arviointia ja kehittää kivun hoitotyötä osastolla. Työni myös samalla antaa työpaikkani hoitajille lisää tietoa aiheesta.

Opinnäytetyössäni tuli esille, että hoitotyöntekijöiden käyttämät yleisimmät saattohoitopotilaan kivun arvioinnin menetelmät olivat keskustelu ja potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen. Näitä menetelmiä käytettiin puolessa tai vähän yli puolessa tutkimuksissa. Nämä menetelmät olivat mielestäni helposti käytettäviä, koska hoitotyöntekijät eivät tarvitse mitään apuvälineitä.

Opinnäytetyöni tuloksista ilmeni, että Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajien yleisin kivunarviointimenetelmä oli keskustelu potilaan kanssa. Myös Ternestedt ym. (2002) tutkimuksessa kipua arvioitiin siitä, miten potilas voi. Keskustelu potilaan kanssa auttoi hän-

tä nopeasti saamaan tarvitsemansa avun ja turvan.

Hoitotyöntekijöiden arvioidessa saattohoitopotilaan kipua, tuli esille lähes puolessa tutkimuksista potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen. Esimerkiksi Dugglebyn (2002) tutkimuksessa saattohoitopotilaat käyttivät runsaasti erilaisia kivun ilmaisuja, kun kuvasivat kipujaan. Saattohoitopotilaat kykenivät kuvailemaan kipuja ja ja käyttivät enemmän kuin yhden sanan kipuja kuvaillessaan.

Vainio (2003) on esittänyt, että kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää, vaan kivun mittaaminen ja arviointi perustuu aina ihmisen omaan ilmoitukseen kivustaan. Silti kipua voidaan mitata, toisin sanoen henkilön ilmoittama kokemus voidaan aina kuvata numeroin tai sanoin. Palviaisen (2005) tutkimuksessa arvioitiin asukkaiden kipua lähinnä käyttäytymismuutosten ja verbaalisten ilmaisujen perusteella. Tutkimuksessa tuli myös esille, että mitään kivun arviointimenetelmiä ei oltu asukkailla käytetty tai niitä ei oltu kirjattu.

Heikkinen ym. (2004) ovat todenneet, että VAS- asteikko on yleisimmin käytetty kipumittari. VAS-asteikon käyttäminen ilmenikin kolmanneksi yleisimpänä hoitotyöntekijöiden käyttämänä kivun arvioinnin menetelmänä. Sitä kuitenkin käytettiin vain kolmessa tutkimuksessa. Esimerkiksi Bercovitchin ym. (2002) tutkimuksessa käytettiin kattavasti VAS-asteikkoa terminaalipotilailla kivun arvioinnin selvittämisessä. VAS- mittarin avulla arvioitiin potilaiden viskeraalista ja neuropaattista kipua. Tutkimuksesta ilmenikin, että viskeraalisen ja neuropaattisen kivun VAS-arviointi laski erittäin merkittävästi parin viikon aikana.

Kipujanan ja arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö oli tutkimuksessa vähäistä. Kipujanaa käytettiin vain yhdessä tutkimuksessa apuna ja arviointi- ja kyselylomakkeita vain kahdessa tutkimuksessa. Ainoastaan Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajat käyttivät kipujanaa, mutta kuitenkin erittäin harvoin saattohoitopotilaiden kivun arvioinnissa.

Arviointi- ja kyselylomakkeita käytettiin kahdessa hyvin erilaisessa tutkimuksessa apuna. Kuuppelomäen (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajat käyttivät kuitenkin vain erittäin harvoin arviointilomaketta apuna, kun keräsivät potilailta tietoja kivusta. Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa käytettiin PM-CAT- kyselylomaketta apuna, kun sairaanhoitajia haastateltiin ja heiltä kysyttiin, kuinka monella potilaalla katsoivat olevan hoitamaton keskivaikeata kipua tai vaikeata kipua viikon aikana.

Tutkimuksestani ilmeni, että saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen dokumentointi oli usein puutteellista. Tutkimusartikkeleissa oli enemmän arvioitu kipua kuin dokumentoitu sitä. Yleisin menetelmä dokumentoinnissa oli kivun hoidon arvioinnin dokumentointi. Sitäkin käytettiin vain neljässä tutkimuksessa ja määrä oli mielestäni erittäin pieni. Esimerkiksi Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa ilmeni, että dokumentit kivun voimakkuudesta puuttuivat yli puolessa sairaskertomuksista eikä peruskivun selvitystä oltu luotettavasti tehty.

Ternestedtin ym. (2002) tutkimuksessa selvitettiin, olivatko hoitotoimet mahdollistaneet potilaalle hyvän kuoleman. Tutkimusaineistosta löytyi kuitenkin selvitetäessä vain 35 täydellistä dokumentaatiota potilaan kuolemasta, jotka täyttivät hyvän kuoleman kriteerit ja hoidon analyysi oli suoritettu loppuun. Tutkimusaikana oli kuollut 68 potilasta.

Hallila (1998) sekä Sailo ja Vartti (2000) ovat todenneet, että säännöllinen ja asianmukaisesti toteutettu kirjaaminen on perusedellytyksenä potilaan hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, hoidon toteutukselle ja arvioinnille. Kirjaamisen avulla potilaan oma kipukokemus välittyy häntä hoitavalle henkilökunnalle.

Toiseksi yleisin saattohoitopotilaan kivun ja sen lievittymisen menetelmä oli kivun hoidon määrän dokumentointi. Se ilmeni vain kolmessa tutkimuksessa. Esimerkiksi Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksen tuloksista tuli esille, että kaikki saattohoitopotilaat olivat kokeneet kipua, mutta 15 %:lla ei ollut mitään kyselyä kuukauden aikana ja vain 32 %:lla oli kipua dokumentoitu viikoittain.

Vain kahdessa tutkimuksessa ilmeni kipulääkkeiden käytön dokumentointi. Hansonin ym. (2005) tutkimuksessa kipulääkkeiden käytön dokumentointi lisääntyi muutaman prosentin verran ja kipupotilaiden ei-lääkkeelliset hoidot lisääntyivät 20 %:n verran. Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa tuli esille, että dokumentit kivun luonteesta ja lääkityksen tehosta puuttuivat useasti. Sailo ja Vartti (2000) ovat kuitenkin todenneet, että kipua hoidettaessa sen tarkka kirjaaminen on pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle.

Kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointi tuli esille ainoastaan kahdessa tutkimuksessa. Jablonskin ja Ersekin (2009) tutkimuksessa ilmeni, että dokumentit kivun voimakkuudesta ja luonteesta puuttuivat useasti. Sitä vastoin Ternestedtin ym. (2002) tutkimuksesta tuli esille, että tutkimusaikana mukana olleiden potilaiden hoitodokumentointien taso parani.

Tämä ilmeni hoitodokumenttien monipuolistumisena siten, että niistä tuli laajempia ja tarkentuvivat potilaiden tarkkoihin tarpeisiin ja toiveisiin.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelu

Tutkimukseni pyrkimys on ollut tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimukseni luotettavuuden arvioinnissa olen selvittänyt, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioin seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.)

Opinnäytetyöni uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimukseni uskottavuus ilmeni siinä, että olin riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa eli lähes vuoden verran. Olen myös keskustellut saattohoitoon perehtyneen henkilön kanssa aiheesta, sillä hänkin on tehnyt samaan aikaan saattohoitoon liittyvästä aiheesta opinnäytetyötä.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiini ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessiä kulkua pääpiirteissään. Vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri. Niihin tuloksiin, joihin itse päädyin, ei toinen tutkija välttämättä päädy samaankaan aineiston perusteella samaan tulkintaan laadullisessa tutkimuksessa. Todellisuksia on monia, ja se hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. Mielestäni työnohjaus myös lisäsi vahvistettavuutta.

Refleksiivisyys edellyttää, että olen tutkimuksen tekijänä ollut tietoinen omista lähtökohdistani sekä kuinka voin vaikuttaa tutkittavaan aineistoon ja tutkimusprosessiin. Olen myös kuvannut lähtökohdat opinnäytetyössäni. Tutkimukseni tulokset tulevat myös esille käytetystä aineistosta enkä ole esittänyt omia päätelmiä tulosten tarkastelussa.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tavoitteena on ollut antaa riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimusaineistosta, jonka avulla luki- ja voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. Tähän liittyen olen selvittänyt aineiston keruun tulokset taulukon muodossa. (Ks liite 1.) Aineiston analyysi on käsitelty tekstissä huolellisesti ja perusteellisesti.

8.3 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu

Opinnäytetyön tekemisessä eettisillä seikoilla on merkittävä osuus. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä voi viedä pohjan koko tutkimukselta. Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimusentekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä – Juvakka 2007: 137.)

Aiheena kuolevaa potilasta koskeva tutkimus on arkaluonteinen. Tutkimuksen tekijänä minulla on vastuu tutkimuksen aiheen valinnasta ja tulosten hyödyntämisestä työpaikallani. Tämän olen jo tiedostanut aiheen valinnassa. Opinnäytetyöni perustuu laadullisiin tutkimusartikkeleihin, jotka ovat julkisia ja joiden eettisyys on jo huomioitu julkistettaessa.

Tutkimusmenetelmän valintaa ja tutkimusaineiston analysointia olen arvioinut tutkimusetiikan näkökulmasta. Tutkimustuloksia raportoidessani olen pyrkinyt noudattamaan avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta kaikissa tutkimusvaiheissa. Valtaosa tutkimusartikkeleista oli englanninkielisiä, mikä toi lisähaasteen niiden analysointiin. Olen parhaani mukaan pyrkinyt tulkitsemaan artikkelien tuloksia oikein. Tutkimuksen lopussa on ilmoittanut käytetyt lähteet. Jokaisessa opinnäytetyöni vaiheessa olen parhaani mukaan noudattanut eettistä arviointikykyä.

8.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyössäni tuli esille useita menetelmiä, miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua. Näitä menetelmiä olivat keskustelu, VAS-asteikon, kipujanon ja arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttö potilaan kivun arvioinnissa sekä kivun ilmaisujen kuvaaminen. Käytetyimmät menetelmät olivat keskustelu potilaan kanssa ja potilaan kivun ilmaisujen kuvaaminen.

Saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä oli dokumentoitu usealla tavalla. Dokumentointi ilmeni kipulääkkeiden käytön ja kivun hoidon määrän ja arvioinnin dokumentointina sekä kipua kuvaavien ominaisuuksien dokumentointina. Eniten dokumentointi näkyi kuitenkin kivun hoidon arvioinnin dokumentointina.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (2001) korostetaan, että potilasasiakirjoihin saa merkitä vain niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja. Tarpeellisten tietojen laajuus, tarkkuus ja yksityiskohtaisuus voivat vaihdella tilanteen mukaisesti; esimerkiksi mitä

vaikeampi ja kriittisempi tilanne on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä on kyse, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tiedot tulee kirjata.

Tässä opinnäytetyössäni tuli myös esille, että joissakin tutkimusartikkeleissa oli tuloksia yleistetty liikaa. Esimerkiksi Murray ym. (2004) tutkimuksessa ilmeni, että dokumentointi oli kauttaaltaan huonoa. Tutkimuksessa oli varsin pieni vastaajamäärä. Vain neljä hoitajaa kahdestatoista tutkimukseen osallistuneesta hoitajasta oli vastannut dokumentoinnin osalta ja tuloksia oli yleistetty liikaa. Hoitajat myös yliarvioivat omaa osuuttaan ja kykyään hoitaa kipuja. He myös kokivat itsensä muita paremmaksi kivun hoidossa. Mielestäni olisi tärkeätä, että tutkimukseen osallistuvien määrä olisi riittävän suuri ja alueellisesti riittävän kattava, ettei tuloksia yleistettäisi liikaa.

Kivun arvioinnin kehittämisessä voisi mielestäni keskustelujen ja kivun ilmaisujen ohella hyödyntää VAS-asteikon, kipujan ja erilaisten arviointi- ja kyselylomakkeiden käyttöä nykyistä enemmän. Nämä suhteellisen helppokäyttöiset menetelmät systematisoisivat kivun arviointia. Yleisimmin käytetään kivun mittaamisessa VAS-asteikkoa. Jatkossa voisi mielestäni esimerkiksi tutkia VAS-asteikon käyttöä muissa sairaaloissa eri puolilla Suomea. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka kattavasti sairaanhoitajat käyttävät VAS-asteikkoa apuna potilaan kipuja arvioidessaan. Tutkimuksestanikin tuli esille, että VAS-asteikkoa oli käytetty varsin harvoin, kun oli arvioitu saattohoitopotilaiden kipuja.

Tutkimustuloksistani ilmeni, että dokumentointi oli usein hyvin puutteellista. Jatkotutkimuksessa olisi mielestäni tärkeätä selvittää, mitkä tekijät estävät kivun dokumentointia. Johtuuko dokumentoinnin puute esimerkiksi kiireestä vai eri ammattiryhmien erilaisesta kokemuksesta kivun hoidossa.

Katson, että on tärkeätä kysyä potilaalta itseltään kivuista, esimerkiksi haluaako hän kipulääkettä eikä antaa lääkettä vain automaattisesti. Tärkeätä on myös kirjata mitä kipulääkettä on annettu, miten lääke vaikutti ja oliko annostus riittävä. Hoitajien kivun hoidon kokemus on mielestäni ensisijaisen tärkeätä, sillä kaikki potilaat eivät ole kykeneviä pyytämään lisälääkitystä. Silloin potilaan ilmeiden ja eleiden tulkitseminen on erityisen tärkeätä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli myös kehittää kivun hoitoa osastolla ja antaa työpaikkani hoitajille lisää tietoa työni aiheesta. Tähän liittyen aion pitää työpaikallani esitelmän työstäni. Opinnäytetyöni antaa työpaikkani hoitajille kuvan siitä, millä eri menetelmillä saattohoitopo-

tilaan kipua voidaan arvioida ja miten sitä on dokumentoitu. Kivun hoidon kehittämiseksi osastolla dokumentointiin tulisi siis kiinnittää enemmän huomiota. Tämä luo edellytyksiä saattohoitopotilaiden kivun hoidon parantamiseen osastollani.

LÄHTEET

- Aalto, Kirsti (toim.) 2000: Saattohoito. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Bercovitch, Michaela- Waller, Alexander- Adunsky, Abraham 2002: Multidimensional continuous pain assessment chart (MCPAC) for terminal cancer patients: A preliminary report. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(6): 419-425.
- Duggleby, Wendy 2000: Elderly hospice cancer patients` descriptions of their pain experiences. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2): 111-117.
- Duggleby, Wendy 2002: The Language of Pain at the End of Life. *Pain Management Nursing*, 3(4): 154-160.
- Eho, Sirkku- Hänninen, Juha- Kannel, Virpi- Pahlman, Irma- Halila, Ritva 2003: Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. <<http://etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>>Luettu 20.2.2010.
- Estlander, Ann-Mari 2003: Kivun psykologia. Juva: WSOY.
- Hallila, Liisa (toim.) 1998: Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Hygieia.
- Hanson, Laura C.- Reynolds, Kimberly S.- Henderson, Martha- Pickard, Glenn 2005: A Quality Improvement Intervention to Increase Palliative Care in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (3): 576-584.
- Heikkinen, Helena - Kannel, Virpi – Latvala, Eila 2004: Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.
- Hermanson, Terhi – Vertio, Harri – Mattson, Johanna 2010: Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hänninen, Juha 2001: Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, Juha 2003: Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, Juha 2008: Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 9.uudistettu painos. Helsinki: T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.
- Hänninen, Juha- Pajunen, Tapio 2006: Kuoleman kaari. Hämeenlinna: Kirjapaja Oy.
- IASP Pain Terminology. 2007. Verkkodokumentti <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728> Luettu 1.12.2009.
- Jablonski, Anita- Ersek, Mary 2009: Nursing Home Staff Adherence to Evidence-Based Pain Management Practices. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(7): 28-34.
- Kalso, Eija – Vainio, Anneli 2002: Kipu. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Kuuppelomäki, Merja 2002: Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. *Hoitotiede* 14 (5): 243-253.

- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Käypä hoitosuositus 2008: Kuolevan potilaan oireiden hoito. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/>>. Luettu 1.3.2010.
- Mattila, Kati-Pupita 2002: Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Miller, Susan C- Mor, Vincent- Teno, Joan 2003: Hospice enrollment and Pain Assessment and Management in Nursing Homes. *Journal of Pain and Symptom Management* 26(3): 791-799.
- Murray, Mary Ann-Fiset, Valerie- O'Connor, Barbara 2004: Learning Needs of Nurses at a Residential Hospice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 6(2): 108-116.
- Nal, Heini – Pakanen, Vesa 2001: Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. *Finnanest* 34 (4). 381-386.
- Nurmi, Riitta 2007: Potilaan kivun mittaaminen ja arviointi. Teoksessa *Palliatiivinen hoito* (25). Kaarina: Painola, T.Nieminen Oy. 10-13.
- Oliver, Debra Parker- Wittenberg-Lyles, Elaine- Demiris, George- Washington, Karla-Porock, Davina- Day, Michele 2007: Berries to Pain Management: Caregiver Perceptions and Pain Talk by Hospice Interdisciplinary Teams. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (4): 374-382.
- Palviainen, Jaana 2005: Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.) 2000: Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet: Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti. <www.sairaanhoitajaliitto.fi> Luettu 22.2.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 3. Helsinki.
- Ternstedt, Britt-Marie,- Andershed, Birgitta- Eriksson, Monica- Johansson, Ingrid 2002: A Good Death. Development of a Nursing Model of Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 4(3): 153-160.
- Tilastokeskus. Kuolleet <<http://www.stat.fi/til/kuol/index.html>> Luettu 12.3.2010.
- Tuomi, Jouni- Sarajärvi, Anneli 2004: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Vainio, Anneli 2003: Kipu. Jyväskylä: Duodecim.
- Vainio, Anneli- Hietanen, Päivi 2004: Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Duodecim.

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset
Kuuppelomäki, Merja 2002 Suomi	Selvittää kuolevan potilaan fyysistä kivun hoitoa terveyskeskuksissa työskentelevien sairaanhoitajien arvioimana.	Osallistui 328 sairaanhoitajaa 32 terveyskeskuksesta. Aineisto koottiin strukturoidulla kyselylomakkeella ja analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-tilasto- ohjelmalla	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -Yleisin kivunarviointi menetelmä osastolla oli keskustelu ilman erityisten kipumittarien- tai asteikkojen käyttöä -Numeerista luokitteluasteikkoa, kipujanaa ja arviointilomaketta kivun arvioinnissa käytettiin vain erittäin harvoin -Heikoimmin toteutui systemaattinen kivun arviointi ja yhteisesti sovittu kivun hoitokäytäntö -Yli kolmannes hoitajista arvioi, että potilaalla esiintyi kipua, jota ei yrityksistä huolimatta pystytä lievittämään	

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
Hanson Laura C, ym. 2005 USA	Testata, parantaako laadun parantamiseen tähtäävä interventio vanhainkodeissa saattohoitoa, kivun hallintaa ja hoidon suunnittelua.	9 Hoitokotia, joista kaksi oli vertailukohteita. 1169 potilaan potilaspaperit käytiin läpi ennen ja jälkeen kivun lievittämiseen tähtääviä toimia. Tiimit saivat palautetta sisäänajosta, kivun hallinnasta ja hoidon suunnittelusta. Kontrollit olivat 0,3,6 kk.	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -Kivun arviointi nousi 18%:sta 60%:iin. -Kroonisen kivun tunnistaminen nousi 61%:sta 73%:iin - Kipuskaalojen käyttö dementikoilla lisääntyi merkittävästi 37%:sta 73%:iin - Kipupotilaiden ei lääkkeelliset hoidot nousi 15%:sta 35%:iin	Miten saattohoitopotilaan kipua ja lievittymistä on dokumentoitu? -Kipulääkkeiden käyttöä oli dokumentoitu, joka nousi 77%:sta 81%:iin, ei merkittävää. -Kivun arvioinnissa, hoidossa sekä hoitosuunnitelman dokumentoinneissa ei ollut eroa vertailukohteiden välillä -Dokumentoidut keskustelut loppuhoidosta nousivat 4%:sta 17%:iin Huomattavaa: Kivun arviointi ja kipuskaalojen käyttö lisääntyi merkittävästi. Kipulääkkeiden käyttö ei paljoa lisääntynyt.

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset
Bercovitch, Michaela ym. 2002 Israel	Selvitetään moniulotteisen jatkuvan kipuselvityskartan käyttöä terminaalipotilailla	100 potilasta, joille tehtiin 1178 kyselyä. Kartoitettiin VAS-arvio, erityishoitotekniikat, peruslääkitys, läpilyöntikipulääkitys ja oheiskipulääkitys sekä elämänlaatu, uni ja liikkuvuus.	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -VAS:n avulla arvioitu kipua. Pyrittiin kolmostasolle VAS- mittarissa. -92% asiakkaista päästiin tasolle 3. -64% :ssa pääsivät tasolle 3 kuudessa päivässä -36 potilasta 84:sta oli viskeraalista kipua. Heillä VAS oli 6.2 tullessa, mutta laski nopeasti 2.4. -Luusto VAS(38pot) 5.16 tullessa, VAS laski 3:een kuudessa päivässä ja 1.5::een 15 päivässä. -Neuropaattinen kipu(8pot); VAS tullessa 5.75 ja 14 päivän päästä 1.25. -Syöpään liittymätön kipu (15pot) 3.33 tullessa, laski 0.66 15 päivän jälkeen -Kaikissa kategorioissa kipu laski erittäin merkittävästi	Miten saattohoitopotilaan kipua ja lievittymistä on dokumentoitu?

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
Duggleby, Wendy 2002 Kanada	Tutkia kuinka iäkkäät saattohoitopotilaat kuvailevat kipuaan ja verrata heidän kuvauksiaan kolmeen yleisesti käytettyyn kivun arviointimenetelmään	Osallistui 11 iäkästä syöpää sairastavaa saattohoitopotilasta, joiden ikä vaihteli 66-80v. Heidät haastateltiin kotonaan käyttäen avoimia ei strukturoituja kysymyksiä. Tiedot analysoitiin kohta kohdalta kivun kuvausten tunnistamiseksi. Sitten kuvauksia verrattiin standardisoituun kieleen, jota käytettiin kolmessa kivun arviointimenetelmässä. Arviointimenetelmiä olivat VAS, MPQ ja MPAC.	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -Kaikki osanottajat olivat kykeneviä kuvailemaan kipuja ja käyttivät enemmän kuin yhden sanan kuvaillessaan kipuja -Osanottajat käyttivät sanoja mm. tylsä, kun kuvasivat kroonista kipua ja kauhistuttava, kun kuvasivat akuuttia kipua. -Osanottajat käyttivät verbaalisia sanoja osoittaakseen kivun voimakkuutta -Osanottajat käyttivät vertauksia ja toistivat sanoja kuvatakseen kipuja -Osanottajat käyttivät noin 30 % standardisoitua kieltä, joka löytyy kolmesta yleisesti käytetystä itse raportointi välineestä.(VAS,MPQ,MPAC)	Huomattavaa Pieni otos, joten vaikea vaikea vetää tarkkoja johtopäätöksiä näistä tuloksista. Potilaiden omia sanallisia kuvauksia pitäisi käyttää kivun arvioinnissa.

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
Murray Mary Ann ym. 2004 Kanada	Tarkoitus oli auttaa saattohoitajia nimeämään aihealueita, joihin tarvitsivat vielä lisää koulutusta. Oppimistarve selvittely; kivun selvitys ja hoito oli suurin koulutuksen tarve.	12 sairaanhoitajaa 22 sairaanhoitajasta vastasi kyselyyn. Kaikilla oli yli 20 vuoden kokemus ja kaikilla oli ollut yli 11 kk nykyisessä hoitopaikassa. Tutkija kävi yksilö- ja pienryhmäkeskusteluja sekä käytti tilannekohtausopetusta mm. delirium, oksentelu. Myös havainnointia ja kyselylomakkeita käytettiin.	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: - 5/12 hoitajaa oli kyselty kipua 80%:sti riittävästi ajastaan -4/7 hoitajaa katsoivat, että 80%:sti pystyivät helpottaa kipua -5/11 hoitajasta katsoi, että kipua oli hoidettu 80% ajasta -4/11 katsoi, että 80% asukkaiden kivusta oli adekvaattisesti hoidettu -1 hoitaja väitti, että kipu oli hoidettu 100%:sti oikein -Itsearviointi pisteet olivat kaikissa parempia(kivun arvioinnissa, dokumentoinnissa ja hoidossa) kuin yleisesti hoitohenk. arvioinneissa -Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta kivun arvioinnista ja hallinnasta	Miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä on dokumentoitu? -4/12 hoitajaa katsoi, että kipua oli dokumentoitu 70%:sti riittävästi ajastaan -Kipua enemmän arvioidaan kuin dokumentoidaan. -Kuitenkin hoitajat arvioivat, että oma toiminta kivunhoidossa oli huomattavasti muita parempaa. - Hoitajien mielestä kivusta ja sen hoidosta sai eniten tietoa lääkäreiltä ja kollegoilta Huomattavaa -Dokumentointi oli kauttaaltaan huonoa. -Pieni vastaajamäärä, tuloksia oli yleistetty liikaa. Ehkä hoitajat yliarvioivat omaa osuuttaan, että he olivat muita parempia

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa.
Miller, Susan ym. 2003 USA	Vertailtiin kivun arviointia ja hoitoa saattohoito ja ei saattohoitokodin asukkaiden välillä elämän viimeisten 48 tunnin aikana	Mukana oli 209 saattohoito ja 172 ei saattohoitoasukasta 28 hoitokodissa kuudella maantieteellisellä alueella. Saattohoitoasukkaat olivat osin lyhytaikaisia (7 pvä tai vähemmän) sekä pitkäaikaisia (yli7 pvä) Käytettiin kuvaavaa tilastointia, jossa verrattiin ei saattohoito ja saattohoitoasukkaiden taustoja kuten esim ikä, sukupuoli, elvytys	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -Niistä, joista kipua oli arvioitu pitempi aikaisilla saattohoitoasukkailla verrattuna ei saattohoitoasukkaiisiin oli merkittävästi suurempi todennäköisyys, että he saivat kipulääkitystä ja saivat kipulääkitystä vähintään kahdesti päivässä -Tulokset osoittavat, että saattohoito parantaa kivun arviointia ja hoitoa verrattuna ei saattohoito asukkaiisiin	Miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä oli dokumentoitu? -33%:lla niistä asukkaista, jotka eivät olleet sairaalassa tai olivat koomassa, 6%:lla lyhytaikaisista ja 7%:lla pitempiaikaisista saattohoitoasukkaista ei oltu kivun arviointia dokumentoitu -27%:lla niistä asukkaista, jotka eivät olleet sairaalassa, 37%:lla lyhytaikaisista ja 39%:lla pitempiaikaisista saattohoitoasukkaista oli kipua dokumentoitu elämänsä viimeisten 48 tunnin aikana Huomattavaa Tulokset osoittivat tarpeen jatkaa kivun hallinnan parantamista ei-saattohoitokodeissa

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
<p>Jablonski, Anita ja Ersek Mary 2009 USA</p>	<p>Määrittää se laajuus, jolla hoitohenkilökunta arvioi ja hallitsee näyttöön perustuvaa hellittämätöntä kipua hoitokodin asiakkailta</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 14 pitkäaikaishoitokotia, joissa asui 291 asiakasta. -Hoitokodissa piti olla vähintään 50 asiakasta, joiden ikä oli yli 65-vuotta sekä heidän eliniän ennuste oli vähintään 6kk:tta. -Tutkimushenkilöstö haastatteli sairaanhoitajia ja kysyivät kuinka monella katsoivat olevan hoitamaton keskivaikeata tai vaikeata kipua viikon aikana. -Sairaskertomusosasto toimitti tiedot potilaista mm. nimet niiltä, joilla oli keskivaikea tai vaikea kipu. -Tutkija kävi läpi kaikki sairaskertomukset, joilla hoitohenkilöstö ei ole tunnistanut kipua -Käytettiin IPT-mittaria kivun intensiteetin arvioinnissa -Käytettiin PM-CAT kivun arviointi kyselylomaketta</p>	<p>Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -Kroonista kipua selvitettiin vähintään kerran viikossa 32%:ssa -Kipua tai sen paikkaa selvitettiin kaksi tai useamman kerran kuukaudessa 35%:ssa -Kivun luonnetta oli selvitetty kuukauden sisällä vain 7%:sesti - Kivun vaikutusta toimintaan ja elämänlaatuun oli selvitetty vain 3%:ssa - Kipua kyseltiin suhteessa vähän, mutta lääkkeiden määrääminen oli parhaan hoidon mukaista -Kivun arviointia pitäisi lisätä ja sen pitäisi olla säännöllistä, standardisoitua ja validia vanhuksilla</p>	<p>Miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä on dokumentoitu? -Kaikki oli kokeneet kipua, mutta 15%:lla ei ollut mitään kyselyä kuukauden aikana ja vain 32%:lla oli dokumentoitu viikoittain -Dokumentit kivun voimakkuudesta puuttuivat enemmän kuin puolet sairaskertomuksista eikä peruskivun selvitystä oltu luotettavasti tehty -Dokumentit kivun luonteesta ja lääkityksen tehosta puuttui useasti</p> <p>Huomattavaa -PM-CAT kyselylomake puuttui</p>

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
Duggleby, Wendy 2000 Texas, USA	Tunnistaa ja kuvata saattohoito- syöpäpotilaiden kipukokemuksia	11 potilasta osallistui tutkimukseen. 15 haastattelua tehtiin. Käytettiin laajoja jäsentämättömiä kysymyksiä, jotka sovellettiin potilaan tilanteeseen. Kyseltiin mm. milloin ja kuinka koet kivun, millainen oli tilanne ennen kipua...	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: -potilaat kuvailivat kipua eri paikoissa, -5 potilasta kuivaili kipua enemmän kuin yhdessä paikassa kipua -potilaat kuvailivat kivun luonnetta; - fyysinen kipu, joka sisältää akuutin ja kroonisen kivun -2-tason kipu oli akuuttia, repivää ja hirvittävää -3-tason kipu oli pahin: psykologinen, henkinen ja sydämelle käyvä -potilaat tunnistivat strategiat, joilla voidaan laskea kipua. Niitä olivat 2 kategoriaa: mitä itse teen esim. otan lääkkeen ja mitä toiset tekevät esim. lääkepiikin anto	Miten saattohoitopotilaan kipua ja lievittymistä on dokumentoitu? Huomattavaa - Tarvitaan myös sosiaalisia ja psykologisia (esim. psykoterapiaa) interventioita jatkossa sekä uskonnollisia toimia, nämä yhdessä vähentää kipua - Tarvitaan monialaista puuttumista kaikilla kivun eri laaduilla, myös muutakin kuin lääkettä -VAS-taulukko puuttui, olisi selventänyt asiaa

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
Ternstedt, Britt-Marie ym 2002 Ruotsi	Kuvataan meneillään olevaa prosessia ruotsalaisessa hoitokodissa edelleen kehitettäessä mallia hoitosuunnitelmalle, dokumentoinnille ja saattohoidon laadun kehittämiseksi Toinen tarkoitus oli analysoida ja kuvata, oliko potilailla hyvä kuolema mallin mukaan	Gabriel hoitokoti Lidköping sairaalassa Ruotsissa, jossa aineisto kerättiin vuosina 14.12.98-29.12.00. 14 päivän välein analysoitiin kaikkien kuolleitten 6 kohtaa kysymyksillä (Weisman kriteerit) sekä arvioitiin laadun kehittämällä hoitotiimin taholta oliko hoitotoimet mahdollistaneet hyvin hyvän, hyvän vai huonon kuoleman.	Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: - Kipua arvioitiin, siitä miten potilas voi: voi erittäin hyvin ja sai avun ja turvan mitä tarvitsi - hän sai avun nopeasti ongelmiinsa ja sai nopean vasteen - ei halunnut koko lievitystä, harvoin ilmaisi vaivoja itsessään - kipua ja lievitystä arvioitiin yleisten havaintojen ja hoidon kautta	Miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä on dokumentoitu? -68 potilasta kuoli tutkimusaikana; kuitenkin löytyi vain 35 täydellistä dokumentaatiota 35 potilaan kuolemasta, jotka täyttivät 6 kriteeriä hyvästä kuolemasta ja hoidon analyysi oli suoritettu Potilailla oli; -hyvin hyvän kuolema 15 potilaalla - hyvä kuolema 17 potilaalla -huono kuolema 3 potilaalla -hoitodokumenteista tuli laajempia ja ne tarkentuivat potilaiden tarkkoihin tarpeisiin ja toiveisiin

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	Tulokset	Tulokset, huomattavaa
<p>Oliver, Debra Parker ym. 2007 USA</p>	<p>Tutkimus keskittyi kolmeen tutkimuskysymykseen: - käsitys kipulääkkeen antamiseen - miten käsitys muuttuu sairaskotiaikana - miten hoitajan huolet kipulääkkeen annosta heijastuvat kipukeskusteluun monialaisissa kokouksissa</p>	<p>Kaksivaiheinen kvasikokeellinen tutkimus, jossa sekä laadullinen että määrällinen menetelmä. Tieto kerätty keskilänneestä(USA) suostumuksen antaneista hoitokodeista. Henkilökuntaa haastateltiin puhelimitse 30 pvä:n välein puhelimitse, käytettiin CPMQ- kyselyä. Laatuanalyysi keskittyi tiimin kipukeskusteluihin ja miten suhtauduttiin kipulääkkeen antoon</p>	<p>Miten hoitotyöntekijät arvioivat saattohoitopotilaan kipua: - potilastapauskeskustelut kesti 3.44 min, joista 1.27 min omistettiin kivulle eli 38 % ajasta -kiputyypikeskustelut ammatin mukaan; hoitajat puhuivat kivusta 65.2 % ja lääketieteen johtaja 11.7% -fyysinen kipu hallitsi keskustelussa 76.1%, vähän puhetta kivun psykologisesta puolesta 20.9% ja hengellisestä 1.3%, sosiaalisesta 0%. - kipukeskustelussa ei keskusteltu yleensä hoidon antajasta 75.7% -kipukeskustelussa keskusteltiin useista aiheista mm. ruokahalu, jännittyneisyys -yli 20%:lla potilaista oli kokemusta erilaisista kivuista</p>	<p>Miten saattohoitopotilaan kipua ja sen lievittymistä on dokumentoitu?</p>