

Ella Leminen
Anniina Pohjolainen
Jonna Pylkkänen

OPAS SYÖPÄKIPUJEN HOIDOSTA


Opinnäytetyö
Sairaanhoitajakoulutus

Joulukuu 2016




MAMK
University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 13.12.2016
Tekijä(t) Ella Leminen, Anniina Pohjolainen ja Jonna Pylkkänen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sairaanhoidajakoulutus
Nimeke Opas syöpäkipujen hoidosta	
Tiivistelmä Syöpäkipuista kärsii suuri osa syöpäpotilaista, ja kivut usein lisääntyvät sairauden edetessä. Syöpäkipujen hoito on haastavaa ja vaatii hoitohenkilökunnalta paljon tietoa ja perehtyneisyyttä asiaan. Kivunhoidon tulisi olla yksilöllisesti suunniteltua ja mahdollisimman helposti sekä yksinkertaisesti toteutettavaa. Tämän takia on tärkeää lisätä potilaiden tietoutta erilaisista lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä syöpäkipujen hoidon mahdollisuuksista. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä tietoa syöpäkipujen eri hoitomenetelmistä ja kivun arvioinnista hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena oli tuottaa Itä-Savon sairaanhoitopiirille potilaalle mukaan annettava opas syöpäkipujen hoidosta. Vastaavanlaista opasta heillä ei ollut, ja he kokivat sen tarpeelliseksi. Oppaan avulla syöpäpotilaat saavat lisää tietoa erilaisista lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmien mahdollisuuksista. Opas toimii keskustelua herättävänä ja tukevana apuvälineenä, jonka avulla syöpäpotilaat pystyvät osallistumaan enemmän omaan kivunhoidon suunnitteluunsa. Opinnäytetyömme toteutettiin tuotekehitysprosessina ja oppaan sisältö on suunniteltu yhdessä yhteistyötahojemme kanssa. Kehitimme kaksipuolisen kortin, jonka toisella puolella on käsitelty lääkkeellisiä ja toisella puolella lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Kortin sisältö pohjautuu opinnäytetyömme teoriaosuuteen ja yhteistyötahojemme toiveisiin. Tulevaisuudessa opasta voidaan tarvittaessa kehittää käytön perusteella saatujen palautteiden myötä toimivammaksi sekä toimeksiantajan yhteystietojen muuttuessa.	
Asiasanat (avainsanat) Syöpä, potilas, kasvaimet, kipu, arviointi, syöpäkipulääkkeet, onkologia, syöpätaudit	
Sivumäärä 38 + 7	Kieli Suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) Sopimus opinnäytetyöstä, opas syöpäkipujen hoidosta	
Ohjaavan opettajan nimi Pirjo Heimo ja Helena Mikkonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Itä-Savon sairaanhoitopiirin ky.

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 13.12.2016
Author(s) Ella Leminen, Anniina Pohjolainen and Jonna Pylkänen	Degree programme and option Degree Programme in Nursing, Registered Nurse
Name of the bachelor's thesis Guide on cancer pains management	
Abstract <p>The majority of cancer patients suffer from cancer pains, which often increase as the disease progresses. Cancer pain management is challenging and requires a lot of knowledge and competence from the nursing staff. Pain management should be individually planned and it should be simple as well as easy to execute. Due to that it is important to increase the patients' awareness of different possibilities for pharmacological and non-pharmacological treatment of cancer pain.</p> <p>The aim of the thesis was to increase nursing staff with information on cancer pain management methods and pain estimation. The object was to produce a guide for the East Savo health care district to be handed out to the patients. It was considered necessary as there was no similar guide yet. The guide provides cancer patients more information on the different possibilities of pharmacological and non-pharmacological cancer pain management. The guide works as a basis for conversation and thus helps cancer patients to participate more in their pain management plan.</p> <p>Our thesis was carried out as a product development process and the contents of the guide were planned together with the cooperation partner. We developed on a double-sided card. On one side we covered pharmacological and on the other, non-pharmacological treatment of pain. The contents of the card are based on the theoretical part of our thesis as well as the wishes of our cooperation partner.</p> <p>In the future the guide can be improved based on the feedback received from the users and also when the employer's contact details change.</p>	
Subject headings, (keywords) Cancer, patient, neoplasms, pain, assessment, analgesics, oncology	
Pages 38 + 7	Language Finnish
Remarks, notes on appendices Contract for the thesis, guide on cancer pain management	
Tutor Pirjo Heimo ja Helena Mikkonen	Bachelor's thesis assigned by East Savonia health care district

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA	2
3	SYÖPÄKIVUN ILMENEMISMUODOT JA KIVUN ARVIONTI	3
3.1	Syöpä	3
3.2	Kipu	5
3.3	Syöpätaudin kipu	7
3.3.1	Fyysinen syöpäkipu	8
3.3.2	Psykososiaalinen syöpäkipu.....	9
3.4	Kivun arviointi.....	11
4	SYÖPÄKIVUN HOITO	14
4.1	Lääkkeellinen kivunhoito	15
4.1.1	Peruskipulääkkeet	17
4.1.2	Opioidit	18
4.1.3	Oheislääkkeet.....	24
4.2	Lääkkeetön kivunhoito	25
4.2.1	Fyysisen kivunhoito	25
4.2.2	Psykososiaalisen kivunhoito	29
5	TUOTEKEHITYSPROSESSI	31
5.1	Ideointivaihe	32
5.2	Luonnosteluvaihe.....	32
5.3	Kehittelyvaihe.....	33
5.4	Viimeistelyvaihe	34
6	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	35
7	POHDINTA	37
	LÄHTEET	39

LIITTEET

- 1 Sopimus opinnäytetyöstä
- 2 Opas syöpäkipujen hoidosta

1 JOHDANTO

Syöpään sairastuu noin kolmasosa ihmisistä jossakin elämänsä vaiheessa. Kehittyneiden hoitojen takia syöpäkuolemien määrä on vähentynyt ja suuri osa syöpään sairastuneista parantuu kokonaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Syövän alkuvaiheessa kipuja esiintyy n. 30 %:lla syöpäpotilaista, sairastamisen aikana 50 %:lla ja loppuvaiheessa 75 – 80 %:lla (Hamunen & Heiskanen 2009). Kivun hoidon suunnittelu on yksilöllistä ja sen toteutuksen tulisi olla mahdollisimman helppoa ja yksinkertaista (Syöpä ja kipu 2016). Kivun hoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua (Kipu 2015). Pitkäaikaisen ja vaikean kivun hoito vaatii monialaista ryhmätyötä, joista tärkeimpänä jäsenenä on kivulias potilas. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas kertoo riittävästi kivustaan, osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa, sekä on kärsivällinen, vaikka parhaat hoitomuodot ja lääkkeet eivät löydy välttämättä hetkessä. (Vainio 2006, 73.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä hoitotyön ammattilaisten tietoutta syöpäkipujen hoitomenetelmistä ja kivun arvioinnista. Tarkoituksena oli tehdä syöpäpotilaille mukaan annettava opas, joka sisältää lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Oppaan avulla syöpäpotilaat saavat lisää tietoa syöpäkipun eri hoitomenetelmistä ja pystyvät paremmin vaikuttamaan sekä osallistumaan omaan kivunhoitoonsa. Opas toimii keskustelua herättävänä ja tukevana apuvälineenä. Tällöin hoidon laatu paranee, kun hoitajan ja potilaan yhteistyö helpottuu. Opas kehitettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin keskussairaalan käyttöön, erityisesti kipupoliklinikalle ja lääkehoitoyksikölle.

Perusterveydenhuollolla on ensisijainen vastuu kipupotilaiden hoidosta. Potilas ohjataan erikoissairaanhoidon puolelle silloin, jos perusterveydenhuollon hoitotoimet eivät riitä kivun hoitamiseksi, vaan se jatkuu kohtalaisena tai kovana ja haittaa arjessa selviytymistä. Myös silloin potilas voidaan lähettää erikoissairaanhoidon, jos kivun syytä ei saada selville perusterveydenhuollossa. (Kipu 2015.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa, että jokaisella potilaalla on oikeus laadukkaaseen sairaanhoitoon niin, että yksilölliset tarpeet otetaan huomioon hoidossa.

2 OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantajamme on Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä eli Sosteri. Siihen kuuluu neljä jäsenkuntaa, jotka ovat Enonkoski, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Alueella on yksi keskussairaala, joka sijaitsee Savonlinnassa. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on edistää tämän alueen väestön hyvinvointia sekä järjestää terveydenhuoltopalveluita. Sairaanhoitopiirin pääarvoja ovat ihmisoikeudet, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja itsemääräämisoikeus. Pääarvoihin sisältyvät asiakkaan hyvinvointi, henkilöstön osaaminen, talouden vastuullisuus sekä luottamuksellisuus prosesseissa ja laadussa. (Sosteri 2016.)

Teimme opinnäytetyömme yhteistyössä Savonlinnan keskussairaalan kipupoliklinikan ja lääkehoitoyksikön kanssa. Kipupoliklinikka toimii päiväkirurgian kanssa samoissa tiloissa ja siellä työskentelee pääsääntöisesti yksi sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan lisäksi kipupoliklinikalla työskentelee kaksi lääkäriä, jotka toimivat myös leikkausanestesiaosastolla. Kipupoliklinikalla hoidetaan kroonisesta ja vaikeista kivuista kärsiviä potilaita. Sinne tullaan, kun kipuja ei saada muualla hallintaan. Hoito kipupoliklinikalla on asiakaslähtöistä, yksilöllistettyä ja perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Tavoitteena on elämänlaadun parantuminen, parempi kivunhallinta sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. Henkilökunnan tehtävänä on kannustaa potilasta ja hänen omaisia, tukea heidän voimavarojaan ja auttaa löytämään uusia selviytymiskeinoja. (Kipupoliklinikka 2013.) Lääkehoitoyksikkö sijaitsee keskussairaalan 00 -kerroksessa päivystyksen läheisyydessä ja siellä työskentelee kerrallaan kaksi sairaanhoitajaa. Lääkehoitoyksikössä ei varsinaisesti ole omaa lääkäriä, vaan he konsultoivat tietyn erikoistumisalan lääkäriä, riippuen potilaan syöpätyypistä. Potilaat tulevat kotoaan lääkehoitoyksikköön syöpähoitoihin, jotka kestävät 1 - 6 tuntia riippuen syövästä. Lääkehoitoyksikössä käyvillä potilailla sairaus on vielä alkuvaiheessa, eikä heillä välttämättä ole vielä kipuja. (Kuusinen 2016.)

3 SYÖPÄKIVUN ILMENEMISMUODOT JA KIVUN ARVIONTI

3.1 Syöpä

Noin kolmasosa ihmisistä sairastuu syöpään jossakin elämänsä vaiheessa. Kehittyneiden hoitojen takia syöpäkuolemien määrä on vähentynyt ja suuri osa syöpään sairastuneista parantuu kokonaan. Vaikka syöpään sairastuneiden ennuste on parantunut vuosien myötä, niin syöpä on edelleen Suomessa toiseksi yleisin kuolin syy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Miesten syöpäkuolleisuus on suurempi kuin naisten, sillä miehillä yleisellä keuhkosityövällä on huonompi ennuste kuin naisten yleisimmällä rintasyövällä (Sankila 2013). Tällä hetkellä naisten yleisin syöpä on rintasyöpä ja miesten eturauhassyöpä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Syövän oirekirjo on monipuolinen, ja syöpä voi aiheuttaa melkein minkä tahansa oireen (Roberts & Joensuu 2013b). Ensioireet voivat olla selvästi hälyttävät, kuten verioksenus, verinen uloste tai ihon kellastuminen (Roberts & Joensuu 2013a). Kuitenkin syöpä voi olla pidemmän aikaa oireeton, esimerkiksi rintasyöpä havaitaan usein kyhmyinä rinnassa tai siihen voi liittyä vain yleisoireita, kuten kuumeilua, laihtumista tai väsymystä (Roberts & Joensuu 2013b). Kipu on yleensä ensimmäinen oire, joka ohjaa potilaan tutkimuksiin (Vainio & Kalso 2009b). Osa syöpätaudeista voidaan suurella varmuudella tunnistaa tietävän ja kokeneen lääkärin vastaanotolla kliinisen tutkimuksen perusteella. Kuvantamistutkimukset antavat varmuutta diagnoosille ja niillä voidaan selvittää syövän levinneisyyttä. Kasvaimesta otetaan yleensä aina koepala diagnoosin varmistamiseksi ja yksilöllisen hoidon määrittämiseksi. (Pfizer 2014.)

Kasvaimilla tarkoitetaan solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, joka on riippumattonta ulkoisista ärsykkeistä ja on ihmisen elimistölle tarkoituksetonta ja haitallista. Kasvainsairaudet jakautuvat hyvän- ja pahanlaatuisiin. (Isola & Kallioniemi 2013.) Hyvänlaatuisen kasvain kasvaa yleensä hitaasti eikä se muodosta etäpesäkkeitä, mutta pahanlaatuiselle kasvaimelle on tyypillistä esimerkiksi nopea kasvu ja etäpesäkkeiden muodostuminen (Joensuu ym. 2007, 17). Etäpesäke syntyy, kun syöpäsolut tunkeutuvat imusuonistoon, laskimoihin tai valtimoihin ja kulkeutuvat niiden kautta uuteen kohtaan. Uudessa kohdassa syöpäsolu kasvaa hiussuonen läpi, elinympäristö muokkautuu kasvulle sopivaksi ja alkaa muodostua etäpesäke. (Joensuu ym. 2007, 30 - 32.)

Syöpäkasvaimen kasvu on riippuvainen kolmesta tekijästä: solujen jakautumisnopeudesta, jakautumissyklissä olevien solujen määrästä ja solukuolemista. Useimmissa syövässä solujen jakautumisnopeus on suurentunut alkuperäsolukkaan verrattuna. Normaalissa soluissa jakautuminen kestää noin vuorokauden, ennen kuin solut siirtyvät lepotilaan, mutta syöpäsolujen jakautuminen poikkeaa huomattavasti, eivätkä ne aina siirry lepotilaan. (Joensuu ym. 2007, 28 - 29.)

Ihmisen solut uusiutuvat tasaisin väliajoin, jolloin vanhat solut korvautuvat jakautumalla syntyvillä uusilla soluilla. Solujen geenit säätelevät solunjakautumista. Terveiden solujen jakautuminen on säädelty prosessi ja sitä tapahtuu koko ajan elimistössä. Osaksi tätä prosessia kuuluu viallisten solujen syntyminen, jotka normaalisti immuunijärjestelmä tuhoaisi. Syöpäsoluja syntyy, kun solujen hapen vastaanottokyky on alentunut ja energiatuotanto on muuttunut hapettomaksi. Tasapaino solunjakautumisessa on muuttunut, jolloin solunjakautuminen jatkuu pidempään kuin sen pitäisi. Tällöin tapahtuu geenimuutoksia ja syöpäsolut alkavat muodostaa kasvaimia. (Mitä syöpä on? 2016.) Syövän syntyyn vaikuttavat solujen DNA-vaurioiden kohdistuminen sellaisiin geeneihin, joissa on virheellistä toimintaa. Geenit ovat pohjimmiltaan normaaleja solun kasvunsaatäilyä ohjaavia. Nämä virheellisesti toimivat geenit ovat nimeltään syöpägeenejä. Syöpägeenejä on kahta erilaista päätyyppiä: onkogeenejä, jotka aktivoituessaan johtavat syövän syntyyn ja kasvunrajoitegeenejä, jotka aiheuttavat syöpää, kun niiden toiminta lakkaa. Syöpäkasvaimen synty edellyttää noin 3 - 7 geenimuutosta eli mutaatiota. (Joensuu ym. 2007, 25 - 27.) Syövän synty on vuosikausia, jopa vuosikymmeniä kestävä prosessi. Syntyvät kasvaimet eivät aina kuitenkaan ole pahanlaatuisia, mutta muutokset tulisi aina tutkia. (Mitä syöpä on? 2016.)

Ihmisen omat elintavat ja elinympäristö vaikuttavat useimpien syöpien syntyyn. Syöpä ei tartu tai periä suoraan ihmisestä toiseen, mutta tavallista suurempi riski sairastua syöpään voi periä. Silloin ihmisen kaikissa soluissa on valmiina perintötekijän muutos, joka siirtyy sukusolujen mukana jälkeläisiin. Perimän lisäksi syövän synty tarvitsee aina ulkoisia tekijöitä. Syövän vaaratekijät voidaan jakaa neljään eri luokkaan: biologiset tai sisäiset tekijät, ympäristön altisteet, työperäiset altisteet ja elintapoihin liittyvät tekijät. Syövän syntyyn ei kuitenkaan voida osoittaa yksittäistä syytä. (Pukkala ym. 2011.)

3.2 Kipu

”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen kudonvaurioon tai mahdolliseen sen uhkaan ja jota kuvataan kudonvaurion käsittein”, määrittelee Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (Hävölä 2016). Kipuhermoston kautta kipu voi aiheuttaa esimerkiksi lihasjännitystä, verenpaineen nousua ja hikoilua. Lisäksi siihen liittyy melkein aina erilaisia tunteita, esimerkiksi pelkoa ja ahdistusta. Näin ollen kipu on aina aistimuksen lisäksi myös kokemus. Ihmisen kivuille antama merkitys vaikuttaa todella paljon kipujärjestelmiin; jos henkilö ajattelee kipua uhkaavaksi, se tuntuukin voimakkaammin kuin jos sitä pitää vain ikävänä, mutta hallittavissa olevana asiana. Tämän takia esimerkiksi stressi ja masennus herkistävät kivun kokemista. (Mitä kipu on? 2016.)

Kipu syntyy, kun fyysiset-, kemialliset- tai lämpötilärsykkeet ylittävät henkilökohtaisen sietorajan. Ärsykkeet stimuloivat kipureseptoreita, josta syntyvä kipuimpulssi kulkeutuu hermoratoja pitkin selkäytimen keskushermostoon. Sieltä ärsyke siirtyy aivoihin ja muuttuu kipuaistimukseksi. Aivot analysoivat kipuimpulssin paikantamalla kivun lähteen ja arvioimalla sen voimakkuuden. Aivot muuttavat impulssin viestiä ja lähettävät sen takaisin kivun lähteeseen. Tällöin käynnistyy refleksitoiminta, joka pyrkii estämään kipua. (Miten kivut syntyvät 2013.) Kivunsäätelyjärjestelmä pohjautuu keskushermoston plastisuuteen eli muovautuvuuteen. Kipuviestin myötä ääreishermoston ja keskushermoston alueella syntyy sekä viestiä vahvistavia että vaimentamiseen pyrkiviä menetelmiä. Näiden kahden välinen tasapaino vaikuttaa kipuaistimuksen voimakkuuteen. Hermoston välittäjäaineet vaikuttavat viestin siirtymiseen hermosolusta toiseen. Välittäjäainepitoisuudet ovat yksilöllisiä ja se vaikuttaa kivun kokemiseen, esimerkiksi kipuherkkyyteen. Kudon- tai hermovaurio ja kipuaistimuksen syntyminen herkistävät kipuhermoja sekä voimistavat kivun välittymistä selkäydintasolla. Tämän takia kipu saattaa voimistua, vaikka kipuärsyke ei itsessään muuttuisi. (Mitä kipu on? 2016.)

Kudonvaurion syntyessä ensimmäinen tuntemus on viiltävä, nopea kipu ja muutaman sekunnin kuluttua kipu muuttuu jomottavaksi, pitkäkestoiseksi ja epämiellyttävämmäksi. Ensimmäinen nopean ja terävän kivun kipuimpulssi välittyy nopeita hermosäikeitä pitkin ja toinen hitaampi tylppä tai polttava kipu taas välittyy hitaita hermosäikeitä pitkin. (Vainio 2009, 26 - 32.) Hitaita hermosäikeitä aktivoivat esimerkiksi sisäelinten kivuttomat ärsykkeet, kuten venytys (Saarto ym. 2015, 49). Kipuimpulssi

siirtyy synapsien eli hermoliitosten kautta hermosolusta toiseen. Selkäytimessä sijaitsee kipuradan ensimmäiset synapsit, jotka ovat kivun muuntelun kannalta tärkeitä, sillä sinne siirtyy kipurataa pitkin informaatiota sekä keskushermostosta että kehon eri kudoksista. Kyseinen informaatio voi olla kipua lisäävää tai estävää. Ärsyttämällä kudoksista tulevia paksuja tuntosäikeitä pystytään estämään hitaiden kipuäikeiden toimintaa ja tällöin vähentämään aivoihin siirtyvää kipuinformaatiota. Tätä porttikontrollia hyödynnetään esimerkiksi akupunktiossa ja TNS-hoidoissa eli sähkökipuhoidossa. Kipua välittävät radat kulkevat selkäytimen etuosassa ja osa niistä päättyy aivojen talamukseen ja osa aivokuoreen. Toinen tärkeä tietorata kulkee aivorungon kautta. Aivokuoressa havaitaan kivun laatu, voimakkuus, sekä analysoidaan sen kesto ja paikka. Lisäksi aivokuoressa muodostuu kipukokemus, esimerkiksi epämiellyttävyyttä ja kärsimystä. Kokemus on yhteydessä limbiseen järjestelmään, jossa tunnekokemukset välittyvät. (Vainio 2009, 28 - 31.)

Lyhytaikainen eli akuuttikiipu varoittaa usein vaarasta; se esimerkiksi käskee vetämään käden pois kuumasta ja estää murtuneella jalalla kävelemisen. Akuutti kiipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä ja helpottuu paranemisen myötä. Kroonistuessaan kivun suojaava merkitys vähenee, silloin se alkaa rajoittaa ihmisen toimintakykyä. Joskus kiipu voi jatkua vaurion tai sairauden paranemisen jälkeenkin. (Vainio 2009, 32–37.) Tämän voi aiheuttaa eräänlainen hermoston viestityshäiriö. Esimerkiksi ns. aavesärky on tällaista kipua, kun kiipu jatkuu poistetun raajan alueella. (Mitä kiipu on? 2016.) Jo lyhytaikainen kipuärsytys muuttaa kipua välittävän, säätelevän sekä aistivan hermojärjestelmän toimintaa. Tämän takia jatkuvien kipuärsykkeiden seurauksena voi syntyä suuria ja pysyviä muutoksia koko hermojärjestelmässä. (Joensuu ym. 2007, 757 - 758.) Kipu-järjestelmässä voi esimerkiksi syntyä epätasapaino kipua vahvistavien järjestelmien ja jarrujärjestelmien välillä. Lisäksi kivunaistimuksen jatkuva välittyminen aiheuttaa muutoksia hermostossa, joiden takia välitys nopeutuu sekä voimistuu. Tällöin esimerkiksi välittäjäaineiden tuotanto voi kasvaa tai vähentyä tai muodostuu aivan uusia välittäjäaineita. Myös hermovaurion korjautuessa kosketushermot voivat liittyä kipuhermoihin, jolloin pelkkä kosketus saattaa aiheuttaa kipua. (Mitä kiipu on? 2016.) Kipukokemukseen ja kroonisen kivun syntymiseen vaikuttavat ärsytyksen laatu ja voimakkuus, hermojärjestelmän tila sekä mm. kipumuisti, tunnekokemukset, uskomukset, oppiminen, tuen puuttuminen ja kivun psykologinen merkitys (Joensuu ym. 2007, 758 - 759).

Hyvän hoidon kannalta lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan on tärkeä ymmärtää kivunsäätelyjärjestelmän toimintaa. Kroonisen kivun hoidossa hyödynnetään usein aistifysiologista mallia, jonka takia hoidosta voi tulla tehotonta ja kipuongelma pahentua. Mallin mukaan kivun voimakkuus on suoraan verrannollinen kudosaaurion suuruuteen, mutta sitä voidaan soveltaa lähinnä vain akuuteissa kiputiloissa. Hoitohenkilökunnan täytyy ymmärtää kroonisen kivun olevan kudosaurioista riippumatonta, sillä siinä hermostunut kipurata synnyttää sekä ylläpitää kipua itsenäisesti. Tällöin täytyy pyrkiä rauhoittamaan epätasapainoon joutunut kivunsäätelyjärjestelmä. Krooninen kipu voidaan luokitella kudosauriokipuun eli nosiseptiiviseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun, mekanismeiltaan tuntemattomaan idiopaattiseen kipuun sekä psyykkisiin mekanismeihin selittyvään eli psykogeeniseen kipuun. (Haanpää ym. 2013.)

3.3 Syöpätaudin kipu

Sairauden alkuvaiheessa kipuja esiintyy noin 30 %:lla syöpäpotilaista, sairastamisen aikana 50 %:lla ja loppuvaiheessa 75 – 80 %:lla (Hamunen & Heiskanen 2009). Kivun esiintyminen ja voimakkuus riippuvat syöpätaudin vaiheesta sekä syövän lajista ja sijainnista (Saarto ym. 2015, 45). Syöpäkipuun liittyy yleensä fyysinen syöpään tai sen hoitoon liittyvä tekijä, mutta syöpäpotilaan psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tunteet sekä elämäntilanne vaikuttavat siihen, miten kipu koetaan (Vainio & Kalso 2009a). Arvioidaan, että 75 % syöpäkipuista johtuu itse taudista, 15 % hoidoista ja hoitokomplikaatioista ja 10 % muista tekijöistä (Kalso 2013a).

Ripamonti ym. (2012) ovat todenneet tutkimuksessaan, että lähes puolet syöpäpotilaiden kivuista olivat alihoidettuja. Tutkimuksen mukaan erityyppistä kipua ja kivun oireyhtymiä oli läsnä sekä varhaisessa että myöhemmässä vaiheessa syöpää. Kipuja ei ollut hoidettu riittävästi merkittäväällä osalla potilaista (56 - 82.3 %). Breivik ym. (2009) ovat todenneet tutkimuksessaan syöpätautien kivunhoidon olevan huonoa. Suomessa vastaajista 78 % mielestä terveydenhoidon tarjoaja ei huomioi hoidossa elämänlaatua, 34 % mielestä terveydenhoidon tarjoaja ei ymmärrä, että kipu on ongelma, 48 % mielestä terveydenhoidon tarjoaja hoitaa mieluummin syöpää kuin kipua ja 42 % mielestä terveydenhoidon tarjoaja ei tiedä, miten hallita kipua.

3.3.1 Fyysinen syöpäkipu

Fyysinen syöpäkipu voidaan luokitella kolmeen eri kivunmuotoon: nosiseptiivinen ja neuropaattinen kipu sekä syövän hoitojen aiheuttama kipu. Nosiseptiivinen kipu tarkoittaa kudonsvauriokipua ja syöpäpotilaalla se tavallisesti aiheutuu kasvaimen aiheuttamasta kudonsvauriosta. Kasvain voi venyttää lihaksia tai erittää kipua aiheuttavia kemikaaleja. Kemikaalit voivat joko herkistää kivulle tai ärsyttävät suoraan hermopäätteitä. (Joensuu ym. 2007, 760 - 763.) Neuropaattinen kipu aiheutuu kasvaimen puristuksessa hermoja tai kasvaimen tunkeutuessa hermoihin. Tällainen kipu on yleensä jatkuvaa, voimakasta ja sähköiskumaista. (Hamunen ym. 2009.) Syöpähoitojen aiheuttama kipu on tavallisimmin neuropaattista lukuun ottamatta sädehoidon aiheuttamaa välitöntä kudosturvotusta. Neuropaattiset kivut voivat alkaa heti, mutta tyypillisesti ne kehittyvät viikkojen tai muutaman kuukauden kuluttua hoidon päättymisestä. (Joensuu ym. 2007, 760 - 763.) Syöpähoidoissa käytettävä sädehoito voi aiheuttaa esimerkiksi sidekudoksen kroonisen tulehdustilan tai huonontaa verenkiertoa hermoissa ja näiden takia aiheutuu kipua. Syövän hoitomuotona käytettävän solunsalpaajahoidon myrkylliset vaikutukset aiheuttavat muutoksia hermostoon ja näin ollen voi aiheutua neuropaattista kipua. Syöpää voidaan hoitaa myös kirurgisesti ja silloin leikkaushaavasta aiheutuu kipua. (Kalso 2013b.) Kuitenkaan kaikki fyysinen kipu ei ole syövästä johtuvaa. Syöpäpotilaat voivat kärsiä esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvista kivuista, joita pitkäaikaiset sairaalahoidot ja vuoteessa oleminen pahentavat, koska silloin lihaskunto ja toimintakyky heikentyvät. (Vainio & Kalso 2009a.)

Useilla syöpäpotilailla on samaan aikaan useampia erilaisia fyysisiä kiputunteuksia eri puolilla kehoa. Kipu voi olla akuuttia tai pidempiaikaista. (Vainio & Kalso 2009b.) Etenevän syövän akuutissa kivussa on yleensä kyseessä syövän leviäminen paikallisesti tai etäpesäkkeiden kehittyminen sisäelimiin, hermokudokseen tai luustoon (Heiskanen 2011). Pitkään jatkunut kipu vaurioittaa kipuratoja ja aiheuttaa niihin muutoksia (Vuorinen 2015). Jatkuva kipuärsytys herkistää hermopäätteitä, jolloin ärsytyskynnys mataltuu. Herkistynyt hermopääte reagoi voimakkaammin jo aiemmin kipua aiheuttaneeseen ärsykkeeseen ja ärsykkeet, jotka eivät ole aiemmin aiheuttaneet kipua, muuttuvat herkistyneessä ihosta kivuliaiksi. Vaurioitunut hermo voi lähettää kipuimpulsseja myös ilman ärsykettä. (Joensuu ym. 2007, 758 - 759.)

Läpilyöntikipu on osa fyysistä syöpäkipua. Läpilyöntikipu tarkoittaa potilaan kokeman kivun ohimenevää ajoittain esiintyvää pahenemiskohtausta, silloin kun syöpäpotilaalla on muuten suhteellisen hallinnassa olevat krooniset kivut. (Syövän läpilyöntikipu 2013.) Kivun voimistuminen on lyhytaikaista ja se liittyy yleensä liikkumiseen, yskimiseen, ponnisteluun tai ilmaantuu itsestään (HUS 2016a). Läpilyöntikipuja kokee 19 – 95 % syöpää sairastavista. Ei ole olemassa hyväksyttyä määritelmää, luokittelujärjestelmää tai pätevää arviointia syöpään liittyviin läpilyöntikipuihin eikä asetusta niiden hoidolle. Sen takia ei voida tarkasti arvioida, kuinka moni kokee läpilyöntikipuja. (Ripamonti ym. 2012.)

3.3.2 Psykososiaalinen syöpäkipu

Psykososiaalinen syöpäkipu tarkoittaa psyykkistä ja sosiaalista kipua. Psyykkinen kipu määritellään sielun kivuksi ja tarkoittaa kaikkea sitä, joka ahdistaa, pelottaa, aiheuttaa huolta tai henkistä tuskaa. Esimerkiksi kun ihminen saa tietää sairastavansa syöpää, niin perusturvallisuuden tunne järkkyy, hän kokee elämänsä uhatuksi ja se aiheuttaa psyykkistä kipua. Sosiaalinen kipu määritellään yhteisön tuomaksi kivuksi. Perhe, ystävät, työ- ja harrastusyhteisö ovat merkityksellisiä elämälle, kun ihminen sairastuu vakavasti ja jää yhteisön ulkopuolelle, niin se aiheuttaa sosiaalista kipua. (Sailo & Varti 2000, 37.)

Hengellinen kipu on osa psykososiaalista kipua ja se määritellään olemassaolon kivuksi, joka tarkoittaa jumalasuhteeseen liittyvää ahdistusta ja huolta. Kipu koetaan kuolemanpelkona ja ahdistuksena. (Sailo & Varti 2000, 37.) Se sisältää kysymyksiä uskonnollisista ja elämäntapomuksellisista asioista, ihminen voi esimerkiksi kyseenalaistaa uskonsa sairauden takia. Voidaan myös etsiä sairauden syitä itseltään kysyen, ja pohditaan elämäntapojen yhteyttä sairastumiseen. (Selin & Grönman 2015.)

Tutkimusten mukaan kolmasosalla syöpää sairastavista ja heidän lähiomaisillaan ilmenee toimintakykyä heikentäviä psyykkisiä oireita, jotka hoitamattomina lisäävät kärsimystä ja tekevät somaattisten hoitojen toteutuksesta hankalampaa. Sairastuminen koetaan usein uhkana, aluksi tunnetaan epämääräistä ahdistusta, joka jäsentyy peloksi. (Jonsuu ym. 2007, 787 - 789.) Pelkoa aiheuttaa esimerkiksi kipu, joka on yksi syövän pelätyimmistä oireista (Hamunen & Heiskanen 2009). Pelätään myös kuolemista, joka vaatii eniten psyykkistä työstämistä (Aalberg & Idman 2013a).

Syöpään sairastuminen ja sen hoidot vaikuttavat yleensä minä-kuvaan ja seksuaalisuuteen, muutoksia aiheuttaa esimerkiksi jonkun elimen poisto. Sairauden yhteydessä yleensä myös itsetunto laskee voimakkaasti, ja sairastuneen voi olla vaikea pitää itseään naisellisena tai miehenä, saatetaan pitää itseä epämiellyttävänä tai rumana. Näin ollen syöpään sairastunut ei välttämättä päästä lähelleen henkisesti tai fyysisesti ja torjuu tuen tai eristäytyy, vaikka läheiset parhaansa mukaan tukisivat, kuuntelisivat ja auttaisivat. Mutta toisaalta sairastuneen läheiset voivat myös alkaa vältellä ja pitää sairastunutta etäämpänä, jotta tilanne ei tuntuisi heille niin vaikealta. Yksinäisyyden kokeminen lisää kipua ja tilanteen raskautta. Yksinäinen voi olla eri tavoin; joillakin ei ole montaa ystävää tai sukulaista ja joku voi jäädä yksin ilman kuuntelevaa läheistä, vaikka ympärillä olisi paljon ihmisiä. (Arhovaara ym. 2011.) Sosiaalista kipua lisäävät myös esimerkiksi selvittämättömät riidat, jolloin sairastunut kokee ahdistusta ja syyllisyyttä elettyä elämää kohtaan (Vainio & Kalso 2009a).

Pahanolon tunteelta ja ahdistukselta mieli pyrkii suojautumaan automaattisilla puolustusmekanismeilla. Tavallisia puolustusmekanismeja ovat kieltäminen, torjunta, tapahtuneen vähättely, tunteiden torjunta ja syyllistäminen. Puolustusmekanismit suojaavat ihmistä ahdistuksen aiheuttamalta psyykkiseltä kivulta ja pyrkivät säilyttämään ihmisen harkinta- ja toimintakyvyn. Kun puolustusmekanismit sitovat ahdistusta, voi ihminen jäsenellä tietoa ja hahmottaa sairauden merkitystä elämään. Sekavat ajatukset alkavat selkiytyä kysymyksiksi ja tulevaisuuden ajatteluksi. Joskus kuitenkin sairauden aiheuttama psyykkinen ahdistus voi olla niin suurta, että puolustuskeinot eivät riitä ja ihmisestä tulee tuskainen ja levoton ja ihminen joutuu kriisiin. (Joensuu ym. 2007, 789 - 790.)

Psyykkinen kriisi on yksilöllinen reaktio, joka määräytyy esimerkiksi potilaan persoonallisuudesta, kyvystä käsitellä epävarmuutta ja ulkoisista kuormittavista tekijöistä. Kriisi jaetaan akuutti- ja jäsentelyvaiheeseen. Akuuttivaihe alkaa uhkakokemuksella, jota seuraa sokki- ja reaktiovaihe. Akuutissa kriisinvaiheessa oireina ovat kiihtymys, mielialan vaihtelut tai lamaannus, mutta oireena voi olla myös sekalaista kiihtymyksen ja lamaannuksen vaihtelua. Kriisin jäsentelyvaiheessa käsitellään tapahtunutta rauhallisesti ja suuntaudutaan uudelleen, sairastunut muodostaa käsityksen sairauden ja sen tuomien muutosten merkityksestä elämälleen. Jos ihminen ei onnistu käsittelemään tapah-

tunutta ja muutosta, psyykkiset oireet ja kipu voivat pahentua ja pitkittyä sopeutumishäiriöksi tai vaikeaksi psyykkiseksi häiriöksi. (Joensuu ym. 2007, 790.) Sopeutumishäiriö tarkoittaa psyykkisen kriisin jumiutumista akuuttiin vaiheeseen niin, ettei kriisin käsittely etene jäsentelyyn tai korjaamiseen (Aalberg & Idman 2013b). Sopeutumishäiriö ilmenee esimerkiksi masentuneisuutena, univaikeuksina, ahdistuksena tai käytöshäiriöinä (Joensuu ym. 2007, 791).

3.4 Kivun arviointi

Kivun hoito on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuuluu jatkuva kivun arviointi (Tanskanen 2014). Olennainen osa kipudiagnostiikkaa on tieto kasvaimen laadusta ja levinneisyydestä sekä potilaan saamien hoitojen tunteminen (Vainio ym. 2009h). Kivun arviointi on laaja-alaista ja sen tarkoituksena on saada kokonaisvaltainen arvio kivusta (Tanskanen 2014). Kun kokonaisvaltainen arvio on saatu, voidaan suunnitella yksilöllinen kivun hoito käyttämällä sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä (Vainio ym. 2009c). Jotta saataisiin haluttu vaste kivun hoidolle, tulee hoitajalla olla tarpeeksi tietoa ja taitoa sekä asiaan perehtymistä (Salanterä 2010).

Kipu on yksilöllinen ja henkilökohtainen tuntemus, joten ensisijainen kivun arvioija on potilas itse (Tanskanen 2014). Toissijaisena arvioijana ovat potilaan läheiset, lääkärit ja hoitajat (Salanterä 2010). Kivun seurannan on oltava säännöllistä ja yhdenmukaista (Hoikka 2013a). Kivun arvioinnissa tulee selvittää kivun luonne, esiintyvyys ja voimakkuus. Kivun luonnetta ja esiintyvyyttä voi potilas itse kuvata: millaista kipu on, missä kipu sijaitsee, milloin kipu on alkanut, kipua helpottavat ja pahentavat asiat, sekä kivun vaikutuksesta toimintakykyyn. Kivun voimakkuuden mittaamiseen käytetään apuna kipumittareita. (Tanskanen 2014.) Yleisesti kivun voimakkuus luokitellaan kivuttomuudesta lievään kipuun, lievästä kohtalaiseen ja kohtalaisesta voimakkaaseen kipuun (Pätäri 2014). Kivun voimakkuus ja syntymekanismi toimivat perustana kipulääkkeen tarpeen arvioimiseksi sekä kipulääkkeen vaikutuksen arvioimiselle (Hoikka 2013a). Tästä syystä kipua tulee arvioida aina ennen ja jälkeen kivunhoidon (Tanskanen 2014). Ilman kivun arviointia on mahdotonta seurata kivunhoidon laatua ja tehoa (Hoikka 2013a).

Kipumittareita käytetään apuna, jotta saadaan kivulle sanallinen tai numeerinen muoto (Tanskanen 2014). Kipumittarit takaavat järjestelmällisen ja tehokkaan arvion kivun voimakkuudesta. Nämä mittarit toimivat vuorovaikutuksen apuvälineinä, jotta potilas

voi konkreettisesti osoittaa kokemansa kivun voimakkuuden. (Pätäri 2014.) Potilas valitsee yhdessä hoitajan kanssa sopivan kipumittarin, joka on potilaalle tarpeeksi helpokäyttöinen. Potilaan tulee myös ymmärtää mittarin käytön syy ja hyödyllisyys. Koko hoitajakson ajan käytetään samaa kipumittaria, jotta saataisiin mahdollisimman luotettava arvio. Kipumittareita on erilaisia; sanallisia, numeerisia ja kuvallisia asteikkoja. (Hoikka 2013a.)

Sanallisessa (Verbal rating scale) kipumittarissa kysytään potilaalta, mikä sanoista vastaa hänen kivun voimakkuutta. Sanat luokitellaan 0 - 4 asteikolle. Ei kipua = 0, Lievä kipu = 1, Kohtalainen kipu = 2, Voimakas kipu = 3, Sietämätön kipu = 4. (Hoikka 2013a.)

Numeerisessa (Numeral rating scale) kipumittarissa, potilas kertoo mikä luvuista 0 -10 vastaa hänen sen hetkistä kivun voimakkuutta parhaiten. 0 = ei kipua ja 10 = pahin mahdollinen kipu. (Hoikka 2013a.)

VAS-kipujana (Visual analogue scale) on visuaalinen kipua kuvaava mittari, joka on 10 cm pituinen jana. Janan vasen pää kuvaa tilannetta, jossa ei ole kipua. Oikea pää taas kuvastaa pahinta mahdollista kipua. Potilas asettaa itse janalle poikkiviivan kohtaan, joka vastaa hänen kivun voimakkuutta. (Hoikka 2013a.) Kuvassa 1 VAS-kipujana (Kivunhoito HUS:ssa 2015).



KUVA 1. VAS-kipujana (Kivunhoito HUS:ssa 2015)

Painad- kipumittari (Pain assesment in advanced demenita scale) soveltuu kun potilas ei itse pysty kertomaan oman kipukokemuksen voimakkuutta. Arvioidaan kipua havainnoimalla potilasta 5 minuuttia, mittaus perustuu kipukäyttäytymiseen. Mittarissa on 5 osiota; hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Jokaisesta osioista voi antaa 0 - 2 pistettä, kokonaispistemäärä on 10 pistettä. Täydet 10 pistettä kuvastaa sietämätöntä kipua ja 0 pistettä kivuttomuutta. (Tanskanen 2014.)

Kun kipu arvioidaan potilaan ulkoisesta olemuksesta, puhutaan nonverbaalisesta kipuviestinnästä. Tähän kuuluvat käyttäytymismuutokset ja fysiologiset muutokset. Myös sekavuus, aggressiivisuus, levottomuus ja muut tunnereaktiot voivat olla merkkejä kivusta. (Pätäri 2014.) Kun potilaan oma arvio kivuista ei ole mahdollista, korostuu vielä enemmän nonverbaalisen kipuviestinnän merkitys. Potilaan omaiset, hoitajat ja lääkärit ovat avainasemassa tässä kivun arvioinnissa. (Tanskanen 2014.) Käyttäytymismuutoksia arvioidaan tarkkailemalla potilaan kasvojen ilmeitä, liikehdintää ja ääntelyä. Kasvoilla kipua ilmentävä käyttäytyminen voi esiintyä kasvojen jännityksenä suun ja silmien alueella, kyynelienä, irvistyksenä, kulmien kohottamisena tai kurtistuksena sekä pelokkaana tai surullisena ilmeenä. Kipukäyttäytyminen liikehdintänä voi esiintyä levottomuutena, raajojen liikutteluna, jännittyneenä asentona, liikkumattomuutena tai hitaina ja varovaisina liikkeinä. Ääntely voi olla itkua, vaikerointia, voihkimista tai äänekkästä hengitystä. Fysiologisia muutoksia voidaan huomata tarkkailemalla peruselintoimintoja, kuten verenpainetta, sydämen sykettä, ihon väriä, hikoilua, hengitystä, vatsantoimintaa tai virtsaneritystä. (Hoikka 2013a.) Tulee kuitenkin ottaa huomioon, että peruselintoimintoihin vaikuttavat monet muut tekijät kivun lisäksi, siksi käyttäytymismuutosten seuraamista pidetäänkin luotettavampana tapana arvioida kipua (Jänis 2009).

Kipua arvioitaessa on tärkeää selvittää, miten kipu vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. Häiritseekö kipu normaalia elämää, kuten unta, harrastuksia tai sosiaalista kanssakäymistä. Sairauden aiheuttama kriisi voi vaikuttaa potilaan psyykkiseen, henkiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen. (Vainio ym. 2009h.) Psyykkistä kipua voidaan arvioida potilaan ahdistuneisuudesta, masennuksesta, pelosta ja surusta (Selin & Grönman 2015). Potilaan masennus ja ahdistuneisuus voivat vaikuttaa huomattavasti kivun kokemiseen sekä hoitotulokseen. Psykologi voi olla mukana moniammatillisessa työryhmässä, jos esimerkiksi kipu on kroonistunut tai potilas on psyykkisesti rasittunut. Psykologin tarkoituksena on selvittää potilaan elämäntilannetta ja miten esimerkiksi uskomukset, ajatukset, vuorovaikutustekijät tai tunteet vaikuttavat potilaan kokonaistilanteeseen sekä pitävätkö nämä mahdollisesti kipuongelmaa yllä, jolloin toipuminen voi vaikeutua. (Vainio ym. 2009i.) Henkistä kipua voidaan todeta olevan potilaalla, joka kyseenalaistaa oman uskonsa ja vakauksensa tai etsii sairaudelleen syytä omista elämäntavoista sekä pohtii sairauden vaikutusta elämänlaatuun tulevaisuudessa. Sosiaalista kipua voidaan arvioida potilaan vetäytymisenä, yksinäisyytenä sekä ihmissuhteiden vähenemisenä sairauden

seurauksena. Tällöin potilaasta voi tuntua, ettei kelpaa enää läheistensä tai muiden ihmisten seuraan, jolloin hän voi kokea rakkauden puutetta. Nämä voivat lisätä kiputunteuksia. (Selin & Grönman 2015.)

Potilasasiakirjoihin tulee kirjata kaikki tiedot kivun hoidosta. Kivun kirjaaminen mahdollistaa kivun hoidon jatkuvuuden sekä parantaa tiedon kulkua hoitohenkilökunnan keskuudessa. (Tanskanen 2014.) Laadukas kivunhoidon kirjaaminen edellyttää dokumentointia potilaan oman arvion perusteella kivun voimakkuudesta, luonteesta ja esiintymisestä. Kivunhoidon prosessi tulee olla näkyvillä potilasasiakirjoissa, joihin kirjaetaan myös kipumittareiden käyttö, lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sekä arvio kivun voimakkuudesta ennen ja jälkeen kivunlievitystä. (Salanterä 2010.) Kirjaaminen on tärkeä edellytys kivun hoidon onnistumisen arvioinnissa (Tanskanen 2014).

4 SYÖPÄKIVUN HOITO

Kivunhoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua (Kipu 2015). Kivunhoidon suunnittelu on yksilöllistä ja sen toteutuksen tulisi olla mahdollisimman helppoa ja yksinkertaista (Syöpä ja kipu 2016). Oirekuva viittaa syöpäkivun mekanismiin ja hoitojen kannalta täytyy ainakin pystyä erottamaan kolme kipuluokkaa: syövästä johtuva nosiseptiivinen eli kudosvaurio kipu ja neuropaattinen kipu, sekä hoitojen seurauksena syntyvä kipu. (Joensuu ym. 2007, 760.)

Pitkäaikaisen ja vaikean kivun hoito vaatii monialaista ryhmätyötä, joista tärkeimpänä jäsenenä on itse kivusta kärsivä ihminen. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas kertoo riittävästi kivustaan, osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa sekä on kärsivällinen, vaikka parhaat hoitomuodot ja lääkkeet eivät löydy välttämättä hetkessä. (Vainio 2006, 73.) Perusterveydenhuollolla on ensisijainen vastuu kipupotilaiden hoidosta ja heidän tehtäviin kuuluvat kiputyypin tunnistaminen, kiputilan aiheuttajan diagnosoiminen, kivun kroonistumisen riskitekijöiden arvioiminen, syyn- ja oireenmukainen hoitaminen, selviytymisen tukeminen ja työkyvyttömyyden huomioiminen sekä kuntoutukseen ohjaaminen. Potilas ohjataan erikoissairaanhoidon puolelle silloin, jos perusterveydenhuollon hoitotoimet eivät riitä kivun hoitamiseksi, vaan se jatkuu kohtalaisena tai kovana ja haittaa arjessa selviytymistä. Myös silloin potilas voidaan lähettää

erikoissairaanhoidon, jos kivun syytä ei saada selville perusterveydenhuollossa. (Kipu 2015.)

4.1 Lääkkeellinen kivunhoito

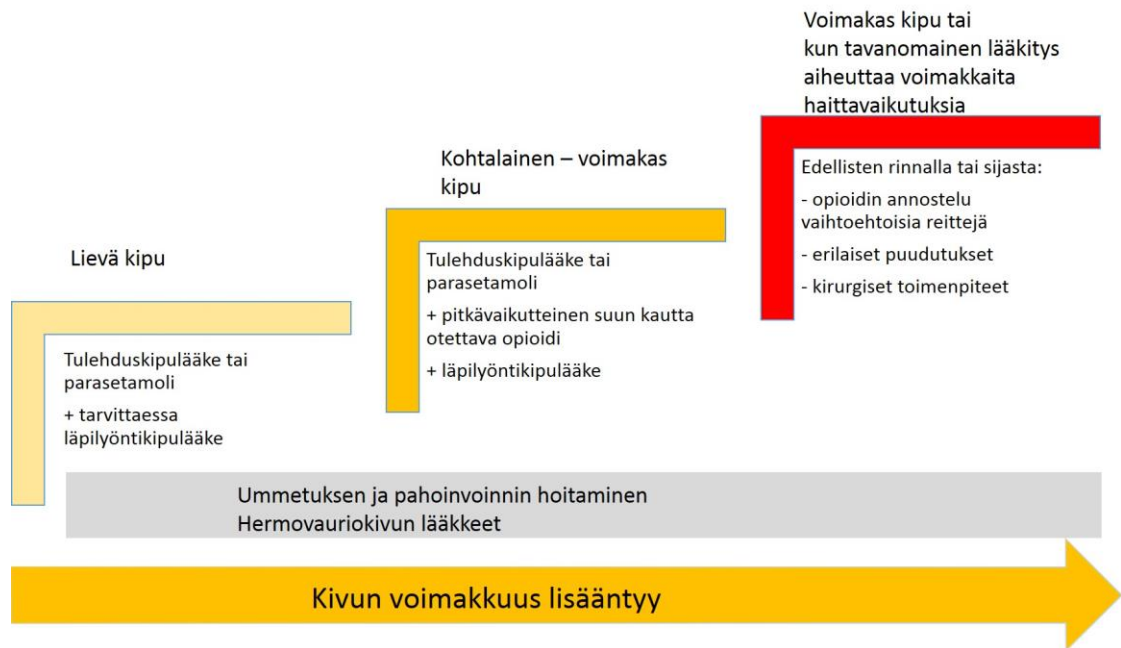
Useimmille syöpäpotilaille riittävä kivunlievitys saadaan aikaiseksi suun kautta annettavilla lääkkeillä, joita tarpeen mukaan asteittain tehostetaan. Kipuja on tärkeää hoitaa heti niiden ilmaannuttua, eikä odottaa niiden pahenemista. Kipujen ennaltaehkäisy on helpompaa kuin saada sietämätön kipu aisoihin. (Vainio 2006, 81.) Pienelle osalle potilaista lääkkeitä täytyy kuitenkin antaa myös muita reittejä, kuten selkäydinkanavaan tai laskimoon. Nykyisin harvalle syöpäpotilaalle tehdään hermoyhteyden katkaisu neurolyytisellä aineella kivun poistamiseksi, sillä kipua saadaan lievitettyä vähäisemmin sivuvaikutuksin selkäydinkanavaan annetuilla opioideilla. (Vuorinen & Kalso 2007.)

Jos kivun aiheuttajana on kasvain ja hermovaurioita ei ole havaittavissa, ovat kaikki eri kasvainta pienentävät hoidot apuna kivun hoidossa. Onkologisista hoitomenetelmistä ensisijaiset kivun hoitoon käytettävät menetelmät ovat kipusädehoito, puolikehosädehoito sekä isotooppihoidot. (Hamunen ym. 2009). Kipusädehoitoa käytetään, jos yksi pesäke haittaa muita pesäkkeitä enemmän ja tällöin sädehoito kohdistetaan siihen tiettyyn luustoetäpesäkkeeseen tai pehmytosakasvaimen. Puolikehosädehoitoa sen sijaan käytetään, jos hoidettavia etäpesäkkeitä on paljon ja tällöin se kohdistetaan joko vyötäröstä ylös- tai alaspäin. Isotooppihoidoissa sädeannos annetaan laskimon kautta paikallisesti suoraan luustoetäpesäkkeeseen ohjautuvana isotooppiruiskeena. (Vainio ym. 2009c.) Sädehoidoilla kivunlievitys onnistuu täysin n. 30–60 %:lla ja osittain n. 70 %:lla. Sädehoito alkaa vaikuttamaan 1 – 4 viikon kuluessa ja kestää 3 - 6 kuukautta. Kivun hoitamiseksi on tärkeää aloittaa heti tehokas lääkehoito. Jos kipuun pystytään vaikuttamaan esimerkiksi leikkauksella, sädehoidoilla tai solunsalpaajahoidolla, voidaan kipulääkkeitä tarpeen mukaan vähentää myöhemmin. (Joensuu ym. 2007, 766.) Syöpäkivun hoito poikkeaa muiden kroonisten kipujen hoidoista siinä, ettei opioidien käyttöä hoidossa tule rajoittaa tai arastella (Hamunen ym. 2009).

Suurin osa syöpäkivuista hoidetaan noudattamalla WHO:n ohjeistusta kipulääkkeiden porrastamisesta. Sen mukaan lääke valitaan kivun voimakkuuden perusteella, lievään kipuun peruskipulääkettä (parasetamoli tai tulehduskipulääke), kohtalaisessa kivussa särkylääkkeeseen yhdistetään mieto opioidi (kodeiini, dekstropropoksifeeni, tramadoli

tai buprenorfiini), ja voimakkaassa kivussa käytetään vahvoja opioideja (morfiini, oksikodoni, metadoni tai fentanyyli). Lisäksi menetelmän mukaan jokaiseen kipuasteeseen voidaan yhdistää spesifinen lisälääke eli adjuvantti, jonka tarkoituksena on joko tehostaa kivunhoitoa tai lievittää kipulääkkeiden haittavaikutuksia. Näitä ovat esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet ja gabapentiini, joita käytetään neuropaattisen kivun hoidossa, sekä spasmolyytit ja haloperidoli opioideista johtuvaan pahoinvointiin. (Joensuu ym. 2007, 766 - 767.) WHO:n portaittaisessa kivunhoitomuodon taulukossa on alun perin ollut kolme porrasta, mutta Suomessa siitä käytetään neljän portaan mallia. Tässä mallissa buprenorfiini on omalla portaallaan mietojen ja vahvojen opioidien välissä sen takia, että se on kodeiinia ja tramadolia tehokkaampi, mutta ei kuitenkaan verrattavissa morfiiniin, sillä sen annosta ei pystytä suurentamaan kattoannosta korkeammalle. (Kalso ym. 2016.)

WHO:n ohjeistuksen pääperiaatteet ovat suun kautta ja kellon ympäri, tällöin kipua pysytetään pitämään hyvin hallinnassa. Lääkkeiden jatkuva käyttö, helppo antoreitti sekä yksilöllisesti arvioitu annos takaavat tehokkaan kivun hoidon. (Joensuu ym. 2007, 767). Pitkävaikutteisilla valmisteilla taataan tasainen kivunlievitys, mutta läpilyöntikiput on tärkeä tasata nopeavaikutteisilla lääkkeillä. Haittavaikutuksia täytyy minimoida lääkettä tai annostelureittiä vaihtamalla tai hoitamalla ne toisilla sopivilla lääkkeillä. Hoidon toteutumista on seurattava säännöllisesti, jotta kivunhoito onnistuisi parhaiten. (Vuorinen & Kalso 2007.) Tätä menetelmää on kuitenkin kritisoitu uusien tietojen ja eri kipumekanismeihin perustuvien lääkkeiden kehityksen myötä. On todettu, ettei kipulääkitystä pystytä arvioimaan pelkästään kivun voimakkuuden perusteella, vaan tulee ottaa huomioon kivun syntymekanismi. Esimerkiksi opioidit eivät vaikuta kaikkiin neuropaattisiin kipuihin, joten niihin kannattaa valita esimerkiksi amitriptyliini tai gabapentiini. Syöpäkipujen hoidossa tärkeintä on hoidon yksilöllinen suunnittelu. Hyvän hoidon takaamiseksi lääkehoitoa täytyy seurata ja arvioida jatkuvasti, sillä paras vaihtoehto ei välttämättä löydy heti ja aluksi toiminut kivunlievitys saattaa myöhemmin menettää tehoaan. (Joensuu ym. 2007, 767.) Kuvassa 2 havainnollistetaan kipulääkityksen porrasteista lisäämistä kipujen kasvaessa (Kivunhallintatalo 2016b).



KUVA 2. Syöpäkipujen lisääntyessä lääkitystä vahvistetaan ja tarvittaessa voidaan käyttää muita hoitomenetelmiä lääkehoidon rinnalla (Kivunhallintatalo 2016b).

4.1.1 Peruskipulääkkeet

Tutkimusten mukaan tulehduskipulääkkeiden (NSAID) vaikutus luustoetäpesäkkeisiin ja syövästä johtuvaan tulehdukselliseen kipuun on kiistaton (Joensuu 2007, 767). Tulehduskipulääkkeille ominaista ovat kivunlievitys, kuumetta alentava ja lievä tulehdusta rauhoittava vaikutus. Niiden vaikutus perustuu prostaglandiinisynteesin estoon. Prostaglandiinit kuuluvat eukosanoideihin, jotka ovat paikallisesti vaikuttavia välittäjäaineita. Ne säätelevät monia fysiologisia sekä patofysiologisia toimintoja, kuten immuunivastetta, veren hyytymistä, sileän lihaksen jänteyttä ja sisäeritystoimintaa. Prostaglandiinisynteesi lisää voimakkaasti prostaglandiinien tuottoa, jotka puolestaan lisäävät tulehdusta ja sen oireita. Lisäksi niiden tehtävänä on suojata mahasuolikanavan limakalvoa ja munuaisten toimintaa. Tämän takia tulehduskipulääkkeiden jatkuva käyttö aiheuttaa mahasuolikanavan ärsytystä ja munuaisvaivoja. (Moilanen ym. 2016.) Mahasuolikanavan ärsytystä estämään käytetään protonipumpunsalpaajia. Ne estävät mahahapon eritystä salpaamalla mahalaukun limakalvon soluissa toimivaa protonipumppua. Näitä vatsansuojalääkkeitä ovat esimerkiksi omepratsoli ja esomepratsoli. (Pelkonen ym. 2014.) Myös glukokortikoidit vähentävät proteiinisynteesiä, jonka takia

ne auttavat tulehdukseen (Moilanen ym. 2016). Lievään kudosaivuriokipuun tulehduskipulääke riittää yksinään tasaisesti annosteltuna, mutta keskivaikeassa tai vaikeassa kivussa on välttämätöntä lisätä opioidi mukaan. NSAID – lääkettä käytettäessä pystytään kuitenkin pitämään opioidiannos hieman pienempänä. (Joensuu ym. 2007, 767 - 768.) Tulehduskipulääkkeen ja opioidin yhdistäminen tehostaa kivunlievitystä sekä vähentää haittavaikutuksia (Hamunen ym. 2009). Tulehduskipulääkkeet eivät kuitenkaan tehoa hermovaivuriokipuun, vaan siihen auttavat parhaiten trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet (Joensuu ym. 2013, 884). Ibuprofeeni on hyvä peruskipulääke syöpäkivun hoidossa, mutta jos potilaalla on vasta-aiheita tulehduskipulääkkeitä kohtaan, käytetään parasetamolia (Hamunen ym. 2009).

Parasetamoli on yleinen ja turvalliseksi luokiteltu särkylääke, sillä se ei ärsytä maha-suolikanavaa eikä vaikuta veren hyytymiseen. Se on hyvä kuumetta alentava lääke, mutta luustoetäpesäkkeisiin tai tulehduksesta johtuvaan syöpäkipuun siitä ei ole hyötyä, koska se ei estä tulehdusta eikä prostaglandiinisynteesiä. Joidenkin solunsalpaajahoidosten aikana on kuitenkin turvallisempaa käyttää parasetamolia kuin tulehduskipulääkkeitä. (Joensuu ym. 2007, 767.)

4.1.2 Opioidit

Syöpäkipujen hoidossa opioideilla on merkittävä osuus. Niillä on paljon farmakokineettisiä eli lääkeaineen elimistössä tapahtuviin vaiheisiin liittyviä eroja. Erojen takia voidaan kokeilla toista opioidia, jos ensimmäinen aiheuttaa haittavaikutuksia tai jos potilaalle on kehittynyt jo toleranssi eli sietokyky lääkeainetta kohtaan. Kivunlievittyminen tapahtuu selkäytimen ja aivorungon opioidireseptoreiden kautta. (Kalso ym. 2016.) Reseptorit ovat lääkeaineiden sitoutumispaikkoja, joiden kautta suurin osa lääkeaineista vaikuttaa. Reseptorit voivat myös olla entsyymejä tai ne voivat aktivoida entsyymejä, tällöin niitä kutsutaan entsyymireseptoreiksi. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 105.) Opioidireseptoreita on joka puolella aivokuorella ja lisäksi myös ääreishermostossa. Kivun kokemuksen muuntelu tapahtuu aivokuoren opioidireseptoreiden kautta. (Kalso ym. 2016.) Lääkeaineen eliminoitumistapa eli lääkeaineen poistuminen elimistöstä vaikuttaa siihen, kuinka voimakas ja pitkäkestoinen vaikutus lääkkeellä on. Poistumisessa on kaksi perusmekanismia, joista toinen on lähinnä maksassa tapahtuva metabolia eli lääkeaineenvaihdunta, jonka seurauksena lääkeaine muuttuu yhdeksi tai useammaksi

aineenvaihduntatuotteeksi. Toinen poistumistapa on munuaisten kautta tapahtuva erittyminen. Lääkeaineen hajottamiseen osallistuvia entsyymireseptoreita ovat CYP450 -entsyymit. Eri lääkeaineet sitoutuvat aina tiettyyn lääkeainereseptoriin, mutta jotkin lääkeaineet kilpailevat samoista reseptoreista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 97 - 98.) Tällöin syntyvät lääkeaineiden yhteisvaikutukset voivat lisätä opioidin vaikutusta esimerkiksi sienilääke vorikonatsolilla CYP3A4 -välitteisen entsyymin salpaaminen saattaa lisätä oksikodonin vaikutuksia. Myös metadonin vaikutuksen on todettu lisääntyneen huomattavasti lääkkeiden yhteisvaikutusten seurauksena. (Kalso ym. 2016.) Tämän takia on tärkeää, että hoitohenkilökunta ymmärtää lääkeaineiden metabolian ja erittymisen eri vaiheet (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 98).

Mietoja ja keskivahvoja opioideja käytetään lievässä ja kohtalaisessa kivussa. Suomessa kyseisen ryhmän lääkkeitä on käytössä dekstropropoksifeeni, kodeiini, tramadoli ja buprenorfiini. Dekstropropoksifeenin kipua lievittävä vaikutus ei juurikaan eroa mm. asetyylilisisylihapon tehosta, joten sen käyttäminen tulehduskipulääkkeen lisänä tuo vain pienen lisälievityksen. Lisäksi se on yliannosteltuna sydäntoksinen, koska se pidentää QTc-aikaa. Kodeiini on aihiolääke, eli se muuttuu elimistössä vaikuttavaksi lääkeaineeksi. Kodeiinilla itsessään on heikko opioidi vaikutus, joten sen teho perustuu lähinnä morfiiniksi muuttumiseksi CYP2D6 -entsyymin välityksellä maksassa. On huomioitava, että noin 10 %:lla valkoihoisista ihmisistä on kuitenkin hidaskäyttöinen lääkeaineenvaihdunta, jolloin kodeiini ei välttämättä muutu lainkaan morfiiniksi ja lääke jää tehottomaksi. Lievässä kivussa kodeiinilla saadaan yhdessä parasetamolien tai tulehduskipulääkkeen kanssa hyvä kivunlievitys. Kohtalaisessa syöpäkivussa 60 mg neljästi vuorokaudessa tuo riittävän kivunlievityksen ja tämän takia potilaan lääkerasitus kasvaa turhaan ibuprofeeni- tai parasetamoliannoksen myötä. (Joensuu ym. 2007, 768 - 769.)

Tramadoli estää noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinottoa heikon opioidivaikutuksen lisäksi. Näiden ominaisuuksiensa takia sen on todettu auttavan myös neuropaattiseen kipuun. Vaikutusmekanismi rajoittaa kuitenkin vuorokausiannosta ja on oltava varovainen käytettäessä tramadolia serotoniinin määrää lisäävien lääkkeiden kanssa. Esimerkiksi SSRI-lääke fluoksetiini on tällainen pitkävaikutteinen serotoniinin takaisinoton estäjä. Tramadoli aiheuttaa monille pahoinvointia ja huimausta, ja erityisesti vanhuspotilailla sen käytössä täytyy olla varovainen. (Kalso ym. 2016.) Buprenorfiini voi osittain estää muiden opioidien vaikutuksen, joten samanaikainen käyttö ei ole suositeltavaa.

Suurempien annosten teho on kivunlievityksen osalta heikompi, joten on parempi vaihtaa suoraan vahvaan opioidiin, kuten morfiiniin. (Kalso ym. 2016.)

Syöpäkivun hoidossa mietojen opioidien merkitys on vähäinen, sillä kohtalaisessa ja voimakkaassa kivussa peruskipulääkkeiden rinnalla aloitetaan usein heti vahvat opioidit. Vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, fentanyyli, hydromorfoni ja metadoni. Näistä morfiini on eniten tutkittu ja hinnaltaan edullinen. Vahva opioidi voidaan aloittaa pienellä annoksella pitkävaikutteista valmistetta, jonka annosta lisätään jatkossa 30 % kerrallaan. Lisäksi on käytettävä läpilyöntikipulääkkeenä lyhytvaikutteista valmistetta. Pitkävaikutteinen morfiini alkaa vaikuttaa vasta 1 - 2 tunnin kuluttua. Läpilyöntikipulääkkeelle tärkeintä on nopea vaikutus, kuten esimerkiksi morfiini- ja oksikodoniliuos vaikuttaa 15 - 20 minuutissa. (Hamunen ym. 2009.) Tutkimusten mukaan 70 % potilaista saa kivunlievityksen alle 200 mg vuorokausiannoksella morfiinia (Hamunen 2015).

Morfiini on hyvä perusopioidi, eikä sillä ole todettu olevan merkittäviä lääkeinteraktioita. Sen kohdalla tulee kuitenkin huomioida sen vaihteleva hyötyosuus. Morfiinin aineenvaihdunnassa syntyvä yhdiste morfiini-6-glukuronidi kerääntyy elimistöön munuaisten vajaatoiminnassa, jonka takia sitä ei suositella käytettäväksi munuaispotilailla. Morfiinin 3-glukuronidi vapauttaa glutamaattia, joka voi kiihdyttää esimerkiksi keskushermoston toimintaa aiheuttaen mm. kosketusherkkyttä. (Kalso ym. 2016.) Oksikodoni muistuttaa kivunlievitys teholtaan ja haittavaikutuksiltaan hyvin paljon morfiinia, mutta sen on todettu aiheuttavan vähemmän hallusinaatioita ja painajaisia. Oksikodonia on opioidien yksilöllisten vaikutusten takia hyvä kokeilla potilaille, jotka eivät siedä morfiinin haittavaikutuksia. (Joensuu ym. 2013, 889.) Oksikodoni siirtyy helposti veri-aivoesteeseen läpi, minkä takia riski opioidiriippuvuudelle on suurempi (Kalso ym. 2016). Veri-aivoeste estää useimpien lääkeaineiden pääsyn aivokudokseen ja sitä kautta keskushermostoon (Savolainen & Mannila 2016). Suun kautta otettuna oksikodonin hyötyosuus on kuitenkin suurempi ja vähemmän vaihteleva kuin morfiinin. CYP3A4-isoentsyymiä kiihdyttävät lääkkeet nopeuttavat oksikodonin metaboliaa ja tällöin kivunlievitys vähenee lääkeaineen pitoisuuden pienentyessä, ellei oksikodonin annosta lisätä. Tällaisia lääkkeitä ovat mm. karbamatsepiini ja rifampisiini. (Kalso ym. 2016.)

Fentanyyli on rasvaliukoinen opioidi, joka häviää suun kautta annosteltuna ensikierron aikana melkein kokonaan. Tämän takia se annostellaan depotlaastareiden kautta iholle,

josta se vapautuu verenkiertoon. Ruumiin lämpötila vaikuttaa fentanyylin imeytymiseen, korkeampi lämpötila nopeuttaa sitä ja huono ihonalainen verenkierto puolestaan vähentää sen imeytymistä. Kuivuneilla/riutuneilla potilailla samalla annoksella fentanyylin plasmapitoisuus saavuttaa noin 50 % normaalipainoisten pitoisuudesta. Fentanyyli on todella tehokas opioidi, vaikka annostelutapa on luonut siitä lievemmän opioidin mielikuvan. (Kalso ym. 2016.) Jos laastareita joudutaan käyttämään useampia kuin kahta samanaikaisesti, nousee riski haittavaikutuksille suuremmaksi. Tällöin on syytä harkita muita hoitomuotoja, kuten ihonalaista infuusiota. (Vainio ym. 2009c.) Fentanyyliä on myös imeskelytablettimuodossa suuonteloasettimella, jota käytetään syöpäpotilaiden läpilyöntikipuun, jos lääkkeiden nieleminen ei onnistu (Kalso ym. 2016).

Hydromorfoni on morfiinin johdannainen, mutta eroaa morfiinista siinä, että se on hyvin rasvaliukoinen ja oksikodonin tavoin läpäisee hyvin veri-aivonesteen. Tämän takia riippuvuusriski on morfiinia suurempi. Suun kautta annosteltuna sen hyötysuhde on heikko ja yksilöiden välillä hyvin vaihteleva. Metadoni on vanha ja edullinen opioidi, joka yleensä aloitetaan vasta, jos mikään muu opioidi ei tuo riittävää kivunlievitystä. Se soveltuu hyvin pitkäaikaiseen annostukseen farmakokinetiikkansa takia ja sen on todettu olevan tehokkaampi neuropaattisessa kivussa ja toleranssin kehityttyä kuin muut opioidit. Metadonin puoliintumisaika on pitkä, se voi olla jopa 150 tuntia. Sillä on paljon erilaisia lääkeaine yhteisvaikutus mahdollisuuksia, jotka tuovat omat ongelmansa lääkkeen käyttöön. (Kalso ym. 2016.)

Kaikille opioideille on yhteistä kattovaikutus, eli annoksen suurentaminen yli tietyn annoksen ei enää lisää lääkkeen tehoa vaan haittavaikutukset alkavat lisääntyä. Opioideja käytettäessä voi varsinkin alkuun esiintyä pahoinvointia, ummetusta, kognitiivisia haittoja, hallusinaatioita, pakkoliikkeitä, hengityslamaa ja väsymystä. Kognitiiviset haitat ja pahoinvointi helpottavat usein viikon kuluttua hoidon aloituksesta. Haittavaikutuksia hoidetaan oireiden mukaan muilla lääkkeillä, kuten pahoinvointia haloperidolilla ja ummetusta laksatiiveilla. Opioidiannosta voidaan myös vähentää tai jakaa useampaan antokertaan vuorokaudessa, tehostaa muuta lääkitystä tai miettimällä muita hoitovaihtoehtoja. (Hamunen 2015.)

Pelkkä opioidilääkitys ei aina riitä kivunlievitykseksi, jolloin ei ole hyödyllistä nostaa koko aikaa opioidiannosta, vaan kannattaa enemmän pohtia muita hoitovaihtoehtoja.

(Vuorinen & Kalso 2007). Annosten noustessa voimakkaasti on myös mietittävä, onko tauti edennyt tai muuttunut, millaista kipua on (neuropaattinen/viskeraalinen), onko syntynyt toleranssi, onko potilaalla paha masennus tai ahdistus tai onko imeytymisongelmia. Hoidon jatkoja on mietittävä kivun lisääntymisen aiheuttamien syiden mukaan. (Hamunen 2015.) Esimerkiksi hermovaurioiden ja murtumien aiheuttamat kivut ovat ongelmallisia. Lisäksi syöpäpotilaalla voi olla puhtaasti neuropaattisia kipuja ja sytostaattihoidojen aiheuttamaa polyneuropatiaa. (Vuorinen & Kalso 2007.) Polyneuropatia on ääreishermoston laaja-alainen sairaus, jossa tunto- ja liikehermot usein vaurioituvat (Mervaala & Partanen 2011). Tällaisiin neuropaattisiin kipuihin käytetään masennuslääkkeitä tai epilepsialääkkeitä. Syöpäkasvain voi painaa ja ärsyttää hermokudosta, jonka hoitoon tarvitaan usein opioideja suurella annoksella tai puudutuksia. (Vuorinen & Kalso 2007.)

Syöpäkivuista noin 80 % on hallittavissa suun kautta annosteltavalla lääkityksellä loppuun saakka. (Vuorinen & Kalso 2007). Kuitenkin noin 10 – 15 % syöpäkivuista ei ole yksinkertaisella lääkityksellä hallittavissa. (Vuorinen 2015). Tällöin täytyy lähteä miettimään erikoistekniikoita kivunhoidossa. Näitä ovat ihonalainen ja suonensisäisen infuusio, intratekaalinen (aivo-selkäydinneste), epiduraalinen (selkänikamahaarakkeen alla oleva tila) tai intraventrikulaarinen (aivokammion sisäinen) kivunhoito, erilaiset puudutukset, kuten paikallispuudutus, neurolyyttinen johtopuudutus tai neurokirurgiset kivunlievitysmenetelmät. (Kalso ym. 2009c.)

Helpompi vaihtoehto ihonalaiselle annostelulle on kipulääkelaastareiden käyttö. Laastareita voidaan harkita, jos potilaan kivut ovat tasaisia eikä hän tarvitse muita lääkkeitä esimerkiksi pahoinvointiin. Kipulääkelaastareista yleisin on fentanyylilaastarit, ja ne vaihdetaan kolmen vuorokauden välein. Kipulääkelaastareiden paikkaa kannattaa vaihtaa ihoärsytyksen välttämiseksi. (Vuorinen & Kalso 2007.)

Ihonaista tai suonensisäistä lääkitystä käytetään tilanteissa, jolloin potilas ei pysty nielemään mitään suun kautta tai jos tarvittava opioidiannos nousee liian suureksi fentanyylilaastareilla tai suun kautta annosteltuna. (Vuorinen & Kalso 2007.) Tällöin voidaan käyttää myös itseannostelumenetelmää, jossa potilas säätelee itse lisäännoksen tarpeen sen jälkeen, kun lääkäri on suunnitellut ja ohjelmoinut kipulääkeannostelijaa hänelle sopivan ohjelman ja tallentanut sen laitteeseen. PCA-kipulääkeannostelijaa voi-

daan käyttää myös epiduraalisesti ja intratekaalisesti. Kipulääkeannostelijan avulla potilas pystyy itse annostelemaan kipulääkettä turvallisesti tarpeensa mukaan painamalla vain painiketta. (HUS 2016b.) Elektronisia pumppuja sekä infuusoreita on useita erilaisia. Ruiskupumput ovat helppokäyttöisiä ja varmatoimisia ja ne soveltuvat hyvin ihonalaiseen ja suonensisäiseen annosteluun. Elektroniset pumput ovat sen sijaan monipuolisempia ja ne soveltuvat suonensisäisen ja ihonalaisen annostelun lisäksi myös epiduraaliseen, intratekaaliseen sekä intraventrikulaariseen käyttöön. Tutkimusten mukaan ihonalaisesti annosteltuna morfiinilla saadaan aikaiseksi yhtä hyvä kivunlievitys kuin epiduraalisella ja haittavaikutukset ovat samantyyllisiä. Tämän takia sitä tulee kokeilla aina ennen spinaalisia (epiduraalista ja intratekaalista) hoitoja, koska se on niitä yksinkertaisempi hoitotapa. Jos ihonalainen annostelu ei tuota tarpeellista kivunlievitystä, niin tulee siirtyä suoraan intratekaalisesti annosteltuun opioidiin. (Vainio ym. 2009c.)

Jos muista lääkkeistä syntyy vaikeita sivuvaikutuksia tai kivunlievitys on riittämätöntä, on aiheellista annostella opioidia tai opioidin ja puudutteen yhdistelmää selkäydinkanavaan. Tällöin opioidit lievittävät kipuja pienempinä annoksina. Ohut katetri asetetaan selkäytimen lähelle, jonne hermot kipualueelta tulevat. Tällöin voidaan puuduttaa kipualue osittain tai kokonaisuudessaan kivunlievitykseksi. Selkäydinkanavaan annosteltuna opioidit eivät yleensä aiheuta sivuvaikutuksia, jos potilas on aiemmin saanut opioideja suun kautta. Jos potilas ei ole ikinä käyttänyt opioideja, voi sivuvaikutuksina ilmetä virtsaumpea, kutinaa, pahoinvointia ja todella harvinaisesti hengityslamaa. Epiduraaliselle tai intratekaalisella kivunhoidolle indikaatioita ovat hermovaurio, patologinen murtuma, vaikeat iho- tai limakalvovauriot tai iskeemisen vaurion aiheuttamat kivut. Intraventrikulaariselle taas indikaatioita ovat kasvojen ja pään alueen vaikeat kivut. (Vuorinen 2015.) Intratekaalisen ja aivokammionsisäisen opioidiannostelun hyviä puolia ovat pienet opioidiannokset. Käytettävistä opioideista vain morfiini ja fentanylit sopivat spinaaliseen annosteluun. (Vainio ym. 2009c.)

Puudutuksia käytetään kivunhoitomenetelmänä silloin, jos kipuja ei saada hallintaan muilla hoitomenetelmillä ja tarvitaan lyhytaikaista sekä tehokasta kivunlievitystä. Puudutteita voidaan laittaa myös katetrien avulla, esimerkiksi odotettaessa sädehoidon tai solunsalpaajien vaikutuksen alkua. Tällöin katetri voidaan asettaa yläraajan hermo-punokseen (pleksuskatetri) tai intrapleuratilaan (keuhkopussiontelo). Pleksuspuudutusta voidaan käyttää olkapään ja niskan alueen kiputiloissa, esimerkiksi jos kasvain tai

etäpesäke painaa hermoa tai alueella on murtuma. (Vainio ym. 2009c.) Neurolyyttisessä salpauksessa kemiallisilla aineilla tuhotaan kipua välittävät hermoradat. Tekniikkaa on käytetty paljon helpottamaan pitkälle edenneen syövän aiheuttamaa kipua, mutta nykyisin opiaattien spinaalinen annostelu on kuitenkin vähentänyt neurolyyttisen salpauksen käyttöä. Salpauksissa eniten käytettyjä aineita ovat alkoholi- ja fenoliliuokset, jotka salpaavat kipuradan jopa puoleksi vuodeksi. (Vuorinen & Kalso 2007.) Neurolyyttiset puudutukset ovat oikein suoritettuina tehokas kivunhoitomuoto vaikeasta kivusta kärsivälle syöpäpotilaalle. Toimenpiteen avulla kivunlievitys onnistuu usein kertapistoksella. Komplikaatioina voi kuitenkin ihovaurioiden lisäksi aiheutua motorisia ja sensorisia häiriöitä ja lisäksi hermon tuhoamisen seurauksena voi syntyä vaikea kiputila, ns. deafferentaatiokipu. Yleensä neurolyyttisiä salpauksia käytetäänkin muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta vain syöpätaudin loppuvaiheessa. (Vainio ym. 2009c.)

4.1.3 Oheislääkkeet

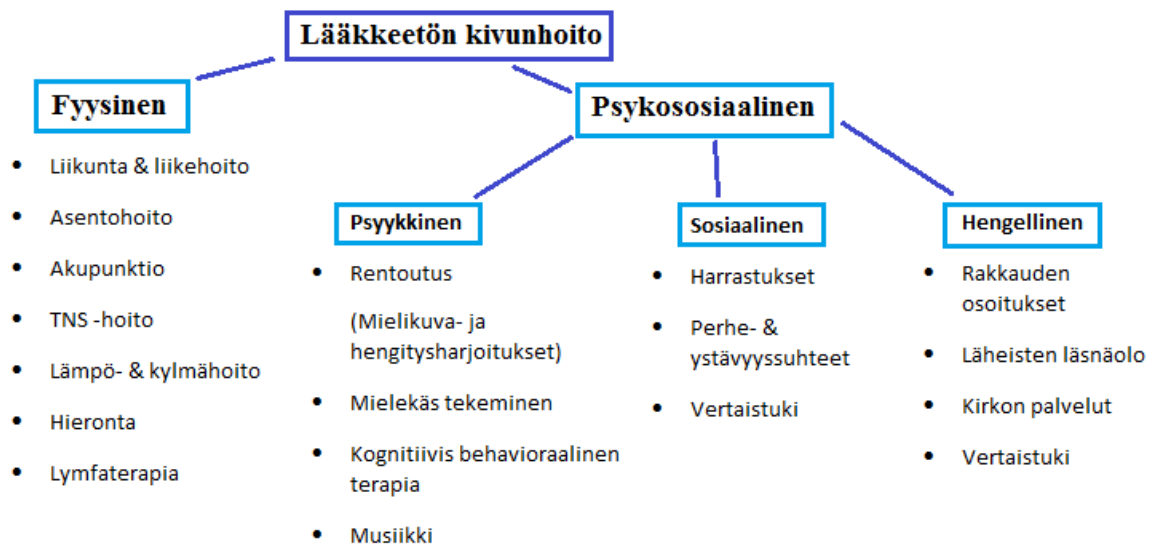
Syöpäkivun hoitoon käytettävillä oheislääkkeillä tarkoitetaan niitä aineita, joilla ei ole kipulääkevaikutusta, mutta jotka myötävaikuttavat kipujen lievenemiseen. Syöpäpotilaalla voi usein ilmetä unettomuutta, masentuneisuutta ja tuskaisuutta, jotka saattavat pahentaa kiputuntemuksia. Sen takia näihin tunnetiloihin pyritään vaikuttamaan trisyklisillä masennuslääkkeillä, kuten bentsodiatsepiiniryhmään kuuluvilla diatsepaamilla ja tematsepaamilla. Ne estävät serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton ja näin lisäävät näiden välittäjäaineiden määrää kipujärjestelmässä. Esimerkiksi midatsolaamia on käytetty ihonalaisesti annosteltuna taudin loppuvaiheessa olevien potilaiden sedaatioon ja deliriumin hoitoon. Masennuslääkkeiden on todettu vaikuttavan etenkin neuropaattisen kipuun. (Vainio 2006.)

Epilepsialääkkeinä käytetyt lääkkeet lievittävät neuropaattisia kipuja, kuten polttavia ja pistäviä tuntemuksia (Joensuu 2013, 890). Epilepsialääkkeet vaikuttavat hermokipuun vähentämällä spontaanien hermoimpulssien syntymistä vaurioituneessa hermossa (Vainio 2006). Tämän lääkeryhmän aineilla voi kuitenkin olla vakavia sivuvaikutuksia, jonka takia on aloitettava pienellä annoksella ja lisätään vähitellen seuraten lääkeaineen vaikuttavuutta. Kortikosteroideja käytetään esimerkiksi parantamaan potilaan ruokahalu ja mielialaa. Lisäksi ne vaikuttavat selkärangan metastaattiseen kipuun vähentämällä turvotusta selkäydinkanavan alueella, sekä viskeraaliseen kipuun esimerkiksi

maksakapselin venymisen myötä syntyvään kipuun vähentämällä turvotusta maksassa. (Joensuu 2013, 890 - 891.)

4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkehoito kattaa vain osan kokonaisvaltaisessa kivunhoidossa, siksi lääkkeettömiä hoitoja tulee käyttää aina kun on mahdollista (Kipu 2015). Lääkkeetön kivunhoito on silloin tehokkainta, kun se yhdistetään lääkkeelliseen kivunhoitoon (Hoikka 2013b). Lääkkeettömässä kivunhoidossa huomioidaan fyysinen, psyykinen, hengellinen ja sosiaalinen hyvinvointi (Selin & Grönman 2015). Kuvaan 3 on koottu lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät, joita avataan myöhemmin tekstissä.



KUVA 3. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

4.2.1 Fyysisen kivunhoito

Yleisimpiä lääkkeettömiä hoitokeinoja fyysiseen kipuun ovat mm. liikunta ja liikehoito, asentohoito, akupunktio, hieronta, TNS-hoito, lymfaterapia sekä lämpö- ja kylmähoito (Kipu 2015). Näitä fysikaalisia hoitokeinoja tulisi hyödyntää nykyistä enemmän syöpäpotilaan kivunhoidossa, jokaisella potilaalla on oikeus laadulliseen hoitoon myös tältä osin (Vuorinen & Kalso 2007).

Vuodelepo ja sairaalahoidot altistavat lihasten surkastumiseen ja suorituskyvyn laskuun (Vuorinen & Kalso 2007). Liikunnalla pyritään ylläpitämään fyysistä suorituskykyä ja toimintakykyä, jotka ovat keskeisiä asioita elämänlaadun kannalta. Kun toimintakyky säilyy, selviytyminen kotona onnistuu paremmin. (Vainio ym. 2009c.) Liikunta vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin, se ylläpitää hyvää mielialaa ja saattaa vähentää ahdistuksen tai masennuksen tunteita (UKK-instituutti 2014). Aina potilaan omatoiminen liikunta ei ole mahdollista, silloin liikkumista voidaan mahdollistaa liikehoitona, jota voidaan suorittaa mahdollisuuksien mukaan, esimerkiksi tuolilla tai sängyllä. Potilaan kunnosta riippuen liikehoito voi olla aktiivista tai passiivista, jossa voi olla fysioterapeutti tai hoitajat apuna. (Bjong 2016.) Liikehoidossa tulee ottaa huomioon mahdolliset metastaasit ja niiden sijainti (Vuorinen & Kalso 2007). Liikunta ja liikehoito ylläpitävät nivelten liikkuvuutta, parantavat verenkiertoa ja hengitystä, sekä vähentävät turvotuksia (Bjong 2016). Liikuntaa ja liikehoitoa ei pidä unohtaa sairauden myötä ja siksi liikkumisen mahdollistamiseksi voi olla joskus tarpeen lyhytaikainen kipulääke (Selin & Grönman 2015).

Hyvä asentohoito helpottaa kiputuntemuksia sekä ehkäisee niiden syntyä. Tämä on erityisen tärkeää niille potilaille, jotka joutuvat olemaan vuodelevossa tai pyörätuolissa pitkiä aikoja. Asennon muutoksen avulla pystytään lieventämään kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä, ehkäisemään painehaavojen syntymistä ja nivelten jäykistymistä, parantamaan verenkiertoa ja hengitystä. (Bjong 2016.) Esimerkiksi isot lihasryhmät rentoutuvat kylkimakuuasennossa polvien ja lonkan ollessa koukussa, kun taas selinmakuuasento on hyvä selkälihasten rentouttamisessa (Pätäri 2014). Asentoa on vaihdettava tarpeeksi usein ja mitä rennompi olo potilaalle saadaan, sitä paremmin kivut helpottuvat tai pysyvät kokonaan poissa (Bjong 2016).

Akupunktio on stimulaatiohoito, jossa ihon läpi pistetään noin 8 - 20 kappaletta ohuita neuloja aktivoimaan reseptoreita ja tuntosäikeitä (Akupunktio 2016). Se muuntelee tahdonalaista- ja tahdosta riippumatonta hermostoa. Akupunktio toimii ääreishermoston ärsykkeenä, joka estää kipuviestin kulkeutumista selkäytimen hermoratoja pitkin aivoihin, tätä kutsutaan porttikontrolliteoriaksi. Se myös vapauttaa CGRP- hormoneja (kal-sitoniinigeeniin liittyviä peptidejä), jotka laajentavat verisuonia ja toimivat tulehdusta ehkäisevällä tavalla. (Akupunktion vaikutusmekanismi 2016.) Kun verisuonet laajenevat ja verenvirtaus kudoksissa lisääntyy, lihaksisto rentoutuu. Keskushermoston kemi-

allisia välittäjäaineita endorfiineja vapautuu akupunktion aikana, nämä endorfiinit vaikuttavat samoihin reseptoreihin kuin opiaatit, jonka seurauksena kivun tunne vähenee. Noradrenaliinin (mielihyvähormoni), serotoniinin (mieliala hormoni), enkefaliinin (heikentää kipu viestiä) ja dynorfiinin (säätelö kivun prosessoitumista) vapautuminen akupunktion aikana, saa aikaan kevyen, pehmeän, miellyttävän ja kivuttoman olon. (Akupunktio 2016.) Hoito aika on 30 minuuttia kerralla ja niitä voidaan tehdä 3-10 kertaa, mutta vain 1-2 hoitoa viikossa (Vainio ym. 2009a).

Hieronnan tavoite on rentouttaa kireää lihaskudosta ja vähentää kipukokemuksia (Arokoski 2015). Hierontaan sisältyy erilaisia hierontatekniikoita, joita pystyy soveltamaan erilaisiin kiputiloihin. Hieronnalla on samoja vaikutusmekanismeja kuin akupunktiossa, porttikontrolli- ja endorfiiniteoriat. (Vainio ym. 2009b.) Kolmantena vaikutusmekanismina on todettu olevan selkäydintasolla tapahtuvat reflektoriset toiminnot, joissa lihasryhmien käsittely voi kytkeä reflektorisia toimintoja, jolloin kipu vähenee (Arponen & Airaksinen 2014,73). Vasta-aiheita hieronnalle ovat pahanlaatuiset kasvainalueet ja muut kudosten muutokset, tyrät, verenvuototauti, suonikohjut sekä äskettäin sairastettu laskimotukos (Vainio ym. 2009b). Kun syöpäkasvaimet ovat luotettavasti ja varmasti eliminoitu, niin hieronta on hyvä menetelmä kasvaimen hoidosta syntyneen kivun ja arpi-kudoksen hoidossa (Arponen & Airaksinen 2014, 84).

Sähkökipuhoidossa eli TNS-hoidossa ei ole todistettua tehoa varsinaiseen syöpäkipuun, mutta syöpä ei ole este TNS-hoidolle, joten siitä voi olla apua muihin fyysisiin kiputiloihin (Vuorinen & Kalso 2007). Hoito soveltuu hyvin lihas-, nivel- ja hermoperäisen kivun hoitoon (Bjong 2016). Siinä annetaan sähköärsyksiä ihon läpi asetettavien elektrodien kautta (Ahti 2016). Kosketushermopäätteitä ärsytetään sähköisesti ja samalla ne estävät kipuärsykkeiden etenemistä selkäytimestä aivoihin, ns. porttikontrolliteoria (Fysikaalinen hoito 2014). Kudosalueita aktivoimalla saadaan aivoista ja selkäytimestä vapautumaan endorfiinia, enkefaliinia ja muita välittäjäaineita, jotka säätelävät ja vähentävät kipuaistimusta (Vainio ym. 2009d). TNS- hoito aloitetaan 30–45 minuuttia kestäväillä fysioterapeutin antamilla hoitopaksoilla, hoidon vaikuttavuutta arvioidaan 5-10 hoitokerran jaksojen jälkeen. Virran voimakkuutta säädetään potilaan tuntemusten ja sietokyvyn mukaan, hoito ei saa aiheuttaa kipua potilaalle. Potilas voi tuntea hoidon antotavasta riippuen lihassupistelua tai pientä sirinää iholla. (Ahti 2016.) Laite on helppokäyttöinen, mukana kannettava ja se sopii hyvin itsehoitoon, perehtyneen henkilön antaman käyttöopastuksen jälkeen (Bjong 2016). Vasta-aiheita TNS-

hoidolle ovat sydämentahdistin, ihotulehdus, avoin haava ja hoitoalueen kasvaimet (Vainio ym. 2009d).

Lymfaterapia on hoitomuoto, jossa elvytetään kehon imunestekiertoa. Hoidolla on hyödyllinen vaikutus elimistön puolustusmekanismeihin. Lisäksi keho rentoutuu ja turvotukset sekä kipu vähenevät. Lymfaterapia on perinteistä hierontaa kevyempää, siinä hierotaan kevyin ja pumppaavin ottein. Liian kovasta hoitopaineesta aiheutuu imusuoniston kasaan painuminen, jolloin ei saada toivottua virtausta. Hoidon vaikutus kohdistuu tehokkaimmin hoitoalueelle, mutta ulottuu myös koko keholle. Hoidon tarkoitus on olla rentouttavaa ja se kestää yleensä noin 45 minuuttia. Lymfaterapian yleinen käyttökohde on syövän jälkitilat. (Lymfaterapia 2016.) Hoitoa käytetään esimerkiksi raajaturvotuksien hoitona rintasyöpöpotilailla (Vuorinen & Kalso 2007). Lymfaterapiaa tulee käyttää varoen syövän alkuvaiheessa sekä potilailla, joilla on etäpesäkkeitä (Vainio ym. 2009c). Hoitoa ei saa myöskään antaa, jos potilaalla on pahanlaatuisia kasvaimia, joiden hoito on vielä kesken (Lymfaterapia 2016).

Lämpö- ja kylmähoidot ovat turvallisia menetelmiä ja vaikutukset näkyvät yleensä nopeasti (Bjong 2016). Lämpö- ja kylmähoidon soveltuvuutta arvioidaan yksilöllisesti. Niitä on helppo toteuttaa kotona ja hoitoon saa ohjeistusta fysioterapeutilta tai hoitajalta. Hoitoja käytetään omien tuntemuksien mukaan noin 5-20 minuuttia kerrallaan ja hoitoa voidaan toistaa 2-4 kertaa päivässä. (Fysikaalinen hoito 2014.) Lämpöhoitoja on monia erilaisia, kuten infrapunasäteily, sähkötyyny tai parafiini- ja savihoidot (Arponen & Airaksinen 2014, 178–179). Lämpöpakkaukset, kuumavesipullo sekä lämpögeelit tai -voiteet soveltuvat itsehoitoon (Fysikaalinen hoito 2014). Lämpöhoito aiheuttaa kudosten venyvyyden lisääntymistä, verenkierron vilkastumista, aineenvaihdunnan kiihtymistä ja lihasjännityksen laukeamista. Näiden seurauksena olo rentoutuu ja kivut lieventyvät. (Bjong 2016.) Kylmähoitoja ovat erilaiset kylmäpakkaukset, jääpalahieronta, kylmäpyyhe, kylmägeeli tai -voide sekä haihtuva kylmäsuihke. Kylmähoito aiheuttaa ihon tunnottomuutta hidastamalla hermon johtumisnopeutta, mikä vähentää lihaksen liiallista jätteyttä. (Arponen & Airaksinen 2014, 179.) Kylmä supistaa verisuonia ja näin vähentää verenkiertoa ja turvotusta kudoksissa (Airaksinen ym. 2015). Airaksinen ym. (2015) ovat tutkimuksessaan todenneet kylmägeelin lievittävän lepo- ja liikekipua sekä toimintakyvyn heikentymistä pehmytkudosvammapotilailla. Vasta-aiheena lämpö- sekä kylmähoidolle on hoitoalueella sijaitseva kasvain tai etäpesäke (Vainio ym. 2009c).

4.2.2 Psykososiaalisen kivunhoito

Psykososiaalisen kivun hoitomuotoa valittaessa on huomioitava potilaan kokonaistilanne, eikä pelkästään lääketieteellistä diagnoosia. Kivun hoitoa ei voida määrätä, koska hoidon onnistumisen kannalta potilaan oma motivaatio on edellytys hoidoille. (Vainio ym. 2009e.) Lääkkeettömiä hoitokeinoja psyykkiseen kivun helpotukseen ovat mm. rentoutus, mielekäs tekeminen, kognitiivis-behavioraalinen terapia ja musiikki (Selin & Grönman 2015). Jossain tapauksissa on todettu hoitajien tai potilaan omaisten kosketuksen olevan hyvä kivunlievityskeino ahdistuneilla tai tajuttomilla potilailla. Kosketus vaikuttaa morfiinin tapaan, vapauttaen endorfiinia potilaan elimistössä. (Pätäri 2014.)

Rentoutumisessa keho ja mieli palautuvat kokonaisvaltaisesti (Kivunhallintatalo.fi 2016a). Rentoutuksen avulla ahdistuneisuus ja lihasjännitykset vähenevät sekä unenlaatu paranee. Se auttaa suuntaamaan ajatukset muualle kivuista. (Bjong 2016.) Säännöllisyys on tärkeää hyödyntäessä rentoutumista kivunhallinnassa. Päivittäin toistuvat rentoutusharjoitukset luovat pohjan rentoutuneen olotilan voimistamiseksi. (Kivunhallintatalo.fi 2016a.) Rentoutusmenetelmiä on monia erilaisia, kuten mielikuva- ja hengitysharjoitukset (Bjong 2016). Näillä menetelmillä ei pyritä kokonaan poistamaan kipua, vaan keinojen avulla opetellaan tulemaan paremmin toimeen kipukokemuksen kanssa. Mielikuvaharjoitusten avulla potilas voi opetella muuntelemaan kipukokemuksia, esimerkiksi muuttamaan polttavan kivun viileäksi. (Vainio ym.2009f.) On todettu, että huomion keskittäminen pois kivusta vähentää kivun kokemisen voimakkuutta (Alaranta 2014). Mielekäs tekeminen, kuten käsityöt tai kirjojen lukeminen siirtävät huomion muualle ja saattavat kasvattaa kivun havaitsemisen kynnystä. Tämä ei pelkästään vähennä kipuja, vaan auttaa elämään niiden kanssa ja helpottaa aktiivisena pysymistä sekä stressinsietoa. (Selin & Grönman 2015.)

Kognitiivis-behavioraalisella terapialla on todettu olevan vaikutusta pitkäkestoisessa kivunhoidossa, esimerkiksi kivunhallintamenetelmien oppimisessa. Kyseisessä terapiassa voi tietoisesti harjoitella huomion suuntaamista kivuista muihin asioihin. (Aho-niemi 2012.) Terapia on negatiivisten ajatusten, suhtautumistapojen ja odotuksien muuttamista itsehavainnointi menetelmiin. Potilaalla saattaa olla esimerkiksi pessimistisiä ajatuksia itseään tai tulevaisuutta koskien, jotka voivat lisätä ahdistusta ja pelkoa. Nämä tunteet voivat ylläpitää masennusta. Käsitusten muuttaminen voi nostaa potilaan

uskoa omiin kykyihin selvitä sairaudesta tai kipuongelmasta. Terapiassa potilas opetetaan tunnistamaan henkilökohtaisia riskitilanteita ja varoitusmerkkejä, joista seuraa kivun voimistuminen. (Vainio ym. 2009g.)

Musiikin kuunteleminen vaikuttaa kipuun liittyviin ajatuksiin, tunteisiin ja kehollisiin reaktioihin lieventäen kipua. Musiikki tuo esiin potilaan vahvuuksia ja voimavaroja, sekä vie ajatukset pois kivusta, jolloin ahdistuksen tunteet lievittyvät. Musiikki rentouttaa ja vähentää lihasjännitystiloja, mikä lievittää kiputuntemuksia. (Raunio 2016.) Musiikin kuuntelu vapauttaa aivoissa syntyviä endorfiineja, joilla on mielihyvää lisäävä ja kipuja lieventävä vaikutus. Myös fyysistä aktivoitumista tapahtuu mielihyvän tunteiden syntyessä, tämä taas lisää endorfiinien määrää, jolloin hyvinolontunne lisääntyy entisestään. Musiikilla on vaikutusta kivunlievityksessä vain, jos se on potilasta koskettavaa. Lempimusiikilla on parempi vaikutus kuin hiljaisuudella tai epämiellyttävällä musiikilla. Epämiellyttävä musiikki voi jopa lisätä kipuja. Musiikin kuuntelu sopii erityisesti sellaisille ihmisille, jotka haluavat rentoutua yksin. (Alaranta 2014.)

Potilaiden hengellinen kipu on rinnastettavissa psyykkiseen kipuun. Potilaiden hengellistä kipua helpottavat läheisten läsnäolo, tuki ja rakkaudenosoitukset. Myös hoitohenkilökunnan tuki, kuuntelu ja keskustelu ovat avainasemassa. Olennainen osa tukemista on empatian osoittaminen ja sairastuneen kuuntelu. (Saarelainen 2009.) Tukeminen alkaa avoimesta vuorovaikutussuhteesta potilaan kanssa, jotta pystytään keskustelemaan potilaan kanssa kivuista ja niiden eri hoitomahdollisuuksista (Pätäri 2014). Hoitosuhde pohjautuu välittämiseen, rehellisyyteen, turvallisuuden tunteen luomiseen sekä jatkuvuuteen. Hoitaja on läsnä osoittaen kiinnostusta kiireettömästi ihmisenä toiselle. Hoitajan tulee olla itsevarma omasta tekemisestään, sillä epävarmuus hoitojen suhteen heijastuu potilaaseen helposti. Hyvään hoitoon kuuluu sekä potilaan että omaisten huomiointi. (Vuorinen & Kalso 2007.)

Seurakunnan pappi tai sairaalapastori voi olla potilaan ja läheisten tukena sairauden eri vaiheissa. Usko on monille sairastuneille lohdutuksen lähde, silloin mielenrauhaa voivat tuoda kirkon tarjoamat erilaiset palvelut. (Syöpä ja psyyke 2016.) Syövän uskomushoidot voivat myös tuoda apua hengelliseen kipuun. Näitä hoitoja ovat menetelmät, joiden tehoa ja turvallisuutta ei ole osoitettu, eivätkä ne perustu lääketieteelliseen tietoon.

Näitä uskomushoitoja voivat olla esimerkiksi homeopatia, jossa homeopaattisten hoitojen uskotaan aktivoivan elimistön paranemiseen liittyviä voimia. (Syövän vaihtoehtohoidot 2016.)

Sekä hengellisessä että psykososiaalisessa kivussa vertaistuki on tärkeä osa-alue, se auttaa jaksamaan ja selviytymään vaikeasta tilanteesta ja on merkityksellinen elämänhallinnan kannalta (Selin & Grönman 2015). Syöpäpotilaille tekee hyvää kohdata muita samassa tilanteessa olevia sekä jakaa omia tuntemuksia ja kokemuksia (Syöpä ja psyyke 2016). Harrastukset, perhe- ja ystävyysuhteet tuovat voimaa sosiaaliseen kipuun (Selin & Grönman 2015). Sairauden myötä ihmissuhteet voivat vähentyä ja rakkauden puute voi aiheuttaa kipuja (Syöpäpotilas ja kipu 2015). Tästä syystä keskustelut läheisten kanssa ovat tärkeässä asemassa niin kuin yhteisymmärrys, läheisyys ja hellyys (Selin & Grönman 2015).

5 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää jokin tuote. Meidän tarkoituksenaamme oli kehittää opas tuotekehitysprosessin kautta. Sosiaali- ja terveysalalla käytettävien tuotteiden täytyy noudattaa eettisiä ohjeita. Tuotteen on tarkoitus olla kilpailukykyinen, laadukas ja pitkäikäinen. Tuotekehitysprosessi koostuu viidestä eri vaiheesta, jotka ovat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi-, luonnostelu-, kehittäminen- ja viimeistelyvaihe. Prosessi lähtee liikkeelle jostain tuotekehitystarpeesta, esimerkiksi jonkun yrityksen uuden tuotteen tarpeesta tai vanhentuneen tuotteen päivittämisestä. Tarkentaessa kehittämistarvetta täytyy selvittää ongelman laajuus ja kohderyhmä. Eri osapuolilla ei saata olla yhteistä käsitystä kehittämistarpeesta ja siksi voidaan tarvita lisäselvitystä tarpeen varmistamiseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 28-31.)

Meidän tuotteemme kohdalla tarve tuli Itä-Savon sairaanhoitopiiriltä, jonka keskussairaalalle tarvittiin syöpäpotilaille mukaan annettava opas syöpäkipujen hoidosta, koska vastaavanlaista opasta heillä ei ollut. Oppaan avulla potilas saa tietoa erilaisista kivunhoidon mahdollisuuksista. Yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä voi helpottaa, kun opasta käytetään keskustelua herättävänä ja tukevana apuvälineenä. Kun potilas on voinut tutustua oppaan kautta eri kivunhoitomenetelmiin rauhassa kotona, niin hänellä voi olla myös mielessään kivunlievityskeino, jota haluaisi kokeilla.

5.1 Ideointivaihe

Ideointivaihe aloitetaan, kun varmuus kehittelytarpeesta saadaan. Tällöin täytyy pohtia yhdessä eri osallistujien kanssa, mitä eri toteutusvaihtoehtoja on ja mitä kaikkea tuote sisältäisi. Osallistujien määrä ja erilaisuus tuovat ideointiprosessiin rikkautta, kun saadaan mahdollisimman paljon eri näkökantoja asioihin. Eri ratkaisuvaihtoehtoja mietittäessä on tärkeää selvittää, minkälainen tuote vastaisi parhaiten tarvetta. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi haastatteluja ja kyselyitä sekä aivoriihiä eri osallistujien kanssa. Eri ratkaisuvaihtoehtoista valitaan lopulta paras vaihtoehto. (Jämsä & Manninen 2000, 35–39.)

Olemme pitäneet aivoriihiä ohjaavien opettajien ja kipupoliklinikan hoitajien kanssa. Ensimmäisissä tapaamisissa pohdimme opinnäytetyön sisältöä ja aiheen rajausta. Mietimme yhdessä opinnäytetyön muotoa ja kohderyhmää. Opinnäytetyömme muodoksi valittiin tuotekehitysprosessi, jonka ikäjakauma kohdistuu nuorista aikuisista ikäihmiisiin. Kohderyhmänä ovat syöpäpotilaat, jotka kärsivät syöpäkivuista. Kipu vaikuttaa elämänlaatuun. Se voi vaikuttaa liikkumiseen, mielialaan, nukkumiseen, sosiaalisiin suhteisiin ja työntekoon sekä moniin muihin eri elämänalueisiin. (Hamunen & Heiskanen 2009.)

Toiveita ja tarvetta kuunnellen päätimme kehittää potilaalle mukaan annettavan oppaan syöpäkipujen hoidosta. Pohdimme eri vaihtoehtoja yhteistyötahojen kanssa ja päätimme, että kehittäisimme kortin muodossa olevan oppaan. Kortin ulkomuoto ja kieliasu olisivat selkeitä ja yksinkertaisia, jotta se olisi helppolukuinen. Ajatuksenamme oli, että kortti sisältäisi lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät sekä hieman kivun arvioinnista.

5.2 Luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnosteluvaihe aloitetaan, kun on päätetty, millainen tuotteesta on tarkoitus tulla. Tällöin hankitaan teoriatietoa aiheesta perehtymällä eri tutkimuksiin ja muuhun aiheesta kirjoitettuun tieteelliseen tietoon. Tietoa hankkiessa täytyy ottaa huomioon tietojen yhteneväisyydet eri lähteissä. Sosiaali- ja terveysalan tuotetta suunnitellessa täytyy tuntea viimeisimmät lääketieteelliset tutkimustulokset ja hoitokäytännöt. Lisäksi

selvitetään tuotteen valmistamista ohjaavat eri tekijät ja näkökohdat sekä valitaan tuotteen toteuttamisen vaihtoehdot, joiden pohjalta tehdään ensimmäinen luonnos. Eri tekijöitä ovat esimerkiksi organisaation säädökset ja ohjeet, jotka on huomioitava tuotteen suunnittelussa. Luonnosteluvaiheessa on hyvä neuvotella ammattilaisten kanssa, joilla on kokemusta tuotekehityksestä. (Jämsä & Manninen 2000, 43–50.)

Perehdyimme luonnosteluvaiheessa teorian tietoon, jota haimme internetistä ja kirjoista. Teorian tietoa etsimme syövästä, kivusta, syöpäkivusta, kivun arvioinnista sekä lääkkeellisistä että lääkkeettömistä syöpäkivun hoitomenetelmistä. Kysyimme yhteistyötahoiltamme mielipidettä kokonaisuudesta ja mahdollisia aiheisäyksiä. Pidimme aivoriihiä kipupoliklinikan ja lääkehoitoyksikön kanssa syyskuussa 2016, jossa kyselimme mielipiteitä ja näkökulmia oppaan sisältöön. Ajatuksenamme oli, että oppaasta tulisi kaksipuolinen A5-kokoinen kortti, jossa toisella puolella olisi lääkkeellinen syöpäkivun hoito ja toisella puolella lääkkeetön kivunhoito. Korttiin tulisi myös VAS-kipujana ja hoitavien yksiköiden yhteystiedot. Kortista tulisi toivoa herättävä ja potilaat ymmärtäisivät, että heillä on oikeus kivuttomuuteen ja kaikki kivut pyritään hoitamaan. Sosterilla on omat graafiset ohjeet tuotteen suunnittelua varten, joita noudatimme työssämme.

5.3 Kehittelyvaihe

Tuotteen kehittäminen jatkuu luonnosteluvaiheen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Kehittelyvaiheessa tehdään ensimmäiset versiot tuotteesta. Oppaan sisältö muodostuu teorian tiedosta, jotka kerrotaan mahdollisimman tarkasti, ymmärrettävästi ja kohderyhmän tiedontarve huomioiden. Ongelmana tietoa välittäville tuotteille on asiasisällön valinta ja määrä sekä informaation muuttumisen tai vanhentumisen mahdollisuus. Asiasisällön valintaa voi vaikeuttaa kohderyhmän heterogeenisyys, sillä tuote on suunniteltava kaikkien tarpeita vastaavaksi. Tuotetta suunniteltaessa henkilökohtaisten ja ammatillisten tiedontarpeiden sijasta tulisi eläytyä tiedon vastaanottajan asemaan. On mietittävä tarkkaan, miten asiat ilmaistaan, ettei sanomasta synny väärinymmärryksiä. Ulkoasun suunnitteluun on tarjolla runsaasti vaihtoehtoja, joista on valittava tuotteelle sopivimmat. Kehittelyvaiheessa esitellään ensimmäinen versio tuotteesta ja kerätään palautetta, joiden perusteella tehdään mallikappale tuotteesta. (Jämsä & Manninen 2000, 54–57.)

Kehittelyvaiheessa lähdimme aluksi kokoamaan tärkeimpiä tietoja toivotuista aihealueista kivunhoidosta. Yhteistyötahojemme toiveiden mukaan valitsimme lääkkeellisistä hoitomenetelmistä suun kautta annosteltavat tulehduskipulääkkeet, parasetamolin, opioidit ja oheislääkkeet sekä opioidien yhteydessä mainitsimme kipulääkelaastarit. Lisäksi lääkkeelliseen kivunhoitoon teimme johdannon, jossa kerrotaan yleistietoa syöpäkipujen hoidosta ja sen suunnittelusta. Lääkkeettömistä menetelmistä valitsimme oppaaseen liikunnan, asentohoidon, lämpö- ja kylmähoidon, mielikuva- ja hengitysharjoitukset, musiikin sekä harrastukset ja mielekkään tekemisen. Valitsimme nämä sen perusteella, että potilas voi toteuttaa niitä itse kotona. Nostimme esille myös perhe- ja ystävyysuhteiden vaalimisen, kirkon tarjoamat palvelut sekä vertaistuen, koska niistä on todettu olevan hyötyä syöpäpotilaan psykososiaalisessa kivunhoidossa. Mainitsimme lisäksi fysioterapeuttisista hoitomenetelmistä hieronnan, akupunktion, TNS-hoidon ja lymfaterapian, jotta potilas tulisi tietoiseksi näistäkin vaihtoehdoista ja voisi keskustella näistä hoitajan kanssa. Kortin otsikon alle lisäsimme kipujan, jossa kivun voimakkuutta korostetaan sinisen ja punaisen värin avulla. Valitsimme kuvat korttiin sisällön teeman mukaisesti, tuomaan ilmettä oppaaseen. Tiivistimme tiedot kortin koon mukaan ja teimme suunnitelman ensimmäisestä versiosta.

Kortin tekemisessä ja ulkoasun suunnittelussa saimme apua paikalliselta mainostoi-
misto Graficalilta. Kortin kaksipuolisuutta korostimme erivärisyydellä, lääkkeellinen
puoli on valkoinen ja lääkkeetön on sininen. Yhteistyötahomme toivoivat sinistä väriä
sen rauhoittavuuden takia. Samalla opas mukailee Sosterille tyypillistä värimaailmaa.
Sosterin logoon kuuluvaa linnaa hyödynnettiin ulkoasussa kortin molemmilla puolilla,
mikä tuo yhteneväisyyttä kortin eri puoliin. Logon käyttö lisää ulkoasun virallisuutta ja
tekee siitä luotettavamman näköisen. Fontiksi valitsimme mahdollisimman selkeän ja
yksinkertaisen kirjasintyyppin ja kooksi 12, jota tyypillisesti käytetään oppaissa. Ensimmäisen
version lähetimme yhteistyötahoillemme ja ohjaaville opettajille, joiden mieli-
piteiden ja kommenttien perusteella muokkasimme opasta ja teimme siitä mallikappa-
leen.

5.4 Viimeistelyvaihe

Mallikappale testataan ja viimeistellään palautteiden perusteella mahdollisia puutteita
sekä yksityiskohtia. Palautetta voidaan kerätä tuotekehitysprosessiin osallistuvilta tuot-
teen tilaajilta sekä asiakkailta. Yhteistyötahoille tuote on tuttu, joten kritiikki voi jäädä

liian vähäiseksi. Tämän takia olisi hyvä hankkia palautetta ulkopuolisilta henkilöiltä, jotka eivät ole tuotteeseen aiemmin tutustuneet. Viimeistelyvaiheessa arvioidaan myös tuotekehitysprosessia, esimerkiksi tuotteen laatua ja eettisiä näkökulmia. Viimeistelyvaiheen tuloksena syntyy käyttövalmis tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 80-81.)

Mallikappaleesta keräsimme uudestaan palautetta yhteistyötahoiltamme ja ohjaavilta opettajilta sähköpostin välityksellä sekä ulkopuolisilta henkilöiltä suullisesti. Yhteistyötahomme ja ulkopuoliset henkilöt kokivat kortin hyväksi. Heidän mielestään ulkoasu oli selkeä ja tekstit olivat ymmärrettäviä sekä kuvat sopivat hyvin teemaan ja toivat ilmettä oppaaseen. Ohjaavien opettajiemme toiveesta teimme vielä pieniä korjauksia sanajärjestyksiin. Palautteiden perusteella viimeistelimme oppaan käyttövalmiiksi. Käyttövalmiin oppaan (LIITE 2) toimitimme toimeksiantajallemme PDF-tiedostona. Sosteri huolehtii tuotteen materiaalin valinnasta ja oppaan käyttöönottamisesta.

6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyössä tulee noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tiedon esittämisessä. Toimeksiantajan periaatteet ja käytännöt on otettava huomioon tuotekehitysprosessin aikana. Ennen opinnäytetyön aloittamista sovitaan ryhmänjäsenten kesken vastuista, velvollisuuksista sekä aineistojen huolellisesta säilyttämisestä. Täytyy ottaa huomioon alkuperäisten lähteiden tekijät asianmukaisella tavalla ja kunnioittaa heidän teoksiaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.) Tieteellisestä käytännöstä poikkeaminen ilmenee piittaamattomuutena ja vilpillä. Piittaamattomuus näkyy esimerkiksi alkuperäisten lähteiden vähättelemisenä sekä puutteellisina lähdemerkintöinä. Vilpillä tarkoitetaan alkuperäisen lähteen tekijän tekstin esittämistä omana tai vääristeltyjen havaintojen esittämistä. (Hyvönen 2010.)

Opinnäytetyössä noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä, jossa pyrimme huolellisuuteen ja tarkkuuteen sekä toimimaan rehellisesti. Työssämme kunnioitimme muiden tekstejä ja toimme alkuperäiset lähteet huolellisesti esiin. Noudatimme lähdemerkintöissä ja –luettelossa Mikkelin ammattikorkeakoulun raportointiohjeita. Tiedonhaussa käytimme vain luotettavia tietokantoja, kuten Terveysporttia, Medic:iä, Melinda:a, Google scholar:ia, Pubmed:iä sekä kirjallisuutta. Haimme mahdollisimman tuoretta ja

tutkittua tietoa sekä valikoimme lähteitä, jotka olivat kirjoitettu kymmenen vuoden sisällä. Muutama lähde oli vanhempia, joita käytimme lähinnä käsitteiden määrittelyyn, sillä tuoreempaa luotettavaa lähdetä ei löytynyt. Lähteitä valittaessa otimme huomioon niiden alkuperäisyyden, aitouden, riippumattomuuden sekä puolueettomuuden. Pohdimme myös kirjoittajien ja tutkimusten pätevyyttä ja asiantuntemusta. Lähteitä luimme huolellisesti ja mietimme, sopivatko julkaisut meidän opinnäytetyömme aihe rajaukseen. Valitsimme lähteemme tarkasti, jotta saimme opinnäytetyöhömmme virheetöntä ja ajankohtaista tietoa.

Teoriatietoja oli välillä haastavaa muuttaa omin sanoin kerrotuksi, koska esimerkiksi lääkkeellisessä kivunhoidossa on paljon vierasperäisiä ja vaikeita sanoja, jotka hankaloittivat ymmärrettävän tekstin tuottamista. Tekstin sisältö täytyi ensin sisäistää itse hyvin, jotta asiat pystyttiin kertomaan omin sanoin ymmärrettävästi. Ohjaajiemme ja yhteistyötahomme antamat palautteet eri opinnäytetyön vaiheissa antoivat uusia näkökulmia asioille ja auttoivat kehittämään työtä paremmaksi. Ryhmänä tehdessämme opinnäytetyötä sovimme yhdessä osuudet työn tekemisestä, tulosten julkaisusta, sekä aineiston käyttöoikeuksista ja säilyttämisestä.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan, sairaanhoitajien tulee ylläpitää ja edistää väestön terveyttä sekä lievittää kärsimystä. Sairaanhoitajien tulee antaa terveyttä koskevia tietoja väestölle, jolla voidaan lisätä yksilöiden kykyä hoitaa itseään. (Sairaanhoitajat 2014.) Kehittämämme oppaan avulla annamme kipuun vaikuttavia tietoja, jotta pystymme parantamaan syöpäpotilaan elämänlaatua. Voimme lisätä syöpäpotilaiden voimavaroja ja lieventää kärsimystä, tuomalla esiin syöpä kivun eri hoitomenetelmiä. Potilaan tutustuesssa oppaan kautta eri kivunhoitomenetelmiin, hän tulee tietoiseksi kivun eri hoitomahdollisuuksista ja hänellä voi olla mielessään kivunlievityskeino, jota haluaisi kokeilla. Tällöin potilas pystyy paremmin osallistumaan omaan kivunhoitoonsa ja hoidon laatu paranee.

Tuotekehitysprojektia voidaan pitää onnistuneena, kun valmis tuote vastaa tarvetta ja soveltuu käyttötarkoitukseensa. Tuotteen hyöty voidaan nähdä vasta, kun tuote on otettu käyttöön. Tuotekehitysprojektin laatuun vaikuttaa osallistuvien henkilöiden ammatillinen osaaminen, hyvä työympäristö sekä ryhmän yhteistyökykyisyys. Tuotteen on oltava eettinen, ekologinen ja elinkaareltaan pitkä, jotta sitä voidaan käyttää mahdollisimman

pitkään. Tuotteen käyttötarkoitus on otettava huomioon suunnittelussa, esimerkiksi materiaalin valinnassa. (Windahl & Välimaa 2012.)

Kehittämämme oppaan luotettavuutta lisää viralliseksi tehty ulkoasu, jossa on mukailtu Sosterille tyypillistä graafista ulkoasua. Oppaan koon takia tekstejä jouduttiin tiivistämään paljon, mutta pyrimme pitämään asiasisällön tarkoituksen muuttumattomana. Luotettavuutta lisää myös palautteiden kerääminen oppaan eri kehitysvaiheissa. Palautetta pyysimme sähköpostin välityksellä sekä suullisesti. Palautteiden perusteella saimme muokattua opasta paremmaksi ja käyttötarkoitukseen sopivammaksi. Tuotteen elinkaaren pituutta pyrimme edistämään antamalla toimeksiantajalle oikeudet muokata opasta tarvittaessa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa syöpäpotilaille mukaan annettava opas, joka sisältää lääkkeettömiä sekä lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä. Oppaan avulla syöpäpotilaat pystyvät paremmin vaikuttamaan ja osallistumaan omaan kivunhoitoonsa. Oppaasta oli tarkoitus tehdä selkeä ja yksinkertainen kortti, jossa kivunhoitomenetelmät olisivat mainittu tiivistetysti. Lääkkeellisistä menetelmistä valitsimme suun kautta annosteltavat kipulääkkeet ja kipulääkelaastarit, joka oli yhteistyötahojemme toive. Lääkkeettömistä menetelmistä valitsimme menetelmät, joita potilas voi toteuttaa itse kotona. Lisäksi mainitsimme muutaman fysioterapeuttisen hoitomenetelmän, jotta potilaat tulisivat niistäkin tietoisiksi. Oppaan kaksipuolisuutta halusimme korostaa eri värisyydellä, jotta lääkkeellinen ja lääkkeetön puoli erottuisivat toisistaan. Kortin koko toi suunnitteluun haastetta ulkoasun selkeyden ja sisällön ymmärrettävyyden kannalta. Halusimme tuoda asiat esille johdonmukaisesti ja toimeksiantajan tarvetta vastaten. Mielestämme onnistuimme tavoitteissamme ja kehitimme tarpeellisen tuotteen. Toivomme oppaasta olevan hyötyä syöpäkivuista kärsiville potilaille. Tuotteen kehittäminen oli meille kaikille uutta, joten jouduimme perehtymään tarkasti kaikkiin tuotekehitysprosessin vaiheisiin.

Syöpäkipujen hoito on yksilöllistä eivätkä kaikki hoitomenetelmät sovi kaikille, koska jokaisen elimistö reagoi omalla tavallaan esimerkiksi kipulääkkeisiin. Tämän takia on

tärkeää tuoda tietoutta erilaisista hoitokeinoista ja samalla eri vaihtoehdot luovat potilaalle toivoa sopivan kivunhoitomuodon löytymisestä. Halusimme käsitellä opinnäytetyössämme sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät kivunhoitomuodot, koska kivunhoito on tehokkainta yhdistettäessä nämä molemmat menetelmät. Kivunhoitomenetelmää valittaessa on arvioitava kivun luonne, esiintyvyys ja voimakkuus, jotka vaikuttavat sopivan menetelmän löytymiseen. Kivunhoitomenetelmän sopivuus on arvioitava aina uudestaan, jos kivut eivät kestä hallinnassa. Tällöin kokeillaan jotain toista menetelmää tai menetelmien yhdistelmää. Hoitomenetelmien hyöty-haittasuhteita on pohdittava, sillä hyötysuhteen on oltava suurempi. Haittavaikutuksiakaan ei tulisi pelätä, ja jättää tämän takia kipuja hoitamatta, sillä haittavaikutuksiin voidaan vaikuttaa muilla keinoilla. Kaikki kivut on pyrittävä hoitamaan, vaikka oikean hoitomuodon löytyminen vaatisi aikaa.

Opinnäytetyön tiedonhaku tuntui aluksi haasteelliselta, mutta vähitellen kehityimme ja tietoa alkoi löytyä helpommin. Olemme käyttäneet monipuolisesti erilaisia luotettaviksi arvioimiamme lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Perehdyimme kirjallisuuden pohjalta syöpään, syöpäkipuun, kivun arviointiin sekä lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin kivunhoitomenetelmiin. Oletamme opinnäytetyömme teoriaosuudesta olevan hyötyä myös hoitohenkilökunnalle, sillä he voivat saada siitä lisätietoa. Kenelläkään meistä ei ollut juurikaan aiempaa tietoa kyseisistä aiheista, joten opimme paljon uutta opinnäytetyötä tehdessä. Syöpäkipupotilaan ja omaisten kohtaamisesta voisi tehdä oman tutkimuksen, sillä sen tärkeys nousi esiin työtä tehdessä. Vuorovaikutussuhde on itsessään laaja aihealue, joten omassa työssämme emme voineet ottaa sitä huomioon oman opinnäytetyömme aiheen laajuuden takia. Mainitsimme ainoastaan lääkkeettömien hoitomuotojen yhteydessä muutaman vuorovaikutussuhteeseen liittyvän asian, kuten empatian osoittamisen.

Aikataulussa pysyimme suunnitelmien mukaisesti, sillä tavoitteenamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2016 loppuun mennessä. Kolmen hengen ryhmässä aikataulujen yhteensovittaminen oli välillä haastavaa, joten jaoimme joitakin aihealueita, jotta jokainen pystyi tekemään työtä silloin kun se itselleen parhaiten sopi. Aihe oli mielestämme mielenkiintoinen, mutta siinä oli kuitenkin haastetta laajuuden takia.

LÄHTEET

Aalberg, Veikko & Idman, Irja 2013a. Syöpäsairauden laukaisemat psyykkiset reaktiot. Duodecim oppikirjat. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Aalberg, Veikko & Idman, Irja 2013b. Syöpäsairauden laukaisemat sopeutumishäiriöt. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Ahoniemi, Arja 2012. Pitkäkestoisen kivun psykologinen arviointi ja hoito. Uudennmaan psykologiyhdistys ry. WWW-dokumentti. <http://upsy.psyli.fi/artikkeleita/pitka-kestoisen-kivun-psykologinen-arviointi-ja-hoito/>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.7.2016.

Ahti, Teemu 2016. Fysikaaliset hoidot: ultraääni (US), laser, sähkökipuhoito (TNS). St. Erikin lääkintävoimistelu. WWW-dokumentti. <http://sterikinlaakintavoimistelu.fi/fysikaalinen-terapia-ja-palvelut/fysikaaliset-hoidot/>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.4.2016.

Airaksinen, Olavi, Kyrklund, Nils, Latvala, Kyösti, Kouri, Jukka Pekka, Grönblad, Mats & Kolari, Pertti 2015. Duodecim. Kylmägeelin edullinen vaikutus kipuun ja toimintakykyyn pehmytkudosvammoissa. WWW-dokumentti. http://duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93602&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=. Ei päivitystietoa. Luettu 25.4.2016.

Akupunktio 2016. Kranio Fysio. WWW-dokumentti. <http://www.kraniofysio.com/hoitomenetelmat/?page=akupunktio>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.7.2016.

Akupunktion vaikutusmekanismi 2016. Suomen Fysioterapeuttien akupunktuuri yhdistys ry. WWW-dokumentti. <http://www.akupunktuuriyhdistys.net/index.php/akupunktio/vaikutusmekanismi>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.7.2016.

Alaranta, Nina 2014. Musiikin käyttö leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Tampereen yliopisto. PDF-dokumentti. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96833/gradu07238.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.8.2016.

Arhovaara, Sinikka, Rosenberg, Leena, Vertio, Harri & Karesluoto, Hilikka 2011. Opas syöpäpotilaan läheiselle. PDF-dokumentti. <http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/43708aa2435334e1403a6ddcda6ed8ac/1473238188/application/pdf/50003/opassyopapotilaanlaheiselle2011.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 7.9.2016.

Arokoski, Jari 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. Sic! Lääketietoa fimeasta. WWW-dokumentti. http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin. Ei päivitystietoa. Luettu 25.4.2016.

Arponen, Ritva & Airaksinen, Olavi 2014. Hoitava hieronta. Helsinki: Sanoma pro Oy.

Bjong, Jenni 2016. Meillä jokaisella on oikeus fysioterapiaan. PDF-dokumentti. <http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoi-dossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumentti>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.4.2016.

Breivik, H, Cherny N, Collett, B, Conno, F. de, Filbet, M, Foubert, A.J, Cohen, R & Dow, L 2009. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. WWW-dokumentti. <http://annonc.oxfordjournals.org/content/20/8/1420.long>. Ei päivitystietoa. Luettu 2.10.2016.

Hamunen, Katri 2015. Syöpäkivun lääkehoito. Hyks kipupoliklinikka. PDF-dokumentti. <http://gynekologiyhdistys.fi/wp-content/uploads/2015/11/Syo%CC%88pa%CC%88kivun-la%CC%88a%CC%88kehoito-2015.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 26.8.2016.

Hamunen, Katri & Heiskanen, Tarja 2009. Syöpäkipu ja elämänlaatu. Kipuviesti. PDF-dokumentti. <http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2009.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.9.2016.

Hamunen, Katri, Heiskanen, Tarja & Idman, Irja 2009. Syöpäkivun hoidon kolme tasoa. Suomen lääkirilehti. PDF-dokumentti. http://dspace2.lib.helsinki.fi:8082/dikk/bitstream/handle/2455/137982/Hamunen_SLL412009-3413.pdf?sequence=2. Ei päivitystietoa. Luettu 2.10.2016.

Heiskanen, Tarja 2011. Akuutti syöpäkipu. Kipuviesti. PDF-dokumentti. <http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2011.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.9.2016.

Hoikka, Arja 2013a. Kivun arviointi. Terveysportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=aop00437&p_haku=kivun%20arviointi. Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2016.

Hoikka, Arja 2013b. Lääkkeetön kivunhoito. Terveysportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=1%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n%20kivunhoito. Ei päivitystietoa. Luettu 12.9.2016.

HUS 2015. Kivun hoito HUS:ssa. PDF-dokumentti. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/Documents/Kivunhoito%20HUS-sairaaloissa%202015_ILMAN%20LEIKKAUSMERKKEJ%3%84.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 26.8.2016.

HUS 2016a. Kivunhoitoon liittyvää sanastoa. WWW-dokumentti. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitoon_liittyvaa_sanastoa/Sivut/default.aspx. Ei päivitystietoa. Luettu 6.9.2016.

HUS 2016b. PCA-kipulääkeannostelija. WWW-dokumentti.

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/kivun_hoitomenetelmia/pca-kipulaakeannostelija/Sivut/default.aspx. Ei päivitystietoa. Luettu 16.8.2016.

Hyvönen, Pirkko 2010. Luotettavuus. PDF-dokumentti. <http://edutool.wikispaces.com/file/view/Luotettavuus+ja+eettisyys.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 22.9.2016.

Isola, Jorma & Kallioniemi, Anne 2013. Kasvainsairauksien määritelmä ja jaottelu. Duodecim oppikirjat. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Joensuu, H, J. Roberts, P. Teppo & L. Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali ja terveysalalla. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jänis, Päivi 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito. Kuopion yliopisto. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090086/urn_nbn_fi_uef-20090086.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 20.4.2016.

Kalso, Eija 2013a. Syöpätauteihin liittyvän kivun mekanismit. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Kalso, Eija 2013b. Syövän hoidon aiheuttama kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Kalso, Eija, Paakkari, Pirkko & Forsell, Marja 2016. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. PDF-dokumentti. http://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 30.8.2016.

Kipu 2015. Käypä hoito –suositus. WWW-dokumentti. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.9.2016.

Kipupoliklinikka 2013. KYS. WWW-dokumentti. <https://www.psshp.fi/hoitopalvelut/kuntoutus/kipupoliklinikka>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.3.2016.

Kivunhallintatalo.fi 2016a. Rentoutuminen. WWW-dokumentti. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/rentoutuminen>. Päivitetty 14.9.2016. Luettu 11.10.2016.

Kivunhallintatalo.fi 2016b. Syöpäkivun lääkehoito. WWW-dokumentti. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/tietoa/syopakipu/syopakivun-hoito/syopakivun-laakehoito>. Päivitetty 15.9.2016. Luettu 25.10.2016.

Kuusinen, Maritta 2016. Haastattelu 14.9.2016. Sairaanhoidaja. Lääkehoitoyksikkö. Savonlinnan keskussairaala.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992>. Ei päivitystietoa. Luettu 4.3.2016.

Lymfaterapia 2016. Fysiola. WWW-dokumentti. <http://fysiola.fi/palvelut/lymfaterapia/>. Ei päivitystietoa. Luettu 6.7.2016.

Mitä syöpä on? 2016. Petrafoundation. WWW-dokumentti. <http://www.petrafoundation.com/fi/mita-syopa-on/>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.3.2016.

Mervaala, Esa & Partanen, Juhani 2011. Polyneuropatiat. Duodecimlehti. WWW-dokumentti. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=CD8035126C60E6E7A5829A294F8868CA?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo99580. Ei päivitystietoa. Luettu 26.8.2016.

Moilanen, Eeva, Kankaanranta, Hannu & Martio, Jukka 2016. Eukosanoidit ja tulehduskipulääkkeet. PDF-dokumentti. <https://asiakas.kotisivukone.com/files/medicina.kotisivukone.com/fato6painos/19.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.8.2016.

Pelkonen, Olavi, Ruskoaho, Heikki, Hakkola, Jukka, Huupponen, Risto, MacDonald, Ewen, Moilanen, Eeva, Pasanen, Markku, Scheinin, Mika & Vähäkangas, Kirsi 2014. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy.

Pfizer 2014. Syövän diagnosoiminen. WWW-dokumentti. <http://www.syopainfo.fi/yleiskatsaus-syopiin/syovan-diagnosoiminen.html>. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Pukkala, Eero, Sankila, Risto & Rautalahti, Matti 2011. Syöpä Suomessa. Syöpäjärjestöjen julkaisuja 2011. PDF-dokumentti. http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/6992d6f8c81b0429188e1e1183844d4c/1470564183/application/pdf/65401759/syopa%20suomessa%202011_web.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 7.8.2016.

Pätäri, Jenni 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Pro-gradu tutkielma. Itä-suomen yliopisto. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140446/urn_nbn_fi_uef-20140446.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 6.7.2016.

Ripamonti, C.I, Santini, D, Maranzano, E, Berti, M & Roila, F 2012. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practise Guidelines. PDF-dokumentti. http://annonc.oxfordjournals.org/content/23/suppl_7/vii139.full.pdf+html. Ei päivitystietoa. Luettu 2.10.2016.

Roberts, Peter J. & Joensuu, Heikki 2013a. Anamneesi syöpää epäiltäessä. Duodecim oppikirjat. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Roberts, Peter J. & Joensuu, Heikki 2013b. Syöpätaudin epäily. Duodecim oppikirjat. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Saano, Susanna & Taam-Ukkonen, Minna 2013. Lääkehoidon käsikirja. Sanoma Pro Oy.

Saarelainen, Suvi-Maria 2009. Elämää syövän kanssa. Teologinen tiedekunta. PDF-dokumentti. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/21720/elamaasy.pdf?sequence=2>. Ei päivitystietoa. Luettu 19.10.2016.

Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sairaanhoitajat 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. WWW-dokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Päivitetty 3.10.2014. Luettu 1.12.2016.

Salanterä, Sanna 2010. Kivun mittaaminen- miten se hoituu tänään? Turun yliopisto. PDF-dokumentti. http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Kivun_mittaminen_Sanna_Salantera.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 18.4.2016.

Sankila, Risto 2013. Syövän yleisyys. Duodecim oppikirjat. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Savolainen, Jouko & Mannila, Anne 2016. Veri-aivoeste lääkekehityksen haasteena. PDF-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94713.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.9.2016.

Selin, Minna & Grönman, Minna 2015. Syöpäpotilas ja kipu. Satakunnan sairaanhoitopiiri. PDF-dokumentti. <https://hoito-ohjeet.fi/Ohjepankki-SATSHP/Sy%C3%B6p%C3%A4potilas%20ja%20kipu%20opas.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 4.5.2016.

Sosteri 2016. Toiminta-ajatus ja arvot. WWW-dokumentti. <http://www.isshp.fi/sosteri/toiminta-ajatus-ja-arvot/>. Päivitetty 15.6.2016. Luettu 23.11.2016.

Syöpä ja psyyke 2016. Petrafoundation. WWW-dokumentti. <http://www.petrafoundation.com/fi/syopa-ja-psykye/>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.8.2016.

Syöpäpotilas ja kipu 2015. Satakunnan keskussairaala. PDF-dokumentti. <http://www.satshp.fi/sairaanhoito/Syopataudit-ja-sadehoito/Syptaudit/Sy%C3%B6p%C3%A4potilas%20ja%20kipu.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 26.7.2016.

Syövän läpilyöntikipu 2013. Fimea. PDF-dokumentti. https://www.fimea.fi/documents/160140/744738/28984_4._BrochBTCP_Lapilyontikipu_laakariopas_laakari_11.1.2013.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 6.9.2016.

Syövän vaihtoehtohoidot 2016. Kaikki syövästä. WWW-dokumentti. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/syovan-vaihtoehtohoidot/>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.5.2016.

Tanskanen, Maija 2014. Kivun arviointi ja mittaaminen. Kipupoliklinikka. Powerpoint- dokumentti. <http://docplayer.fi/9781677-Kivun-arviointi-ja-mittaaminen-20-3-2014-sh-maisa-tanskanen-kipupoliklinikka.html>. Ei päivitystietoa. Luettu 20.4.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Syövän yleisyys. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>. Päivitetty 26.9.2014. Luettu 7.8.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. WWW-dokumentti. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Ei päivitystietoa. Luettu 22.9.2016.

UKK-instituutti 2014. Liikunta ja mieliala. WWW-dokumentti. http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_sairaudet/mieliala. Päivitetty 20.1.2015. Luettu 6.10.2016.

Vainio, Anneli 2006. Kivunhallinta. Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, Anneli 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009a. Akupunktio. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 28.7.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009b. Mekaaniset hoidot. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 28.7.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009c. Syöpään liittyvän kivun hoito. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 28.7.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009d. Transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 30.7.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009e. Psykologiset hoitomenetelmät. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 30.7.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009f. Huomion suuntaamisen menetelmät ja mielikuvaharjoitukset. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 28.7.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009g. Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 10.8.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009h. Syöpäpotilaan kivun tutkiminen. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 10.8.2016.

Vainio, Anneli, Haanpää, Maija & Kalso, Eija 2009i. Psykologiset hoitomenetelmät. Kipu. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 18.7.2016.

Vainio, Anneli & Kalso, Eija 2009a. Syöpään liittyvän kivun mekanismeja. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Vainio, Anneli & Kalso, Eija 2009b. Kivun esiintyvyys syöpäpotilailla. Duodecim oppikirjat. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661. Ei päivitystietoa. Luettu 3.9.2016.

Vuorinen, Eero 2015. Syöpäpotilaan kivunhoito – opas potilaalle. PDF-dokumentti. http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/36dea7adb82af67310dda-eee891d51ee/1461244285/application/pdf/28850/Kipuopas2015_netti.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 21.4.2016.

Vuorinen, Eero & Kalso, Eija 2007. Syöpäkivun hoito-opas. PDF-dokumentti. <http://skty.org/system/files/Sy%C3%B6p%C3%A4kivun%20hoito-opas.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 26.7.2016.

Windahl, Riitta & Välimaa, Veikko 2012. Tuotekehitysprojekti AMK yritys yhteistyönä. Opas tekijöille ja toimeksiantajille. Turun ammattikorkeakoulu. PDF-dokumentti. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163349.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 22.9.2016.

Sopimus opinnäytetyöstä

Sopijaosapuolet:Opinnäytetyön tilaaja: Savonlinnan keskussairaala, kipupoliklinikkaja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan laitoksenhoitotyön koulutusohjelman opiskelija(t) Ella Leminen,Anniina Pohjolainen ja Jonna Pykkänen**Opinnäytetyön aihe:** Opas syöpäkipujen hoidosta**Opinnäytetyön ohjaajat:**Ohjaava opettaja: Helena Mikkonen, Pirjo HeimoTyöelämäohjaaja: Pia Karttunen, Heidi TiainenOpinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: kevät 2017**Opinnäytetyön TK-tavoitteet:**Tuotekehitysprosessi

TK-TAVOITTEET: Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla (t&k) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. Kriteerinä on, että toiminnan tavoitteena on jotain oleellisesti uutta. Tutkimus- ja kehittämistoimintaan sisällytetään perustutkimus, soveltava tutkimus sekä kehittämissyö. Soveltavalla tutkimuksella tarkoitetaan sellai toimintaa uuden tiedon saavuttamiseksi, joka ensisijaisesti tähtää tiettyyn käytännön sovellutukseen. Soveltavaa tutkimusta on esim. sovellusten etsiminen perustutkimuksen tuloksille tai uusien menetelmien ja keinojen luominen tietyn ongelman ratkaisemiseksi. Tuote- ja prosessikehityksellä (kehittämissyöllä) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tutkimuksen tuloksena ja/tai käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämiseksi uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien, menetelmien ja järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. (Tilastokeskus)

Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyt opinnäytetyöt julkaistaan pdf-muotoisena kokotekstinä tiedostoina ammattikorkeakoulujen yhteisessä julkaisuarkistossa Theseuksessa (<http://www.theseus.fi>). Opinnäytetyöt ovat pääsääntöisesti julki asiakirjoja. Theseuksen käyttöehtosopimuksen hyväksyminen on samalla lupa työn julkaisemiseen internetin laajuisena näkyvyytenä. Vaihtoehtoisesti opinnäytetyö voidaan julkistaa myös tekijöiden harkinnan mukaan tai opinnäytetyön ohjaajan tai toimeksiantajan suosituksesta MAMKin sisäisessä verkossa. MAMKin sisäisessä verkossa julkistettu työ ei näy julkisena internetissä, mutta on käytettävissä MAMKin sisäisessä verkossa.

Muut sopimusehdot:

Aika ja paikka

11.2.2016 Savonlinna

Opiskelijan allekirjoitus

/opiskelijoiden allekirjoitukset

Ella Leminen, Anniina Pohjolainen, Jonna PykkänenLehtinen

Toimeksiantajan allekirjoitus,

Hayatesti Tiainen
Hall. yh. VS

Syöpäkipujen hoito

Ei kipua

Pain määrittöinen kipu

Lääkkeellinen kivunhoito

Syöpäkipuista noin 80 % on hallittavissa suun kautta annosteltavalla kipulääkityksellä. Tarvittaessa voidaan käyttää muita lääkkeenantotapoja, kuten ihonalaisista tai suonensisäistä lääkitystä.

Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti kivun luonteen ja voimakkuuden mukaan. On tärkeää olla kärsivällinen, vaikka itselle sopiva kipulääkitys ei löytyisi samantien, sillä eri lääkkeiden vaikutukset ovat todella yksilöllisiä.

Tulehduskipulääkkeet

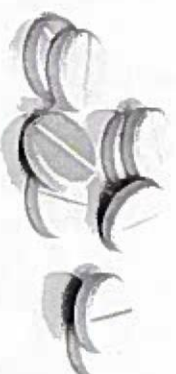
Lievittävät kipua ja tulehdusta. Voivat aiheuttaa mahasuolikanavan ärsytystä ja munuaisvaivoja.

Parasetamoli

Turvallinen särkyväike, käytetään jos tulehduskipulääkkeet eivät sovi. Maksaurioiden ehkäisemiseksi suositeltu vuorokausiannos max. 3 g.

Opioidit

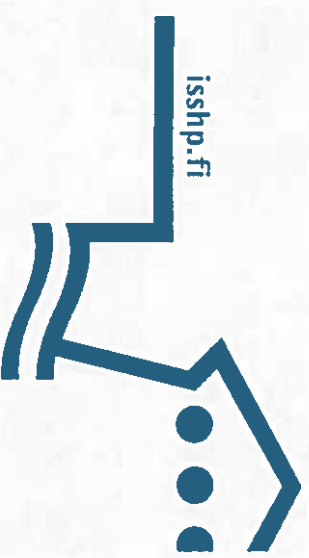
Lisätään peruskipulääkkeen rinnalle, jos ne eivät yksinään riitä. Aloitetaan miedoilla/keskivahvoilla opioideilla ja siirrytään tarvittaessa vahvempaan. Jatkuvan kipulääkityksen lisäksi käytetään äkillisiin kipukohtauksiin nopeavaikutteisena läpilyöntikipulääkkeenä. Voivat aiheuttaa ummetusta, tarvittaessa vatsanpehmittäjäiden käyttö. Opioideja käytetään kipulaastareina, jos toivottua tulosta ei saavuteta suun kautta otetuilla lääkkeillä. Laastarin paikkaa vaihdetaan kolmen vuorokauden välein.



Oheislääkkeet

Ei kipulääkevaikutusta, mutta myötävaikuttavat kipujen lievenemiseen. Masennuslääkkeet vähentävät unettomuutta, masentuneisuutta ja tuskaisuutta. Epilepsialääkkeet lievittävät hermovauriokipua. Kortikosteroidit parantavat ruokahalua ja mielialaa sekä lieventävät sisäelinkipua.

isshp.fi



Syöpäkipujen hoito



Lääkkeetön kivunhoito

Liikunta

Kohottaa mielialaa
Ylläpitää toimintakykyä ja nivelten liikkuvuutta
Parantaa hengitystä ja verenkiertoa
Vähentää turvotusta

Asentohoito

Helppottaa kiputunteuksia
Kylkimakuuasento rentouttaa isoja lihaksiryhmiä
Selinmakuuasento rentouttaa sekä lihaksia

Lämpö- ja kylmähoito

Lämpö vilkastuttaa verenkiertoa ja laukaisee lihasten jämytyksiä, sekä rentouttaa oloa
Kylmä turruttaa kipua ja vähentää turvotusta

Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät

Hieronta, akupunktio, TNS -hoito ja lymfaterapia
Esimerkiksi hieronta vähentää kipukokemuksia ja rentouttaa kireää lihaskudosta

Mielikuva- ja hengitysharjoitukset

Parantavat unenlaatua
Rentouttavat mieltä ja kehoa, sekä lievittävät ahdistuksen tunteita ja lihaskämmityksiä

Musiikki

Vie ajatukset pois kivusta
Rentouttaa mieltä ja kehoa, sekä lievittää ahdistuksen tunteita



Harrastukset ja mielekäs tekeminen

Tuovat elämään sisältöä
Vievät ajatukset pois kivusta

Perhe- ja ystävyssuhteiden vaaliminen

Kirkon tarjoamat palvelut
Vertaistuki

Kipupoliklinikka: 044 417 3592

Lääkehoitoyksikkö: 044 417 3125

