

Tikkanen Krista & Tirkkonen Heidi

# Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ikäntyneen saattohoidossa

Terveystieteiden  
terveydenhoitaja

Sosiaali- ja terveysala

Kevät 2017



KAJAANIN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Tikkanen Krista & Tirkkonen Heidi

**Työn nimi:** Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ikääntyneen saattohoidossa

**Tutkintonimike:** Terveystenhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** saattohoito, palliatiivinen hoito, ikääntynyt, lääkkeetön kivunhoito

Opinnäytetyössä tarkoituksena oli perehtyä ikääntyneen (yli 65-vuotias) saattohoitopotilaan lääkkeettäisiin kivunlievitysmenetelmiin. Toimeksiantajana opinnäytetyöllemme toimi Kainuun soite, ja teimme sen kohdennetusti Kuhmon terveyskeskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnan käyttöön.

Opinnäytetyön aihe rajautui ensin saattohoitoon, sitten ikääntyneisiin saattohoitopotilaisiin ja lopulta lääkkeettäisiin kivunhoidon menetelmiin. Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaista hoitoa silloin, kun kuoleman odotetaan saapuvaksi lähipäivien tai viikkojen aikana. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa toimeksiantajamme tarvitsemaa näyttöön perustuvaa tietoa lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkimusaineistomme koostui 11 aineistoyksiköstä. Analysoimme aineiston aineistolähtöisellä sisällönanalysillä.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät jaetaan psyykkiseen, sosiaaliseen ja hengelliseen tukemiseen, sekä fyysisiin menetelmiin. Yleisimpiä menetelmiä ovat fysioterapia, kylmä- ja lämpöhoidot, vuorovaikutus, musiikkiterapia, sosiaalinen tuki ja sielunhoito. Johtopäätöksenä totesimme, että kaikkia löytämiämme menetelmiä voidaan käyttää soveltaen ikääntyneille, huomioiden yksilölliset mieltymykset ja tarpeet. Totesimme, että psyykkisellä, sosiaalisella ja hengellisellä tuella on merkittävä vaikutus ikääntyneen saattohoitopotilaan kivunlievitykseen fyysisten menetelmien ohella. Hoitohenkilökunnan tulee kyetä arvioimaan potilaan kivun voimakkuutta ja paikallistaa kipupaikka, jotta osataan valita sopiva menetelmä. Kaikkia menetelmiä ei kuitenkaan ole tieteellisesti osoitettu toimiviksi.

Tuloksia hyödynnetään Kuhmon terveyskeskussairaalan vuodeosastolla hoitohenkilökunnan kouluttamisessa ja perehdyttämisessä. Lisäksi löytämiämme menetelmiä voidaan käyttää myös silloin, kun sairaus on parannettavissa.

## **Abstract**

**Author(s):** Tikkanen Krista & Tirkkonen Heidi

**Title of the Publication:** Non-Pharmacological Pain Management in hospice of the Elderly

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Public Health Nursing

**Keywords:** hospice, end-of-life care, elderly, non-pharmacological pain management

The purpose of this thesis was to explore non-pharmacological pain management used in the end-of-life care of elderly people (over 65 years of age). The commissioner was Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority. This thesis was made for the Inpatient Ward at Kuhmo Health Care Center. The objective was to collect evidence-based information about non-pharmacological pain management methods used in the end-of-life care of elderly people. The results will be used to educate nurses and orientate new employees.

The research method was narrative literature review. 11 articles were analyzed by using material-based analysis.

The findings show that all methods discussed in the articles can be used in the end-of-life care of elderly people but they have to be applied for elderly considering their own preferences and needs. Mental, social and spiritual support have a significant effect on alleviating the pain that end-of-life patients have. Nurses have to estimate patients' pain in order to choose the best way to manage the pain. It must be pointed out, however, that all the methods discussed in the articles are not scientifically proved.

The findings also show that non-pharmacological pain management methods are used less frequently than pharmacological treatment and that the response to pain management is better if more than one method is used. Future study could focus on one of the following topics: end-of-life patients' and their loved ones' opinions about pain management methods, pain management for children, and use of music therapy in end-of-life care.

## Sisällys

1	JOHDANTO .....	1
2	IKÄÄNTYNYT SAATTO- JA PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA .....	2
3	IKÄÄNTYNEEN KIPU .....	4
3.1	Fyysinen kipu .....	4
3.2	Psyykinen kipu .....	5
3.3	Sosiaalinen ja hengellinen kipu .....	6
3.4	Ikääntyneen saattohoitopotilaan lääkkeellinen kivunhoito.....	7
3.5	Kivun arviointimenetelmät .....	8
4	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	13
5	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	14
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	14
5.2	Aineiston haku.....	14
5.3	Aineistolähtöinen analyysi .....	17
6	IKÄÄNTYNEEN SAATTOHOITOPOTILAAN LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO.....	19
6.1	Fyysisen kivunhoito .....	19
6.2	Psyykkisen kivunhoito .....	21
6.2.1	Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät .....	22
6.3	Sosiaalisen kivunhoito.....	24
6.4	Hengellisen kivunhoito .....	24
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA MENETELMIEN SOVELTUVUUS IKÄÄNTYNEELLE .	26
7.1	Johtopäätökset.....	26
7.2	Soveltuvuus ikääntyneelle .....	26
8	POHDINTA .....	32
8.1	Eettisyys.....	33
8.2	Luotettavuus .....	34
8.3	Ammatillinen kasvu .....	36
8.4	Jatkotutkimusaiheet .....	37
9	LÄHTEET .....	38

Liitteet



## 1 JOHDANTO

Suomessa menehtyy vuosittain noin 50 000 ihmistä. Heistä 12 000 tarvitsee saattohoitoa terveyskeskuksissa ja kotisairaaloissa, joissa henkilökunta on moniammatillista ja heillä on erikoistason palliatiivista koulutusta. Lisäksi kaksin-kolminkertainen määrä tarvitsee perustason saattohoitoa, jota toteutetaan terveyskeskuksen vuodeosastoilla, kotihoitossa ja hoivalaitoksissa. (Kuolevan hoito – yhteinen vastuu, n.d.) Kuolemaa voi edeltää palliatiivisen hoidon jakso, jolla tarkoitetaan oireita lievittävää hoitoa kotona tai sairaalassa. Palliatiivisen hoidon loppuvaihetta kutsutaan saattohoidoksi, jota toteutetaan päivittäin joka puolella Suomea. Saattohoidossa suurin potilasryhmä ovat ikääntyneet (yli 65-vuotiaat) ja elinikä nousee jatkuvasti. Syöpäsairauksia esiintyy eniten saattohoidossa, lisäksi krooniset ja nopeasti etenevät sairaudet, kuten keuhkohtaumatauti ja sydämen vajaatoiminta ovat yleisiä sairauksia. (Hänninen 2015, 256.)

Opinnäytetyömme käsittelee saattohoitopotilaan kivunlievitystä. Tekijöiden yhteisestä kiinnostuksesta potilasryhmäksi valikoituivat ikäihmiset. Saattohoidossa käytetään yleisesti lääkehoitoa kivun lievityksessä. Halusimme kuitenkin perehtyä lääkkeettömiin kivunhoidon menetelmiin, jotka ovat paitsi vähemmän tunnettuja myös taloudellisesti kannattavia. On tutkittu, että useamman lääkkeettömän kivunhoitomenetelmän samanaikainen käyttö lievittää kipua tehokkaammin kuin yhden menetelmän käyttö (Kankkunen 2008, 205, 261).

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Kainuun sote, jonka kautta kohdeorganisaatioksemme valikoitui Kuhmon terveyskeskussairaala. Sairaalan vuodeosastolla oli tarvetta kehittää erityisesti lääkkeetöntä kivunhoitoa saattohoidon toteutuksessa. Opinnäytetyötämme hyödynnetään hoitohenkilökunnan kouluttamisessa sekä uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

## 2 IKÄÄNTYNYT SAATTO- JA PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA

Suomessa tilastollisesti ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta henkilöä. Luokittelu perustuu yleiseen eläkeikään. (Ikääntymisen määrittely 2014.)

Saattohoidolla tarkoitetaan vakavasti sairaan ihmisen hoitoa silloin, kun parantavasta hoidosta on luovuttu. Saattohoidon tarve on jatkuvaa ja se on turvallista hoitoa, joka kunnioittaa kuolevan yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa. Myös omaiset huomioidaan saattohoidossa. (Hänninen 2015, 7.) Saattohoidossa vältetään hylkäämisen tunteen tulemista potilaalle. Hoidossa hallitaan kipua, ehkäistään kärsimystä ja ratkaistaan eksistentiaalisia ja hengellisiä ongelmia. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76.) Anttila ym. mukaan (2011, 523) saattohoito taas tarkoittaa sitä, että kuolevan potilaan hoidossa kunnioitetaan ihmisarvoa, perushoidetaan riittävästi oireita ja tuetaan potilasta ja hänen läheisiään silloin, kun sairautta ei voida enää parantaa.

Saattohoidossa kuoleman odotetaan saapuvan lähipäivien - tai viikkojen kuluessa. Saattohoitopäätöksen teko on tärkeä, lääketieteellisin perustein tehty hoitopäätös, johon osallistuvat mahdollisuuksien mukaan potilas itse, hänen läheisensä tai laillinen edustajansa. (Saattohoito 2015.) Lääketieteellisillä perusteilla tarkoitetaan potilaan heikentynyttä toimintakykyä ja rajoittuneita mahdollisuuksia huolehtia itsestään (Hänninen 2015, 256). Potilaan on tärkeää olla tietoinen saattohoitopäätöksen perusteista ja sen seuraamuksista, sillä liian myöhään tehty päätös vaikeuttaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, oireiden lievittämistä ja valmistautumista kuoleman lähestymiseen (Grönlund & Huhtinen 2011, 78). Päätökseen kirjataan potilaan oma kannanotto päätökseen, toiveet ja DNR-päätös, vaikka se voidaan tehdä myös erillisenä päätöksenä jo aiemmin palliatiivisessa hoidossa. Saattohoidossa olevan potilaan omaisille on hyvä kertoa lähestyvän kuoleman oireista ja potilaan lääkeshoidosta sekä sen jatkamisesta, kun oireet alkavat ilmaantua. Saattohoito ei pidä sisällään aktiivista kuolemaan avustamista. (Saattohoito 2015.)

Suomessa menehtyy noin 50 000 ihmistä vuodessa. Heistä 12 000 tarvitsee saattohoitoa terveyskeskuksissa ja kotisairaaloissa, joissa henkilökunta on moniammatillista ja heillä on erikoistason palliatiivista koulutusta. Lisäksi kaksin-kolminkertainen määrä tarvitsee perustason saattohoitoa, jota toteutetaan terveyskeskuksen vuodeosastoilla, kotihoitossa ja hoivalaitoksissa. (Kuolevan hoito – yhteinen vastuu, n.d.) Suurin potilasryhmä saattohoidossa ovat syöpäpotilaat, joita kuolee vuosittain noin 12 000. Osittain tämä johtuu siitä, että syöpätaudit etenevät usein nopeasti ja hoidossa on opittu tunnistamaan hetki, jolloin sairauden kuratiivinen hoito ei enää ole hyödyllistä. Saattohoitoa tarvitsevat

kuitenkin myös muut ryhmät, jotka sairastavat kroonistuneita eteneviä tauteja, kuten keuhkohtaumatautia, sydämen vajaatoimintaa ja eteneviä neurologisia sairauksia. Viime vuosina elinajan pidentyessä dementiaan kuolevien osuus on kasvanut. (Hänninen 2015, 256.)

Niin sanottu vanhuusikä alkoi selvästi pidentyä muutama vuosikymmen sitten. Yli 90-vuotiaiden määrä on kuusinkertaistunut sitten 1980-luvun alun ja se lisääntyy edelleen. Vuonna 2012 eniten kuoli 85 - 89-vuotiaita ja yli 100-vuotiaita kuoli jo 358, mikä kertoo määrän kaksinkertaistuneen kahdeksassa vuodessa. (Vanhuuskuolema 2014.)

Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriön Hyvä saattohoito Suomessa- raportti toteaa hyvän saattohoidon olevan kaikkien ihmisten oikeus. Raportin mukaan keskiössä ovat kivun ja muiden oireiden lievitys, sekä sivuvaikutuksien hallinta. Hoitohenkilökunnan tarpeesta todetaan, että 300: aa yleissairaalapaikkaa kohden tarvitaan yksi erikoistunut sairaanhoitaja, 50 000:ta asukasta kohden yksi erikoistunut hoitaja ja yksi erikoistunut hoitaja 30:tä syöpäsairaalatasoista vuodepaikkaa kohden. Raportissa todetaan myös, että kokonaisuutena saattohoidon koulutus lähihoitajille ja sairaanhoitajille on vähäistä. Vaikkakin sairaanhoitajaliitto on järjestänyt viime vuosina toistuvasti palliatiivisesta ja saattohoidosta koulutuksia, tulisi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön edellä mainittuihin kohteisiin kiinnittää edelleen huomiota. Raportti toteaa, että koulutuksen puute on huolestuttavaa siksi, että suuri osa saattohoidon toteuttamisesta kuuluu hoitohenkilökunnan normaaliin työhön. (Pihlainen 2010, 7, 20, 22.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. Hoidon tavoitteena ei siis ole eliniän pidentäminen. Palliatiivisessa hoidossa on kyse oireita lievittävästä hoidosta ja hoidon kesto voi vaihdella paljon. Hoidolla pyritään siihen, että elämänlaatu olisi mahdollisimman hyvää. Palliatiivisen hoidon edellytyksenä on hoitopäätös, joka tehdään yhdessä potilaan kanssa ja tarvittaessa omaisten ja laillisen edustajan kanssa. Palliatiivisessa hoidossa henkilölle voidaan tehdä samalla elvytyskielto. (Palliatiivinen hoito 2016.) Ikääntyneiden potilaiden sairauden loppuvaiheen hoidossa noudatetaan yhtä lailla palliatiivisen hoidon periaatteita, kuin hoidettaessa nuorempiakin potilaita (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

On todettu, että potilaan ja omaisten on helpompi orientoitua uuteen tilanteeseen, kun potilaalle kerrotaan heti totuus, ettei parantavia hoitoja enää ole. Orientoitumista helpottaa oikeanlainen ja riittävä tuki. Kun puhuminen tuntuu tarpeelliselta, olisi hoitotyöntekijöiden pyrittävä keskustelemaan kuolemasta avoimesti. (Grönlund & Huhtinen 2011, 79.)



### 3 IKÄÄNTYNEEN KIPU

#### 3.1 Fyysinen kipu

IASP (International Association for the Study of Pain, eli Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys) on määritellyt kivun kudonvaurioon tai sen uhkaan liittyväksi epämiellyttäväksi aistimukseksi. Kipu on subjektiivinen kokemus. (Finne-Soveri 2008, 190.) Kudonvaurion aiheuttaman ärsyksen ja kivun subjektiivisen tuntemuksen välillä on joukko monimutkaisia ja erilaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia. Hermpäätteet eri kudoksissa vastaavat kudonvauriota aiheuttaviin stimulantteihin. Transduktiossa kudokseen kohdistuva ärsyke, esimerkiksi lämpö aiheuttaa hermpäätteiden sähkökemiallisen aktivoitumisen. Ärsyksen voimakkuuden määrittää perifeerisen hermon impulssien taajuus. Transmissiossa kipuviesti liikkuu hermosoluja pitkin selkäyttimeen, josta edelleen selkäytimen välittäjäneuronit kuljettavat kipuviestin aivorunkoon ja talamukseen sekä aivokuorelle. Viimeisessä vaiheessa, perseptiossa kipua välittävät neuronit aktivoituvat aiheuttaen subjektiivisen kivun tunteen. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

Kipu voi olla akuuttia tai kroonistunutta. Ikääntyneillä kroonista kipua aiheuttavat muun muassa tuki-, liikunta- sekä verenkiertoelimistön rappeutuminen. Kroonisen kivun tuntemukseen vaikuttavat myös masennus, puolison menetys ja muut sairaudet. (Kalso 2009, 472.)

Usein kipua saatetaan pitää virheellisesti ikääntymisen luonnollisena osana, mutta näin ei oikeasti ole. Kivun syynä iäkkäillä nuorempien tavoin on jokin patologinen prosessi, keskushermoston epätarkoituksenmukainen toiminta tai kudonvaurio. Ikääntyminen aiheuttaa fyysisiä muutoksia elimistössä. Se muuttaa kehon rakenteita ja eri säätelyjärjestelmiä. (Finne-Soveri 2008, 192.) Ikääntyessä perifeeriset hermosyyt vähenevät ja niiden johtumisnopeus hidastuu. Tästä syystä esimerkiksi sydäninfarkti ja mahahaava saattavat olla ikääntyneillä yllättävän kivuttomia. Alzheimeriin taas saattaa liittyä piittaamattomuutta kipuaistimuksesta. (Kalso 2009, 471.)

Ikääntyminen myös muuttaa suhtautumista kipuun, jolloin kipuaistimus on monitahoinen. Välttämättä ikääntynyt ei edes tunnista kivuksi kaikkia ruumiin kolotuksia ja särkyjä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 201.) Kipua saatetaan myös pelätä, sillä se saatetaan liittää ikääntymiseen, uhkaavaan sairauteen tai lähestyvään kuolemaan. Kivut

ovat ikääntyneillä yleisiä ja niiden esiintyvyys kasvaakin iän karttuessa. Kipu liittyy ikään-tyessä moniin sairauksiin, kuten nivelsairauksiin ja kulumiin, sydämen vajaatoimintaan ja sepelvaltimotautiin rintakipuineen, mutta myös vähentyneeseen ruokahaluun ja masen-nukseen. Hoitamattomana kivusta seuraa elämänlaadun huononeminen, sillä se voi ai-heuttaa kärsimystä ja huonontaa fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä, sekä lisätä ter-veyspalvelujen käyttöä ja siten myös kustannuksia. Miehet kärsivät naisia harvemmin ki-vuista. Eri tutkimusten mukaan 65 vuotta täyttäneistä, kotona asuvista 16-69 % kertoo kärsivänsä kivuista. Kotihoitoa saavista asiakkaista kivuista kärsii jo 40-80 % ja laitoksissa asuvista jopa 85 %. (Finne-Soveri 2008, 190, 194.)

Ikääntyneet ovat kivunhoidossa haasteellinen potilasryhmä monista syistä. Syiksi nouse-vat kroonistuneet sairaudet ja niiden komplikaatiot, lääkkeiden huonompi sietokyky ja mo-nilääkitykset, sekä kivun ilmaisun vaikeutuminen erityisesti laitoshoitopotilailla. Krooninen kipu voikin ikääntyneillä ilmetä enemmän keskittymiskyvyn ja kiinnostuksen puutteena, kiihtyneisyytenä, ruokahalun vähentymisenä ja unihäiriönä kuin kivun suoranaishana ilmai-semisena. (Kalso 2009, 470.) Salanterä ym. (2006, 201) listaavat kivusta oirehtimiseksi myös valittamisen, irvistelyn, kosketusarkuuden ja kipeän kohdan suojelemisen, liikkeiden varomisen, kiihtyneen hengityksen, tyytymättömyyden, vihaisuuden, surullisuuden tai pe-lästyneisyyden. IASP pitää merkityksellisenä sitä, että kyvyttömyys sanalliseen viestin-tään ei poista kivun mahdollisuutta esimerkiksi dementoituneilla. Myös tällöin potilaalla on tarve kivun arviointiin ja hoitoon. (Finne-Soveri 2008, 190.)

### 3.2 Psyykkinen kipu

Kärsimys ei rajaudu ainoastaan ruumiilliseen kipuun, vaan se voidaan kokea myös psyyk-kisenä kipuna. Kärsimys voi olla uhka ihmisen persoonalle, sillä se voi horjuttaa henkilön psyykkistä ja sosiaalista eheyttä iästä riippumatta. (Hänninen 2004, 248.) Saattohoitopo-tilaan eksistentiaalisella kärsimyksellä tarkoitetaan ihmisen kokemusta taakaksi olemi-sesta muille, merkityksettömyyden tunnetta ja toisista riippuvaisuutta. Kärsimykseen voi liittyä kuolemanpelkoa, paniikkia ja toiveita jouduttaa kuolemaa. (Kuolevan potilaan oirei-den hoito 2012.) Hoito ja oireiden aiheuttamat psykologiset, fysiologiset, sosiaaliset ja ta-loudelliset tekijät vaikuttavat osaltaan kärsimyksen kokemiseen. Kärsimyksen helpottami-ssa ihmiselle tärkeää on arvokkuuden tunne, itsetunto sekä tunne siitä, että voi vaikut-taa itse hoitoonsa. Kärsimyksessä potilas kokee turvattomuutta, pelkoa, psykologista tai sosiaalista hätää. (Hänninen 2001, 75-76.)

Palliativisessa hoidossa olevista potilaista noin 25 %:lla on masennusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Masentuneen potilaan piirteitä ovat sulkeutuneisuus ja kontakteista vetäytyminen (Hänninen 2003, 208- 209). Tutkimuksissa on todettu, että saattohoitopotilailla esiintyy halua nopeuttaa kuolemaansa, kun potilaalla on kipuja, masennusta, kognitiivisia häiriöitä tai sosiaalisen tuen puutetta. Masennus on usein yhteydessä koviin kipuihin, jotka osaltaan lisäävät potilaan toivetta kuolemasta. Vastaavasti kipujen väheneminen lisää elämänhalua. Kipukynnystä laskee muun muassa ahdistus, pelko, väsymys ja kyllästyminen. Kivusta tulee myös vaikeammin siedettävää, mikäli potilas ajattelee sen liittyvän sairauden etenemiseen ja pelkää sitä. Kuitenkaan kaikki kovista kivuista kärsivät saattohoitopotilaat eivät tahdo nopeuttaa kuolemaansa. (Hänninen 2015.)

Kuoleman lähestyessä potilas sekä hänen läheisensä kokevat usein ahdistuksen tunteita. (Hänninen & Pajunen 2006, 58–59). Potilaan ahdistus voi johtaa voimavarojen ja toimintakyvyn alentumiseen. Ahdistunut ihminen voi kokea myös somaattisia oireita, ruokahallittomuutta sekä unettomuutta. Pelko lähestyvistä kuolemasta ja sen aiheuttamista oireista aiheuttavat ihmiselle ahdistusta. (Hänninen 2003, 212-213.)

### 3.3 Sosiaalinen ja hengellinen kipu

Ihmiselle tärkeä voimavara on työ- ja perheyhteisö. Sairastuessaan ihminen joutuu luopumaan näistä ja se saa aikaan sosiaalista kipua. Ihminen voi kokea sosiaalista kipua kohdatessaan arjen tuomia ongelmia, taloudellisia vaikeuksia tai jos lähiyhteisö paheksuu jollakin tavalla sairastuneen sairautta. (Sailo 2000, 37.)

Hengellinen kipu on osa maailmankatsomusta. Kuoleman lähestyessä ihminen voi ajatella ahdistaviakin ajatuksia, joihin hän hakee lohtua ja turvaa uskonnosta. Kuolemanpelko ja toivottomuuden tunteet ovat myös osa hengellistä kipua. (Sailo 2000, 37.)

### 3.4 Ikääntyneen saattohoitopotilaan lääkkeellinen kivunhoito

Ikääntyneiden kivun lääkkeellisessä hoidossa on monia huomioon otettavia seikkoja, joita ei nuoremmilla välttämättä ole. Ikääntyneiden keskushermosto on herkempi useiden kivunhoidossa käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksille. Lisäksi huomioon on otettava mahdolliset elinvauriot, muu lääkitys ja muuttunut metabolia. (Kalso 2009, 473.)

Kuolevan ihmisen elimistössä tapahtuu muutoksia, muun muassa kuihtumista ja anorektisyyttä, mitkä vaikuttavat lääkeaineiden sitoutumiseen. Lisäksi maksan ja munuaisten toiminnan heikentyminen vaikuttavat lääkkeiden aineenvaihduntaan, jolloin lääkehoito voi olla haastavaa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 115-116.) Kipua voidaan lievittää erilaisilla menetelmillä riippuen kivun voimakkuudesta, sairauksista ja lääkityksestä (Kivunhoitomenetelmiä 2003). Kivusta on tehty Käypä hoito-suositus jo vuonna 2008, mutta uudistettu versio vuodelta 2015 toteaa, että lääkkeetön kivunhoito on kivunhoidon perusta, vaikkakin keinot eivät ole ehkä yhtä tunnettuja kuin lääkehoito (Kipu, 2015).

Kuolevan potilaan oireiden hoidosta tehdyssä Käypä hoito-suosituksessa kerrotaan, että parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää lievään kipuun, kunhan tulehduskipulääkkeiden tavanomaiset vasta-aiheet ja haittavaikutukset otetaan huomioon (Kuolevan potilaan oireiden hoito, 2012). Parasetamoli onkin ensisijainen kipulääke iäkkäille potilaille tulehduskipulääkkeiden aiheuttamien haittavaikutuksien vuoksi (Kalso 2009, 473). Toisaalta luustometastaasien aiheuttamaan kipuun tulehduskipulääkkeet on todettu tehokkaiksi. Parasetamolia voi käyttää tarvittaessa myös yhdistettynä vahvoihin opioideihin, mutta näiden yhdistelmän ei ole todettu lievittävän kipua tehokkaammin kuin opioidi yksinään. (Kuolevan potilaan oireiden hoito, 2012.)

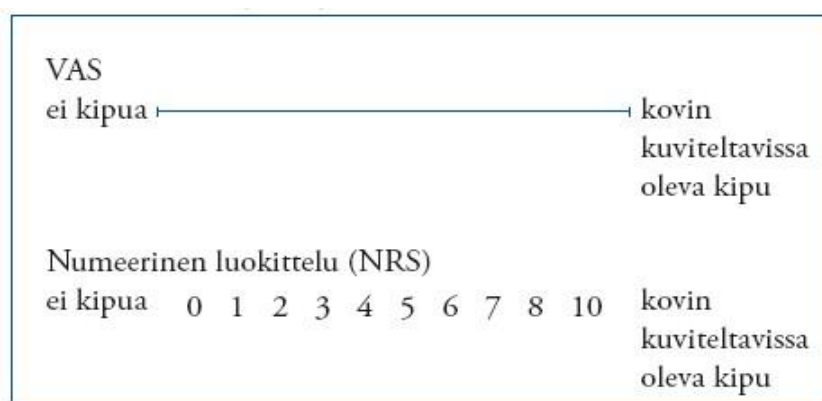
Saattohoitopotilas voi pelätä opioideihin siirtymistä, mikäli hän ajattelee sen olevan viimeinen vaihtoehto hoitaa kipuja. Tämä voi viivästyttää kivuista kertomista lääkärille ja siten myös viivästyttää tehokkaan kipulääkityksen aloitusta. (Hänninen 2015.) Iäkkäille potilaille opioideja aloittaessa aloitusannos on pienempi kuin nuoremmille potilaille (Kuolevan potilaan oireiden hoito, 2012). Hoidon jatkuessa iäkkäiden potilaiden opioidiannokset ovat yleensä 25-50 % pienempiä kuin nuorempien vähentyneen lääkkeiden eliminaation ja keskushermoston herkkyuden vuoksi. Mielialan muutoksia, hallusinaatioita ja sekavuutta on todettu iäkkäillä käyttäjillä nuorempia enemmän. Viime vuosina opioidien käyttö on li-

sääntynyt selvästi iäkkäillä potilailla. Huomioon on kuitenkin otettava, etteivät opioidit välttämättä lievitä kaikkea kipua. Iäkkäiden kipua voidaan hoitaa myös masennus- ja epilepsialääkkeillä. (Kalso 2009, 473.)

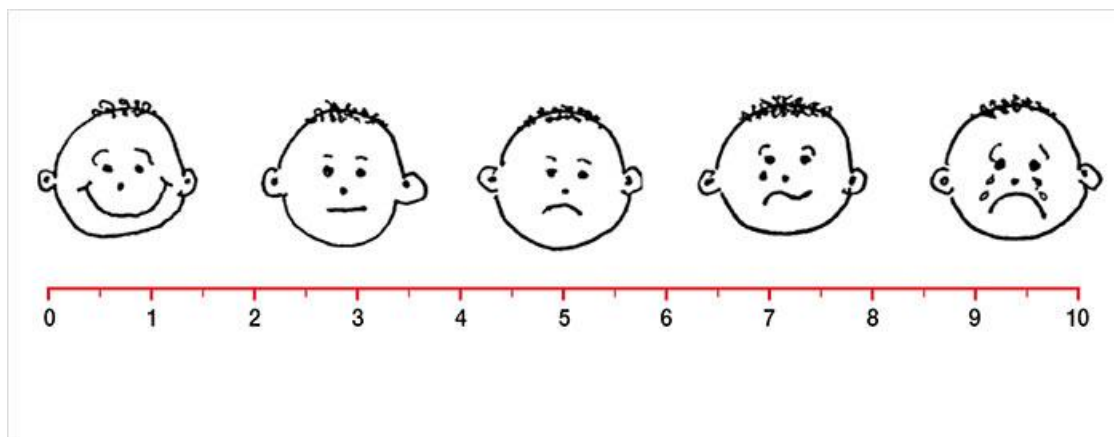
### 3.5 Kivun arviointimenetelmät

Kokonaisvaltaisessa kivun arvioinnissa ikääntyneiden kohdalla tavoitteena on selvittää heidän kykynsä selvittää päivittäisistä toiminnoista, ja ennen kaikkea heidän hoitomahdollisuuksiinsa vaikuttavat tekijät. Huolellisella kivun arvioinnilla voidaan selvittää niin potilaan voinnin lähtötilanne. Lisäksi sen avulla voidaan myös suunnitella hoitoa ja seurata sen vaikutuksia. Huolellinen kirjaaminen on erittäin tärkeää. Fyysisesti kipu vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Kivun psyykkisiä vaikutuksia taas voidaan arvioida kysymällä mielialasta. Kipu voi vaikuttaa myös sosiaalisesti, jolloin on hyvä selvittää potilaan sosiaalinen tukiverkosto. (Salanterä ym. 2006, 201.)

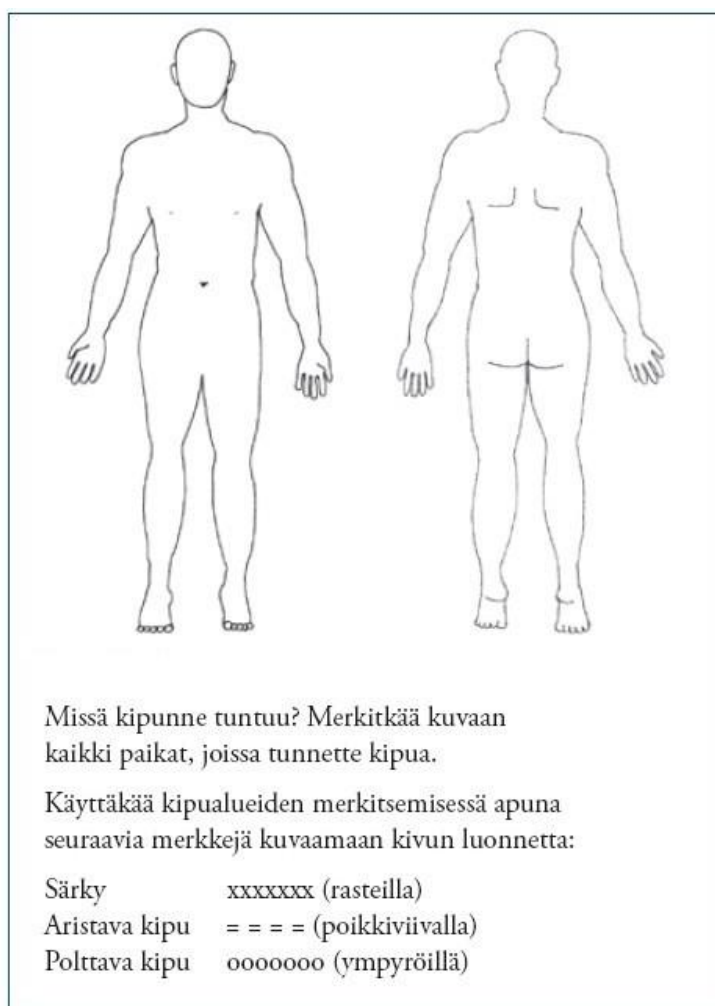
Kipua arvioidaan potilaan oireiden ja tuntemusten perusteella. Kivun arviointimenetelmiä on useita. Visuaalialogiasteikko eli VAS- kipujana (kuva 1) on 10 cm pitkä jana, jossa toinen pää kuvastaa kovaa potilaalla olevaa pahinta mahdollista kipua ja toinen puoli kuvastaa, että potilas ei koe kipua. Potilas osoittaa janalta itse sen kohdan, minkä asteista kipua hän sillä hetkellä kokee. Muita kipumittareita ovat muun muassa PAINAD-mittari, numeerinen luokittelu (NRS) (kuva 1), VRS-luokittelu, kasvokuvamittari ja kipupiirros (kuva 2 & 3). (Kivun arviointi ja mittaaminen.)



Kuva 1: VAS-kipujana ja numeerinen luokittelu (NRS) (Haanpää ym. 2017.)



Kuva 2: Kasvokuvamittari (Kivunhoito 2015.)



Kuva 3: Kipupiirros (Haanpää ym. 2017.)

Ikääntyneet, joilla kognitiivinen taso on heikentynyt, voidaan myös käyttää kipumittaria kipua selvitetäessä, kunhan mittarin käyttö opetetaan rauhassa ja kiireettömästi. Numeeriset, sanalliset ja kasvokuvamittarit ovat olleet ikääntyneiden mielestä parhaimpia kuvaamaan kivun voimakkuutta. Kivusta tulee kysellä monitasoisesti, sillä esimerkiksi levossa kipua ei välttämättä ole ollenkaan. Kipupiirrokseen (kuva 2) voi myös kuvata kivun luonnetta erilaisilla merkeillä. Kivun luonne voi kertoa kivun mekanismista. (Salanterä ym. 2006, 201.)

Kivun arviointi ei ole aina helppoa, sillä kivun tuntemus on subjektiivinen kokemus, jolloin sen mittaaminen objektiivisesti ei ole edes mahdollista. Käypä hoito-suositus (2008) kivusta kuitenkin toteaa, että kuolevien ikääntyneiden kipu on usein alihoidettua, ja että hyvä kivun arviointi on myös hyvän kivunhoidon edellytys. (Grönlund & Huhtinen 2011, 114-115.)

ESAS- oirekyselyä voidaan käyttää syöpäpotilaan kivun arvioinnissa. Kyselyssä potilas vastaa 10:een kohtaan, jossa potilas arvioi tavallisimpia syöpäpotilaan oireita asteikolla 0-10:een. Kyselyssä arvioidaan kipua, väsymystä, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, ummetusta, hengenahdistusta, masennusta, levottomuutta, unettomuutta ja seksuaalisuuden ongelmia. Kyselyssä voi piirtää mahdollisia kipukohtia ihmiskehoon ja ilmaista sanallisesti kauanko kipu kestää ja minkä laatuista kipu on. (ESAS - oirekysely 2014.)

PAINAD- mittari voidaan myös hyödyntää kivunarvioimisessa, kun kyseessä on potilas, jolla on pitkälle edennyt dementia ja/tai puhekyky on jo mennyt. Dementiapotilaiden sanalliset ilmaisut kivusta usein vähenevät sairauden edetessä ja puhekyvyn heikentyessä. Tällöin tulee kipuja aktiivisesti arvioida joko suoraan kysymällä tai havainnoimalla niitä esimerkiksi PAINAD-mittarin avulla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Tässä arviointimenetelmässä mittaustulos saadaan arvioimalla kipua kokevan käyttäytymistä viiden eri osion kautta, jotka ovat: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, kehonkieli sekä lohduttaminen. Arviointi tapahtuu tarkkailemalla potilasta viiden minuutin ajan. Kaikista osioista saa 0-2 pistettä ja kokonaispistemääräksi voi tulla 0-10 pistettä. Kipua on tärkeää arvioida aina ennen kivunhoitoa ja sen jälkeen. (Pain Assessment 2014.) On kuitenkin huomiotava, että syvästi dementoituneella kivun fysiologiset vasteet ovat heikentyneet, jolloin kivun arviointi ilmeistä voi olla haasteellista. Tällöin tukena voidaan käyttää potilaan omaisilta saatuja tietoja ikääntyneen aiemmasta kipukäyttäytymisestä. (Salanterä ym. 2006, 202.)

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
<b>Hengitys</b>	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä	
<b>Negatiivinen ääntely</b>	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Itkua.	
<b>Ilmeet</b>	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
<b>Elekieli</b>	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
<b>Lohduttaminen</b>	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.	
			<b>Pisteet yhteensä:</b>	

Kuva 4: PAINAD-mittari (Pain Assessment 2014.)



<p><b>Hengitys:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Normaali hengitys.</b> Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista).</li> <li><b>2. Ajoittain vaivalloista hengitystä.</b> Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta.</li> <li><b>3. Lyhyt hyperventilaatiojakso.</b> Ohimeneviä lyhyiden, syvien hengitysten hengitysten sarjoja.</li> <li><b>4. Äänekästä vaivalloista hengitystä.</b> Äänekästä sisään tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä.</li> <li><b>5. Pitkä hyperventilaatiojakso.</b> Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään.</li> <li><b>6. Cheyne-Stokes-hengitystä.</b> Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimenevaa hengitystä, jossa on väliillä hengityspysähdyksiä.</li> </ol> <p><b>Negatiivinen ääntely:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Ei negatiivista ääntelyä.</b> Puhe tai ääntely on sävyllään neutraalia tai miellyttävää.</li> <li><b>2. Satunnaista vaikerointia tai voiikkaa.</b> Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voiikka on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.</li> <li><b>3. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.</b> Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn.</li> <li><b>4. Rauhatonta huutelua.</b> Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätääntyneesti.</li> <li><b>5. Äänekästä vaikerointia tai voiikkaa.</b> Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voiikka on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.</li> <li><b>6. Itkua.</b> Tunteen ilmaisu, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyyhkytyksiä tai hiljaista itkua.</li> </ol> <p><b>Ilmeet:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Hymyilevä tai ilmeeton.</b> Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luontevaa, levollista tai tyhjää ilmettä.</li> <li><b>2. Surullinen.</b> Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä.</li> <li><b>3. Pelästynyt.</b> Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki.</li> <li><b>4. Tuima.</b> Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympärys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä.</li> <li><b>5. Irvistää.</b> Vääristynyt, hätääntynyt ilme. Otsa ja suun ympärys ovat tavallista enemmän rypyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni.</li> </ol>	<p><b>Elekieli:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Levollinen.</b> Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneeltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta.</li> <li><b>2. Kireä.</b> Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).</li> <li><b>3. Ahdistunutta kävelyä.</b> Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta.</li> <li><b>4. Levotonta liikehdintää.</b> Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti.</li> <li><b>5. Jäykkä.</b> Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).</li> <li><b>6. Kädet nyrkissä.</b> Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä.</li> <li><b>7. Polvet koukussa.</b> Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).</li> <li><b>8. Pois työntämistä tai vetämistä.</b> Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois.</li> <li><b>9. Riuhtomista.</b> Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa.</li> </ol> <p><b>Lohduttaminen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Ei tarvetta lohduttamiseen.</b> Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä.</li> <li><b>2. Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää.</b> Käyttäytyminen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta.</li> <li><b>3. Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu.</b> Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.</li> </ol>
---	--

Kuva 5: PAINAD- mittari (Pain assessment 2014.)

#### 4 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuudesta erityisesti ikääntyneen saattohoitopotilaan lääkkeetöntä kivunhoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia kuvaileva kirjallisuuskatsaus ikääntyneen saattohoidon lääkkeettömästä kivunhoidosta.

Koska kipu on usein alihoidettua, siihen voi vaikuttaa kivun arviointimenetelmien matala käyttöaste ja tuntemattomuus. Työelämässä olemme huomanneet, että kipumittareita ei käytetä tarpeeseen nähden riittävästi. Näyttää myös siltä, että kipua hoidetaan pääsääntöisesti lääkkeellisesti. Luulemme, että se johtuu kiireestä ja tiedon puutteesta. Tämän takia opinnäytetyöllämme tahdomme tuoda enemmän esille vaihtoehtoisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä hoitajille. Näiden seikkojen vuoksi tutkimustehtävämme on:

Millaisia näyttöön perustuvia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä on ikääntyneelle saattohoitopotilaalle?

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄ

### 5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyössämme käytimme kirjallisuuskatsausta, jonka avulla saimme yleisen katsauksen aiemmin tehdyistä aiheeseemme ja ilmiöömme liittyvistä tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on tunnistaa tutkimusongelma, tutkimuskysymykset tai hypoteesit. Lisäksi määritellään aiheeseen liittyviä käsitteitä sekä kartoitetaan ja tulkitaan aiempia tutkimuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69-74.)

Kirjallisuuskatsaukset jaetaan tarkoituserästä riippuen kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin, systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä määrälliseen ja laadulliseen metasynteesiin. Opinnäytetyössämme käytimme kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka nimensä mukaisesti kuvailee tiivistetysti tutkimuksen kannalta kiinnostavaa aihetta. Tyypillisesti aloitteleva tutkija valitsee tutkimuksen taustaksi kuvailevista kirjallisuuskatsaustyypeistä narratiivisen kirjallisuuskatsauksen. Muita tyyppisiä narratiivisen lisäksi ovat scoping-, nopea-, ja yleiskatsaus. Narratiivinen katsausmuoto pyrkii kuvailemaan aikaisemmin tiettyihin aihealueisiin kohdistuneita tai viimeaikaisia tutkimuksia. Yleensä tämä katsausmuoto tarkastelee tieteellisiä, julkaistuja tutkimuksia ja sen kysymyksen asettelu voi olla laajakin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 8- 9, 18.)

Päätimme tehdä kirjallisuuskatsauksen, koska halusimme kartoittaa ajantasaisen tiedon määrän aiheesta. Lisäksi työelämäohjaajamme pyysi saada tietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta, joten tiedon kerääminen kirjallisuuskatsauksen avulla oli järkevintä. Kuvailevia kirjallisuuskatsauksen tyypeistä narratiivinen katsaus sopi meidän käyttötarkoituksemme parhaiten.

### 5.2 Aineiston haku

Huomioitavaa on, että tutkimuksissa vain harvoin valmiit aineistot soveltuvat sellaisenaan käytettäväksi. Toisten keräämä aineistomateriaali on pystyttävä kytkemään ja sovittamaan omaan tutkimukseen. Kuitenkin jo valmiiksi raportoidut tutkimukset voivat hyödyttää muita tutkijoita monin tavoin. Valmiita tutkimuksia voidaan käyttää omassa tutkimuksessa täydentävänä tai vertailtavana materiaalina, tai niistä voidaan tehdä kokonaan uusi analyysi.

On kuitenkin huomattava, että kaikkeen valmiiseen materiaaliin on suhtauduttava lähdekriittisesti ja punnittava niiden luotettavuutta. Jotta tiedosta tulisi vertailukelpoista, on valmista aineistoa kyettävä tulkitsemaan, muokkaamaan ja yhdistelemään omaan aineistoon. (Hirsjärvi ym. 2007, 181, 184.)

Näyttöön perustuvalla tiedolla tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä, jota hyödynnetään hoitotyössä potilaan kanssa. Tiedolla tarkoitetaan relevanttia tutkimustietoa tai tietoa, jossa ilmenee jonkin asiantuntijan näkemys asiasta. Myös työntekijöiden kokemustietoa sekä asiakkaalta ja hänen läheisiltään saatu tieto on luotettavaa. Näyttöön perustuvuudella pyritään vastaamaan hoidon tarpeisiin käyttäen vaikuttaviksi todettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Vaikuttaviksi todetut käytänteet auttavat hoitajia välttämään sellaisia hoitomenetelmiä, joista ei ole varsinaista hyötyä potilaalle. Suomessa näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen on kirjattu mm. Terveydenhuoltolakiin, joka velvoittaa terveydenhuollon toiminnan perustuvan näyttöön. Laki velvoittaa myös, että hoitotyön on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Näyttöön perustuva toiminta 2016.)

Näyttöön perustuvuus ohjasi kirjallisuuskatsauksemme aineiston valintaa. Aihe oli opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa rajautunut saattohoitoon, ikääntyneisiin ja lääkkeettömiin kivunhoidon menetelmiin. Aineistoa etsimme kotimaisesta viitetietokanta Artosta, Suomen korkeakoulukirjastojen yhteistietokanta Melindasta sekä kotimaisesta terveystieteellisestä viitekanta Medicistä. Englannin kielisen lähteen etsimme Ebson Cinahlista. Täydentävää aineistoa etsimme myös Theseuksesta, josta löytyy suomen ammattikorkeakouluissa tehtyjä opinnäytetöitä ja julkaisuja.

Aineistoa hakiessamme jouduimme rajaamaan sisäänottokriteereitä, jotta ne vastaisivat mahdollisimman tarkasti tutkimustehtäväämme. Halusimme opinnäytetyöhömmme suhteellisen tuoretta tietoa, joten ensimmäisenä sisäänottokriteerinämme oli artikkelin julkaisun ajankohdan ajoittuminen vuosille 2006-2017. Koska kirjallisuuskatsaukseen voidaan ottaa artikkeli, opinnäytetyön osa tai tiivistelmä, se rajasi aineistoamme. Yhdessä otsikon, asiasanojen ja mahdollisen tiivistelmän perusteella nämä edellä mainitut olivat toinen sisäänottokriteerimme. Viimeisenä kriteerinä tutkimusaineistollemme oli artikkelin valinta sen sisällön perusteella. Ensimmäinen poissulkukriteerimme oli aineiston julkaisun ajoittuminen ennen vuotta 2006. Toinen kriteerimme oli, että aineistolaji ei ollut artikkeli, opinnäytetyön osa tai tiivistelmä. Jos niiden sisältö, asiasanat tai tiivistelmä ei liittynyt aiheeseemme, ne karsiutuivat pois. Esimerkiksi sisällöltään aiheemme vierestä olevat aineistot, kuten lap-

sista kertovat artikkelit jätettiin suoraan pois. Viimeisenä poissulkukriteerinämme oli aineiston sisällön poikkeaminen aiheestamme. Seuraavassa on esitetty taulukko aineiston hankinnasta ja siinä käytetyistä kriteereistä.

Taulukko 1: Aineistonhaku

Tietokanta	hakusanat	hakutulokset	1.kriteeri 2006-2017	2.kriteeri Aineistolaji, otsikko, asiasanat, tiivistelmä	3.kriteeri Sisältö
<b>MEDIC</b>	Kuolev* AND kip*kiv*	26	12	3	3
	kipu kivun AND saatto- hoi* AND lääkkeet*	5	3	1	1
	Ikääntyn* AND saatto- hoi*	6	2	0	0
<b>MELINDA</b>	Ikääntyneet AND saatto- hoito	30	24	1	0
	Vanhukset AND saatto- hoito	98	33	3	0
	Kipu AND saattohoito	94	24	2	2
<b>THESEUS</b>	Lääkkeetön kivunhoito saattohoi- dossa	66	66	9	1
<b>ARTO</b>	Kuolevan kipu	4	1	1	1

	Saattohoi? AND kivun- hoi?	4	2	1	1
<b>EBSCO/CINAHL</b>	Pain manage- ment AND hospice and AND elderly	9	3	2	1

Taulukko 1: Aineiston haku

### 5.3 Aineistolähtöinen analyysi

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko, johon tutkimusta aloitettaessakin tähdättiin. Analyysivaihe näyttää vastausten laadun tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221.) Tutkimusaineistosta voidaan pyrkiä luomaan teoreettinen kokonaisuus aineistolähtöisellä analyysillä. Tässä analyysin muodossa aineistoyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Yhden aineistolähtöisen analyysimallin mukaan aineistosta saadaan nostetuksi esille olennainen tutkimuskysymysten avulla. Tämän jälkeen aineistosta pyritään löytämään kokonaisuuksia, jotka voidaan löytää vain riittävällä paneutumisella aineistoon. Kokonaisuudet muodostetaan samanlaisuuden ja yhteenkuuluvuuden perusteella, jolloin samanlaisen merkityksen omaavat muodostavat oman kokonaisuutensa. Samanlaisuuksia voidaan analyysissä koota yhteen tematisoinnilla, käsitteellistämällä tai narratiivisesti yleistämällä löydetty kokonaisuudet. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 97, 102-103.)

Edellä kerrotun mukaisesti aineistoyksiköt valikoituivat täyttämään opinnäytetyömme tarkoituksen, eli tarkoituksen kartoittaa kirjallisuudesta ikääntyneen saattohoitopotilaan lääkkeetöntä kivunhoitoa. Aineistoyksiköiksi valikoituivat lehti- ja nettiartikkelit (5 kpl), yksi opetusmateriaali, Käypä hoito-suositukset (2 kpl) ja aiemmin tehdyt opinnäytetyöt (3 kpl). Aineistoyksiköt ovat esiteltynä liitteessä 1.

Aineistoyksiköistä saimme nostettua esille olennaisen muodostamamme tutkimuskysymyksen avulla, eli etsimällä niistä näyttöön perustuvia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ikääntyneelle saattohoitopotilaalle. Menetelmät pystyimme jaottelemaan psyykkiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin kivunhoidon menetelmiin. Kaikissa aineistoissa oli

myös sellaista tietoa, jota emme tarvinneet opinnäytetyöhömmme, joten meidän tuli kyetä jättämään omasta tekstistämme pois tarpeetonta tietoa.

## 6 IKÄÄNTYNEEN SAATTOHOITOPOTILAAN LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Tähän kappaleeseen olemme koonneet kaikki löytämämme lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät, jotka on jaoteltu ihmisen psyko-fyysis-sosiaalisen- ja hengellisen näkökulman mukaan.

### 6.1 Fyysisen kivunhoito

Fyysisen kivun lievitykseen on olemassa monia erilaisia tapoja myös lääkkeettömästi. Näitä ovat kirurgiset menetelmät, fysikaaliset hoidot ja sädehoito, akupunktio- ja manipulaatiohoito. Hoitoina voidaan käyttää myös kylmä- ja lämpöhoitoa, hierontaa ja asentohoitoa. (Vainio 2002, 182, 187, 203-204, 344; Luukkainen & Palviainen 2008, 10.)

Sädehoidolla voidaan lievittää kipua osittain tai jopa täydellisesti. Kipu alkaa usein lievittyä vaihdellen muutamasta päivästä neljään viikkoon ja sen vaikutus kestää keskimäärin 3-6 kuukautta. On myös todettu, että kertosädehoidolla voidaan lievittää luustoetäpesäkkeiden tuottamaa kipua yhtä tehokkaasti, kuin useammalla kerralla annettu sädehoito. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Akupunktiohoito on alun perin kiinalainen hoitomuoto, jota nykyään käytetään länsimaisessa hoitotieteessä intramuskulaarisena ärsytyshoitona. Hoidossa asetetaan 5-10 akupunktioneulaa akupunktuurikarttojen mukaisiin pisteisiin. Neuloihin voidaan yhdistää myös sähköhoito. Aivojen kuvantamistutkimusten avulla on pystytty todentamaan akupunktion vaikutukset aivojen serotonergisiin ja dopaminergisiin kivunestomekanismeihin. (Arokoski 2015, 14.)

TNS-hoito (transkutaaninen hermostimulaatio) perustuu siihen, että se aktivoi paksuja myeliinitupellisia säikeitä sähköimpulssisella pulssiaallolla, mikä vaikuttaa kipua poistavasti. TNS-laitteet ovat verkkovirralla tai paristoilla käytettäviä pieniä laitteita, joita voidaan kantaa myös mukana. Laitteiden neljä elektronia kiinnitetään ihoon paikkoihin, joista parhaat ja tehoavimmat löytyvät vain kokeilemalla. Hoitoa voidaan antaa päivittäin 2-3 kertaa, mutta potilaan tulee itse kyetä kertomaan, milloin stimulaatio on sopiva. Stimulaation tulee tuntua selvästi, mutta se ei saa olla kivulias. (Vainio 2002, 176-179; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 17.)



Saattohoitopotilaalla suu voi kuivua helposti syljen erityksen vähentyessä ja lääkkeistä johtuen. Suun kuivuminen aiheuttaa kipua, johon suonensisäinen nesteytys ei auta. Suuta voi kostuttaa purukumilla ja tekosyljellä. Suun kipua lievittävät myös jääpalojen imeskely ja kylmät juomat. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Ummetus yleisty sairauksien lisääntyessä ja ikääntyessä. Ummetuksella on todellisia seurauksia potilaan ärtyisyydestä pahoinvointiin ja edelleen vatsan alueen kipuun, jopa kuolemaan suolen puhjetessa. Tästä syystä suolen toiminnasta huolehtimisen tulisi olla osa päivittäistä rutiinia ikäihmisiä hoidettaessa. Ummetuksen hoidon tulee olla systemaattista. Opioideja käyttävillä ummetus on yleistä, mutta sitä aiheuttavat myös monet muut saattohoitopotilaan lääkkeet. Opioideja käyttävillä on usein käytössään erilaisia vatsan pehmikkeitä, mutta lääkkeettömästi ummetusta voidaan hoitaa myös ruokavaliolla. (Morrison & Morrison 2006, 996.)

Lämpöhoitoja ovat lämpölamput ja- pakkaukset, parafiinikylvyt, sekä savi- ja parafangoitot. Lämpöhoidon tarkoituksena on rentouttaa lihaksia. Nämä edellä mainitut pintalämpöhoidot saavat aikaan verimäärän lisääntymisen kudosten verisuonissa. Elimistön oman lämmönsäätelymekanismin vaikutuksesta pintalämpöhoidot vaikuttavat myös syvempiin kudoksiin verenkierron tasatessa lämpöä. Vaikutus syvempiin kudoksiin on tosin lievempi. Lämpöhoitoa voidaan käyttää esihoitona liikehoidolle tai hieronnalle. Lämpöhoitojen keston vaikuttaa potilaan oma kokemus hoidosta ja tapa reagoida siihen, sekä oireen laatu. (Vainio 2002, 203; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 16.) Lämpöpakkauksien lämpötila on noin 40-45 astetta ja niiden suositeltu käyttöaika on yhtäjaksoisesti 20-30 minuuttia. (Hoikka 2013; Rönkkö & Saarnio 2016, 24.) Arokosken (2015, 14) mukaan lämpöhoidon käsittelyajaksi riittää 10-20 minuuttia ihoärsytystä välttämällä.

Kylmähoidolla puolestaan voidaan vaikuttaa spastiseen lihasjännitykseen. Spastisen lihasjännityksen laukeaminen perustuu siihen, että pintakylmähoidot vähentävät verenkiertoa samalla aineenvaihduntaa hidastaen, jolloin jännitystila laukeaa. Samalla kylmähoito myös vähentää turvotusta. (Estlander ym. 2002, 204; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 16.)

Fysioterapian tarkoituksena saattohoidossa on lievittää kipua, ennaltaehkäistä niveljäykkyyttä sekä ylläpitää toimintakykyä ja omatoimisuutta. Fysioterapeutti ohjaa saattohoitopotilaalle erilaisia sopivia harjoitteita, joita potilas voi tehdä itsenäisesti tai yhdessä hoitajan tai omaisten kanssa. Potilasta tulee rohkaista pienistäkin saavutuksista. (Vainio 2002, 200; Kiviluoman ja Vitelin mukaan 2016, 18.)

Koskettamisen on todettu lievittävän lihasjännitystä ja kipua. Lisäksi se myös lohduttaa ja rauhoittaa potilasta. Koskettaminen on myös yksi kommunikaation muoto, jolla potilas voi saada sanattomasti viestittyä hoitajalle. (Bortrill & Kirkwood 2005, 238; Luukkainen & Palviainen 2008, 11.) Iho on tärkeä elin, sillä sen kautta ihmisen hermojärjestelmä saa tietoa ympäristöstä, kuten kylmästä, kuumasta, kivusta ja kosketuksesta. Viime vuosikymmenellä on tutkittu, että ärsykkeet, jotka aktivoivat kosketusreseptoreja, saavat aistimusten lisäksi aikaan myös tunteen rauhoittumisesta, ehkä jopa tunteen hyvinvoinnista. (Uvnäs-Moberg 2007, 113; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 17-18.) Ihoa tulee myös rasvata infektioiden välttämiseksi (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Hieronta perustuu fyysiseen kosketukseen. Sillä tarkoitetaan järjestelmällistä pehmytkudosten käsittelyä. Hieronnalla uskotaan olevan suotuisa vaikutus veren- ja imunesteen kiertoon, hermoihin ja lihaskudokseen. Akupunktiohieronta, jalkapohjien vyöhyketerapia ja lymfahieronta ovat vaihtoehtoja perinteisen hieronnan ohella. (Vainio 2002, 204; Kiviluoman ja Vitelin mukaan 2016, 19.) Hieronta vähentää kipua ja samalla rentouttaa kireää lihaskudosta (Arokoski 2015, 15).

## 6.2 Psyykkisen kivunhoito

Saattohoidossa olevan potilaan kipuihin voi joskus olla lääkettä tehokkaampana hoitona hoitajan kuntouttava asenne ja potilaan tunne siitä, että hänellä on edelleen tilanteen kontrolloimisen tunne (Vainio 1993, 18; Luukkainen & Palviainen 2008, 10). Palliatiiviseen hoitoon liittyy surua ja menetyksen tunnetta, joten tukeminen on tärkeää (Morrison & Morrison, 2006, 1000).

Kipuun vaikuttavat myös potilaan mieliala ja käsitys voinnistaan. Väsymyksen ja masennuksen oireet madaltavat ihmisen kipukynnystä. Jos potilas tuntee, että kipu on merkki lähellä olevasta kuolemasta, kivun sietokyky on myös silloin heikko. On tärkeää, että saattohoitopotilas ei koe olevansa eristäytynyt tai turvaton, koska ne voivat lisätä kipukokemusta. (Hänninen 2001, 93-94, 98; Kilpeläinen 2010, 8.)

Vuorovaikutus on tärkeää, sillä voidaan lievittää ahdistusta ja auttaa paremmin sopeutumaan sairauteensa. Hyvällä vuorovaikutuksella potilaan kanssa voidaan helpommin arvioida potilaan tarpeet, olla lohduttajana potilaalle sekä selvittää potilaan psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä ongelmia. Hyvään saattohoitoon sisältyvät potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa haluamallaan tavalla, ja toiveiden sekä mielipiteiden ilmaiseminen.

Saattohoidossa itsemääräämisoikeuden toteuttaminen saa potilaan tuntemaan turvallisuuden tunnetta ja hallitsemisen tunnetta omassa hoidossaan. (Kinghorn 2005, 167; Kilpeläinen 2010, 10.) Ahdistusta lievittävät vuorovaikutuksen lisäksi myös turvallisuuden tunne, positiiviset tunnetilat ja huumori. Ahdistuksen lievittäminen vaikuttaa myös välillisesti kiputiloihin. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 42-53; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 15-16.)

Turvallisuuden tunnetta luo muun muassa omahoitajajärjestelmä, koska omahoitaja tuntee itse potilaan, mutta myös hänen läheisensä muita hoitajia paremmin. Näin ollen omahoitaja osaa vastata myös paremmin potilaan tunteisiin liittyviin kysymyksiin. Hoitajan tulee pitää potilastaan aina ainutlaatuisena ja kunnioitettava yksilönä. Tämä puolestaan edesauttaa luottamuksen syntymistä koko hoitotiimiin. Hyvä huolenpito tuo potilaalle tunteen välittämisestä ja hoitajan tahdosta toimia potilaan parhaaksi. Hoitajan tulee myös auttaa potilasta löytämään omia voimavarojaan elämänhallinnan tunteen löytämiseksi ja säilyttämiseksi. (Heikkinen ym. 2004, 42-53; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 15-16.)

Psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet ovat tärkeä osa palliativista hoitoa. Saattohoidon edelläkävijä Cicely Saunders kuvailee kivun ja kärsimyksen sisältävän hengellisiä, sosiaalisia, emotionaalisia, psykososiaalisia ja fyysisiä ominaisuuksia. Joillakin potilailla erilaiset tuntemukset kuten syyllisyys, toivottomuus, pelko ja menetyksen tunne voivat johtaa merkittävään ahdistukseen, ne voivat myös pahentaa fyysisiä oireita. Myös omaiset voivat kärsiä samanlaisesta ahdistuksesta. (Morrison & Morrison 2006, 999.)

Kivunlievityksessä hoitoympäristöllä on myös merkittävä vaikutus. Ympäristö on suotuisa, kun se on meluton ja lämpötilaan sekä ilmanvaihtoon on kiinnitetty huomiota. Sisustuksen huomioiminen on myös tärkeää, potilas voi halutessaan tuoda huoneeseensa omia tavaroita. (Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2001, 36; Kilpeläinen 2010, 9.)

### 6.2.1 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät

Psykologisilla hoitomuodoilla voidaan lievittää kipua. Huomiota voidaan yrittää kiinnittää muualle, vaikka harrastuksen avulla, rukoilemalla, itseään rohkaisemisella ja keskustelemalla toisten ihmisten kanssa. Luonto voi myös olla voimaannuttava. (Estlander 2003, 86-87; Kilpeläinen, 2010, 9.)

Musiikkiterapiaa saattohoidossa voi toteuttaa vain koulutuksen saanut musiikkiterapeutti. Musiikkiterapeutit kuuluvat osaksi moniammatillista työryhmää. Terapia on tavoitteellista

ja suunniteltua toimintaa potilaan hyväksi. Musiikkiterapia on sopiva hoitomuoto saattohoidossa, koska se ei vaadi väsyneeltä potilaalta muuta kuin läsnäoloa. (Saloheimo 1989; Niemeläinen 2013, 62.) Jos musiikkiterapiassa keskitytään pelkästään kuunteluun, potilaalta ei ollenkaan vaadita itsensä ilmaisemista (Lehtonen 2011; Niemeläinen 2013, 62).

Dileo-Maranto (1999) on tutkinut, että tällaisilla musiikkikokemuksilla on monenlaisia hyviä vaikutuksia saattohoitopotilaaseen. Musiikinkuuntelulla on saatu vähennettyä potilaan kipukokemusta ja levottomuutta, sekä se on auttanut käsittelemään sairautta ja kuolemaa. Musiikkiterapiassa on tärkeää tiedostaa, että ihmisen fysiologiset, psykologiset sekä kognitiiviset reaktiot musiikkiin ovat erilaisia ja yksilöllisiä. Tämän takia on tärkeää suunnitella tarkoin, minkälaista musiikkiterapiaa toteutetaan kunkin saattohoitopotilaan kanssa. Musiikin valinnassa musiikkiterapeutti arvioi muun muassa melodiaa, rytmiä ja sävelkorkeuksia. Musiikilla voidaan saada ihminen irtautumaan yksinäisyydestä ja ahdistuneisuudesta. Musiikin avulla voidaan rauhoittaa potilasta ja sen kautta ihminen voi alkaa käsitellä ja pohdiskella itselleen vaikeita asioita. (Dileo-Maranto 1999, 157-176; Niemeläinen 2013, 62-63.)

On tutkittu elävän ja nauhoitetun musiikin vaikutusten eroja. On todettu, että elävä laulu ja kitaransoitto vähensivät enemmän ahdistusta ja jännitystä. Tämä todettiin niin, että potilaille soitettiin sekä elävää musiikkia että sama materiaali äänitteenä. Elävä musiikkiesitys antaa potilaalle monia hyötyjä samanaikaisesti; toisen ihmisen läsnäoloa, ja kuuntelijan ja esittäjän välistä vuorovaikutusta, jossa he kommunikoivat eleiden välityksellä. Tämä yhteys potilaan ja esittäjän välillä voi vähentää potilaan kokemaa eksistentiaalista kriisiä. On todettu, että elävän musiikin kuuntelu antaa energiaa kuuntelijalleen, koska he ovat eräänlaisessa vuorovaikutuksessa keskenään musiikin kuuntelun aikana. Musiikin soittaja saa itselleen energiaa, kun hän laulaa tai tuottaa ääntä. Tällöin energiaa siirtyy myös kuuntelijaan. Nauhoitetun musiikin kuuntelu saa kuuntelijan pohtimaan omia sisäisiä kokemuksiaan. (Bailey 1983; Lehikoinen 2008,193.)

Mielikuva- ja rentoutusharjoitukset ovat myös kognitiivis-behavioraalisia terapioita, jotka eivät itsessään poista kipua, mutta niiden avulla potilas voi oppia eri kivunhallintamenetelmiä (Kipu 2015). Rentoutushoidon tarkoituksena on opettaa potilasta rentoutumaan, joka vähentää ahdistuneisuutta ja siten kipua. Rentoutuminen vähentää myös lihasjäykkyyttä. (Vainio 2002, 202; Kiviluoma & Viteli 2016, 19).

Mielikuvaharjoittelussa kiputila pyritään voittamaan potilaan oman mielikuvituksen ja luovuuden avulla (Vainio 2002, 202; Luukkainen & Palviainen 2008, 10-11). Mielikuvilla po-

tilas voidaan ohjata ajattelemaan kivun olevan kehon ulkopuolinen tiukka side, jota mielikuvan avulla voi löysentää ja siten kipua helpottaa. Mielikuvaharjoitukset ja hengitysharjoitukset voidaan yhdistää rentoutusharjoituksiin. (Vainio 2002, 202; Kiviluoman ja Vitelin mukaan 2016, 19.)

Hengitysharjoituksilla voidaan vaikuttaa lihasten rentoutumiseen vähentämällä stressiä ja kivun voimakkuutta sekä lisäten elimistön hapensaantia. Hengitysharjoituksiin voidaan liittää myös musiikki tehostamaan liikkeiden vaikutusta. Hoitaja voi ohjata potilasta oikeanlaisiin hengitystekniikoihin, jolloin potilas voi harjoittaa syvähengitystä omatoimisesti. Harjoitteita voi toistaa useasti päivässä ja niitä voi tehdä seisten, istuen ja sängyllä maaten polvet koukussa. (Salanterä ym. 2006, 154; Rönkkö & Saarnio 2016, 25.)

### 6.3 Sosiaalisen kivunhoito

Sairastumisen myötä potilaan sosiaalinen verkosto voi vähetä. Pelko kuolemasta ja kykenemättömyys kohdata kuolema voi vetää sairastuneen elämästä ihmisiä pois. Tämä aiheuttaa sosiaalista kipua. Näissä tilanteissa sairastuneen omaiset ovat suuri voimavara, jotka helpottavat potilaan oloa läheisyydellään ja rakkaudellaan. (Kuuppelonmäki 2000, 160-161 ja Attila 1998, 43; Luukkaisen & Palviaisen mukaan 2008, 12.) Sosiaalinen tuki saattaakin olla potilaan hoidon peruslähtökohta, mikä lisää myös potilaan stressinsietokykyä. Tärkein sosiaalisen kivun hoitomuoto on keskustelu ja emotionaalinen tuki, jolloin sairastunut tuntee itsensä arvokkaaksi. Keskustelu sairastuneen kanssa myös lievittää ahdistusta ja pelkoa. (Lankinen 2001, 278-281 ja Mattila 2006, 41; Luukkaisen & Palviaisen mukaan 2008, 12-13.)

### 6.4 Hengellisen kivunhoito

Hengellisyydellä ja uskolla voi olla todella suuri merkitys, kun potilas tekee hoitoon liittyviä päätöksiä ja puhutaan elämää pidentävistä hoidoista. (Morrison & Morrison 2006, 999.) Hänninen ja Pajunen (2006) painottavat hengellisten tarpeiden täyttymisen ja sielunhoidon olevan erittäin tärkeä osa kivunhallintaa. Hengellisyys on hyvin henkilökohtainen asia mutta se on silti tärkeä osa ihmisen hyvinvointia saattohoidossa, jossa potilas voi kokea eksistentiaalisen kriisin. (Hänninen & Pajunen 2006; Niemeläinen 2013, 64.)

Hengellisissä keskusteluissa voidaan potilaan kanssa keskustella mm. tulevaisuuteen ja toivoon liittyvistä asioista. Potilas voi haluta keskustella kärsimyksestään ja elämän päätymisestään. (Hänninen & Anttonen 2008, 23-36; Niemeläinen 2013, 64.)

Usein saattohoitopotilas voi toivoa vierelleen omaisten lisäksi myös hengellistä ihmistä. Niin sanottu sielunhoitaja on usein ammatiltaan pappi tai diakoniatyöntekijä, jonka tehtävä on ensisijaisesti kulkea potilaan vierellä ja olla kädestä pitäjänä. Sielunhoitajan tulee kunnioittaa potilaan omaa vakaumusta ja persoonallisuutta, sekä auttaa potilasta saamaan omanlaistaan tarvittavaa hengellistä tukea. Tärkeintä on läsnäolo, jonka voi myös muuttaa ruumiinkieleksi sylittelemällä ja silityksillä. Läheisyyden tulee kuitenkin aina tapahtua potilaan ehdoilla. Sielunhoitajan tehtäviin kuuluu myös ehtoollisen jakaminen. Hengelliselle ihmiselle ehtoollinen voi tuoda paljon valoa ja voimaa vieden samalla ajatuksia pois kivusta. (Heikkinen ym. 2004, 80-86; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 19-20.)

Ikolan ja Kuuppelonmäen mukaan hoitohenkilökunnan tulee huomioida potilaan hengelliset tarpeet riippumatta hoitajan omasta hengellisestä vakaumuksesta, sillä potilaan hengellisten tarpeiden huomiointi on osa kokonaisvaltaista hoitoa. Hengellisten tarpeiden tyydyttämistä ei kuitenkaan hoitohenkilökunnalta voi vaatia, vaan siihen tarkoitukseen voi pyytää avuksi sielunhoitajia. (Ikola & Kuuppelonmäki 2000, 197; Luukkaisen ja Palviaisen mukaan 2008, 11.)

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA MENETELMIEN SOVELTUVUUS IKÄÄNTYNEELLE

Tähän kappaleeseen olemme koonneet johtopäätöksemme ja seuraavassa kappaleessa on kerrottu lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien soveltuvuus ikääntyneelle saattohoitopotilaalle. Tämän luvun päätteeksi olemme koonneet taulukkoon lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ja niiden erityispiirteet ikääntyneelle.

### 7.1 Johtopäätökset

Tutkiessamme menetelmiä totesimme, että kaikkia menetelmiä voi käyttää ikääntyneille soveltaen niitä yksilöllisesti. Myös Kankkunen (2008, 205) toteaa, että lääkkeettömiä menetelmiä voi käyttää vapaasti ja turvallisesti ikääntyneelle, kunhan se ei vahingoita potilasta. Potilas itse on oman hoitonsa paras asiantuntija. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien teho perustuu myös siihen, että potilas kokee itsensä arvostetuksi ja saa tarpeenmukaista hoivaa.

Tutkimuksemme johtopäätöksenä voidaan pitää psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen kivunhoidon merkittävyyttä fyysisten menetelmien rinnalla. On kuitenkin huomattava, että kaikkia löytämiämme menetelmiä ei ole pystytty tieteellisesti todistamaan toimiviksi. Viimeisenä johtopäätöksenämme totesimme, että sairaanhoitajalla on oltava riittävä asiantuntemus eri menetelmistä sekä kivun arvioinnista, jotta osataan valita kipuun parhaiten vaikuttava menetelmä.

### 7.2 Soveltuvuus ikääntyneelle

Kivun hoidolla on ikääntyneen elämänlaadun parantamisessa keskeinen merkitys. Kivun keskeisyyttä elämässä vähentävät virikkeet ja aktiivisuuden ylläpito. Hyvän hoitotuloksen syntymiseen vaikuttavat myös luottamuksellinen ja jatkuva hoitosuhde. (Kalso 2009, 473.)

Sädehoito kivunlievityksessä sopii ikääntyneelle saattohoitopotilaalle. Hänen tulee ymmärtää sädehoidon merkitys kivun hoidossa ja kyetä olemaan paikallaan hoidon ajan.

Dementoitunut saattohoitopotilas ei kykene aina kertomaan kivun kokemuksistaan ja siksi on tärkeää, että hoitaja on herkkä aistimaan potilaan kipua eri signaaleista, joita potilas ilmentää. Potilaan kivuttomuuden hoidossa ratkaisevassa asemassa on moniammatillinen työryhmä. Kokonaisvaltainen hoitotyö on tärkeässä asemassa saattohoitopotilaan kivunhallinnassa. (Finne- Soveri 2008, 264.)

Jos potilaalla on murtumia tai traumoja, immobilisaatiosta voi olla hyötyä kivunlievityksessä. Pitkään jatkuneena immobilisaatio voi kuitenkin olla riskinä toimintakyvyn menetykselle. Lepo on sopivassa määrin hyödyllinen osa kivunhallintaa. Aktiivinen liikkuminen voi iäkkäillä ehkäistä nivelkipuja. (Finne- Soveri 2008, 205.) Saattohoidossa olevan ikäihmisen kohdalla tulee kuitenkin punnita toimintakyvyn menetyksen riskiä ja kivunlievityksen merkitystä immobilisaation ja levon avulla.

Meurmanin mukaan syljen erityksen väheneminen ei itsessään ole yksi ikääntymisen muutoksista, vaan sitä aiheuttavat usein ikääntyneiden käyttämät syljen eritystä vähentävät lääkkeet (erityisesti sydän- ja verenkiertoelimistön lääkkeet). Hammasproteeseja käytävillä kuiva suu on haasteellinen ongelma limakalvojen hankaumien ja proteesien pysyvyyden kannalta. (Meurman 2016, 312.) Mikäli ikääntyneellä saattohoitopotilaalla on proteesit tai omat hampaat, ja hänen kognitiivinen tilansa on riittävän hyvä, suun kuivuuteen ja sen aiheuttamaan kipuun voidaan käyttää pureskeltavia purukumeja. Potilaalle voidaan antaa myös kylmiä juomia ja jääpaloja imeskeltäväksi. Tajunnantason ollessa alhainen, potilaalle ei ole turvallista antaa nesteitä suun kautta, vaan suun kostutukseen voidaan käyttää erilaisia tekosylkiä ja sitruunatikkuja.

Myös TNS-hoitoa voidaan käyttää ikääntyneen saattohoitopotilaan kanssa työskennellessä. Potilaan tulee kuitenkin olla aikaan ja paikkaan orientoitunut, sekä yhteistyökykyinen, sillä potilas voi käyttää laitetta myös itsenäisesti. Potilaan tulee myös kyetä kertomaan, jos hoito on liian kivuliasta. (Vainio 2002, 176-179; Kiviluoman ja Vitelin mukaan 2016, 17.) Hoidossa on huomioitava kasvaimet, ihottumat ja verenvuototaipumus (Haanpää & Pohjolainen, 2009, 231). TNS- hoidon tieteellinen teho on kuitenkin heikosti osoitettu, vaikka sitä on jo käytetty 1960-luvulta lähtien erilaisten kiputilojen hoidossa. Hermostoperäiseen kipuun TNS-hoitoa on kuitenkin puollettu, mutta sen hoidossa tulee huomioida elektronien sijoittamisen välttäminen kosketusherkille ihoalueille, koska niillä alueilla tuntosäikeiden aktivaatio on kivuliasta. (Vainio 2002, 176-179; Kiviluoman & Vitelin mukaan 2016, 17.)



Kalson mukaan hyvä luottamus hoitosuhteessa on tärkeää hyvän hoitotuloksen takaamiseksi (2009, 474). Ahdistus- ja pelkotilojen helpottaminen kuuluu osaksi hyvää kivunhoitoa ikääntyneellä. Saattohoitopotilaan kivusta kysyminen sekä ajantasaisen tiedon antaminen potilaalle voivat myös helpottaa potilaan oloa. Lisäksi myötätunto ja hyvähoito edesauttavat potilaan kivunhallintaa. (Finne-Soveri 2008, 206.)

Lämpöhoitoja ei voida käyttää, jos potilaalla on hoidettavalla alueella ihottumaa, tulehduksia tai huono valtimoverenkierto. Jos potilas sairastaa rytmihäiriöitä, sydänsairauksia tai verenvuotosairauksia, lämpöhoidot eivät ole tällöin suositeltavia. (Kalso 2009, 237-238.) Huomioitavaa kuitenkin on, että lämpö- ja kylmähoitoja, myöskään syvälämpöhoitona toimivien ultraääni- ja mikroaaltohoidon tehoa kivunlievityksessä ei ole tieteellisesti todistettu toimiviksi. (Vainio 2002, 203-204; Luukkainen & Palviainen 2008, 11). Lämpöhoidot sopivat siis ikääntyneelle saattohoitopotilaille käytettäväksi, jos potilaalla ei ole edellä mainittuja vasta-aiheita.

Kylmähoitoa ei tule käyttää, jos ikääntyneellä potilaalla on todettu huono verenkierto ja hänellä on tunnottomia iho- alueita. Kylmähoidolle vasta-aiheita ovat myös urtikaria ja kylmäallergia. Liian pitkä käyttöaika voi aiheuttaa jopa hermovaurioita. Käyttöajaksi riittää hyvin 20-30 minuuttia. (Pohjolainen 2009, 239.) Arokosken (2015, 14) mukaan käsittelyajaksi riittää 10-15 minuuttia useita kertoja päivässä. Kylmähoitoja potilas voi toteuttaa myös itse kylmägeelein ja -pussein, jolloin potilaan ohjaus on tärkeää.

Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät (mielikuva-, rentoutus- ja hengitysharjoitukset sekä musiikkiterapia) eivät sovellu vaikeasti dementoituneille, koska ne vaativat hyvää kognitiivista tilaa. Lievästi dementoituneelle potilaalle, ja hänen omaisilleen voidaan kuitenkin ohjeistaa kognitiivisia kivunhoidon menetelmiä, kun potilas on vielä kykenevä oppimaan uusia asioita. (Kankkunen 2008, 261.) Neurologisten tutkimusten mukaan ihmisellä on samat hermoradat musiikin ja kivun aistimiselle. Kun ihminen kuuntelee tai tuottaa musiikkia, musiikki ns. "tyrmää" kipuaistimusta, koska musiikki vie kipukokemukselta "tilaa" hermoradoissa. (Eagle & Harsh, 1988; Lehikoinen 2008, 198.) Musiikki lievittää kipua ja parantaa mielialaa iästä riippumatta. Se voi johtua musiikin aikaansaamasta fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä vaikutuksesta koskettaa ihmistä sisältä. Itsensä ilmaiseminen musiikin avulla vähentää stressiä, ahdistusta ja jännitystiloja, ja siten lievittää kipukokemusta. (Beck 1991; Lehikoinen 2008, 198.)

On huomioitavaa, että mielikuvaharjoitukset soveltuvat parhaiten lievän ja akuutin kivun hoitoon (Elomaa & Estlander 2009, 249). Mielikuvaharjoituksia ei siis tulisi käyttää ikääntyneellä saattohoitopotilaalla, joka voi kärsiä kovista syöpäkivuista.

Kuulokyky alkaa heikentyä jo keski-iässä. Yleensä huonokuuloisuus ikääntyneellä aiheutuu ikähuonokuuloisuudesta, johon liittyy myös tinnitus. Tinnitus itsessään voi heikentää merkittävästi elämänlaatua. (Lupsakko & Ikäheimo 2008, 147, 150.) Potilaalla tulisi olla riittävän hyvä kuulo tai kuuloapuvälineitä, jotta hänen kivunhoidossaan voidaan käyttää rentoutus- mielikuva- ja musiikkimenetelmiä. Toisaalta huonokuuloisuus vaikuttaa myös vuorovaikutukseen ympärillä olevien läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa, joka edesauttaa psyykkisen kivun syntymistä.

Saattohoitopotilaan oma hengellinen vakaumus voi auttaa kivulta suojaavien mekanismien vahvistumisesta (Finne- Soveri 2008, 206). Luukkaisen ja Palviaisen (2008, 38) tutkimuksessa hengellisen avun tarjoaminen korostui niille potilaille, jotka sitä kaipasivat. Ikääntyneellä saattohoitopotilaalla oma usko voi olla hyvinkin suuri osa elämää, jota tulee kunnioittaa, ja jolle on annettava tilaa kaiken muun hoidon keskellä.

Kosketuksella on todettu kipua lievittävä vaikutus. Palviaisen ja Luukkaisen (2008, 37) tutkimuksen mukaan kosketus on yksi tärkeimmistä lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Huomioitavaa kuitenkin on, että ikäihmisen iho on ohentunut ja sen takia liian kova hieronta voi vaurioittaa ihoa ja kudoksia. (Kankkunen 2008, 261.) Hieronta aikaansaa miellyttäviä tuntemuksia, jotka osaltaan myös lievittävät kipua. Hieronnan merkitystä ei kuitenkaan kivunhoidossa ole tieteellisesti todistettu. Hieronnalle on myös vasta-aiheita, joita ovat muun muassa erilaiset kasvaimet. (Vainio 2002, 204; Luukkainen & Palviainen 2008, 11.)

Tutkimustulokset tuntuvat kuitenkin olevan ristiriitaisia, sillä Arokosken (2015) mukaan hieronnalla on kipua lievittävä vaikutus, mutta sen ei kuitenkaan ole todettu olevan pitkäaikaista. Pohjolaisen mukaan hieronnalle vasta-aiheita ovat myös erilaiset tulehdukset kuten märkäpaiseet, vaikeat suonikohjut, hiljattain sairastettu laskimotukos ja verenvuototauti. Potilaalla, jolla on keskushermostoperäinen halvaus, hieronta voi pahentaa spastisuutta. Koska hieronta lisää aineenvaihduntaa, se voi lisätä kudosten hypoksiaa ateroskleroosia sairastavilla. (2009, 240.) Nämä tekijät huomioon ottaen hieronta sopii myös ikääntyneelle saattohoitopotilaalle.

Ummetusta ja sen aiheuttamaa kipua voidaan ehkäistä runsaskuituisella ruokavaliolla. Kaikki kasvikunnan tuotteet sisältävät runsaasti kuituja. Luumut ja viikunat sisältävät suolen toimintaa lisääviä aineita runsaan kuitupitoisuuden lisäksi. Ummetuksen ehkäisyyn auttaa myös runsas nesteen juonti, jota tulisikin juoda vähintään kaksi litraa päivittäin. Lisäksi liikunta ja säännöllinen ulostusrytmi ehkäisevät ummetusta. (Mustajoki 2016.)

Saattohoitopotilaalle on kuitenkin ehkä tärkeämpää terveellisen ruuan sijasta saada nauttia kauniisti tarjotusta mieluisesta ruuasta. Potilas voi myös tarvita useampia, mutta pienempiä aterioita päivän aikaan. Kun potilaan tila etenee niin pitkälle, että hän ei enää kykene syömään tai juomaan, tällä ei ole enää merkitystä potilaan tilan kannalta. (Laakkonen, Hänninen & Pitkälä 2009, 482.) Saattohoitopotilaan statuksesta huolimatta hyväkuntoiselle potilaalle tulee ohjata ruokavaliollisia ja liikunnallisia asioita ummetuksen ehkäisemiseksi. On kuitenkin muistettava, että suolen toimintaa edistäviä lääkkeitä on hyvä ottaa ruokavalion rinnalle ummetuksen uhatessa, jottei sitä pääsisi syntymään.

Liikkuminen on ihmisen perustarve ja potilaalla on myös silloin oikeus liikkua, kun hänellä on parantumaton ja kuolemaan johtava tauti. Fysioterapialla on kivun lievityksen ohella merkitystä myös toivon ja elämänlaadun ylläpitämisessä, sillä se voi lievittää myös pelkoa. Fyysinen toimintakyky voi tuoda potilaalle arvokkuuden ja riippumattomuuden tunteen, sekä iloa omasta kyvykkyydestä tehdä asioita. Vuodepotilaiden kohdalla fysioterapia on usein raajojen nostamista kohoasentoon turvotusten, ja siten myös kipujen vähentämiseksi. Vuodepotilailla myös nivelten jäykistyminen voi aiheuttaa kipua, jota voidaan ennaltaehkäistä fysioterapeuttisilla liikeratojen liikehoidoilla. Fysioterapiaa voidaan käyttää myös saattohoitopotilaiden omaisten tukemisessa, sillä heitä voidaan neuvoa esimerkiksi apuvälineiden käytössä, jotta he voivat auttaa läheistään vaikkapa vuoteessa kääntymisessä. (Mitä tarkoittaa palliatiivinen fysioterapia? n.d.) Fysioterapiaa voidaan käyttää ikääntyneiden saattohoitopotilaiden kohdalla yhtä lailla kuin nuorempienkin saattohoitopotilaiden kohdalla. Fysioterapiaa toteuttaa fysioterapeutti, ja hänen työskentelynsä esimerkiksi liikeratojen liikutteluun voi vaikuttaa niveliin levinneet kasvaimet. Fysioterapia on ehdottomasti hyödyllinen lääkkeetön kivunlievitysmenetelmä sen fyysisten, mutta myös psyykkisten hyötyjen vuoksi.

Huomioitavaa on, että akupunktion tehoa pitkäaikaisessa kivunlievityksessä ja toimintakyvyn paranemisessa ei ole pystytty todentamaan (Arokoski 2015, 14). On kuitenkin todettu, että akupunktio on hyödyllinen muun muassa selkävaivojen hoidossa (Pohjolainen 2009, 241). Ikääntyneelle huimausoireita ja pyörtymistä voivat aiheuttaa tasapainojärjestelmän heikkeneminen, keskushermoston säätelymekanismien hidastuminen, sekä eri sydän- ja verisuoniperäiset taudit, jotka voivat laskea verenpainetta (Tilvis 2016, 324). Akupunktiohoito itsessään saattaa laskea verenpainetta ja pyörtymisen riski voi kohota, joten sen käyttöä ikäihmisen kivunhoidossa tulee käyttää yksilöllisesti (Pohjolainen 2009, 242).

Vaikka saattohoitopotilaalla iästä riippumatta ei ole toivoa parantua enää sairaudestaan, sairaanhoitajan on silti noudatettava hoitotyössään kaikkia eettisiä periaatteitaan kuten

välittämistä, turvallisuuden tunteen luomista, huolenpitoa, kuntouttavaa työtettä sekä voimavaralähtöistä hoitotyötä. Nämä ovat potilaan viimeisiä oikeuksia. Elvytyskielto ei koskaan tarkoita hoitamatta jättämistä.

Taulukko 2: Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ja soveltuvuus ikääntyneelle

<b>Lääkkeetön kivunhoidon menetelmä:</b>	<b>Erityispiirteet ikääntyneelle:</b>
Virikkeet, aktiivisuuden ylläpito	-
Omahoitajuus	-
Sädehoito	Hyvä kognitiivinen tila
Immobilisaatio	Arvioitava toimintakyvyn ja menetelmän hyöty-haittasuhdetta
Kuivan suun hoito	Tajunnan taso, hyvä kognitiivinen tila
TNS-hoito	Hyvä kognitiivinen tila, yhteistyökyky, huomioitava kosketusherkät alueet, kasvaimet, ihottumat ja verenvuototaipumus.
Luottamus	-
Lämpöhoito	Ei voida käyttää, jos potilaalla ihottumaa, tulehduksia, huono valtimoverenkierto, rytmihäiriöitä, sydänsairauksia tai verenvuotosairaudet.
Kylmähoito	Vasta-aiheita huono verenkierto, tunnottomat iho-alueet, urtikaria ja kylmäallergia.
Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät (mielikuva-, rentoutus- ja hengitysharjoitukset ja musiikkiterapia)	Hyvä kognitiivinen tila, kuulo, tarvittaessa omaiset voivat toteuttaa menetelmiä. Mielikuvaharjoitukset sopivat lievään ja akuuttiin kipuun.
Hengellinen vakaumus	-
Kosketus	Ohut iho, kasvaimet, tulehdukset, märkäpaiseet, suonikohjut, laskimotukokset, verenvuototauti, keskushermostoperäinen halvaus ja ateroskleroosi.
Ummetuksen hoito	-
Fysioterapia	Huomioitava niveliin levinneet kasvaimet.
Akupunktio	Matala verenpaine

## 8 POHDINTA

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli kiinnostava mutta se loi myös haasteita muun muassa sopivan aineiston hankinnassa. Opinnäytetyössämme ongelmaksi muodostui se, että aineistoa ei löytynyt rajauksellamme ikääntyneen saattohoitopotilaan lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Aineistoa löytyi saattohoidosta ja lääkkeettömistä menetelmistä yleisesti, mutta niitä ei oltu kohdistettu ikääntyneille. Toisaalta tämä kertoi siitä, että opinnäytetyöllemme oli tarvetta. Näin ollen meidän tuli itse yhdistellä, tulkita ja muokata löytämäämme tietoa saattohoidossa käytettävistä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ikääntyneille sopiviksi. Meidän tuli tutkia ikääntyneiden elimistössä tapahtuvia muutoksia, jotka voisivat olla vasta-aiheisia joillekin lääkkeettömille kivunhoidon muodoille. Aineiston analyysiä vaikeutti lääkkeettömien hoitomuotojen osittainen limittyneisyys.

Totesimme, että saattohoidossa korostuu potilaan kokonaisvaltainen hoitotyö. Potilas on nähtävä psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena, jolla on omat yksilölliset tarpeensa, mieltymyksensä ja ominaisuutensa, jotka kaikki vaikuttavat osaltaan kivunhoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

Tavoitteenamme oli löytää siis kattavasti tietoa kaikista eri ulottuvuuksien menetelmistä. Oli hyvä, että löysimme enemmän tietoa fyysisistä ja psyykkisistä menetelmistä, koska sosiaalisista ja hengellisistä menetelmistä löytyi niukemmin tietoa. Tällöin saimme kuitenkin koottua kattavan katsauksen eri menetelmistä toimeksiantajallemme.

Arvioimme, että lääkkeettömiä kivunlievityksen menetelmiä käytetään vähemmän hoitotyössä, koska Kankkusen mukaan niistä on vähemmän tutkittua tietoa kuin lääkkeellisistä menetelmistä. Kankkunen myös toteaa, että enemmän kuin yhtä lääkkeetöntä kivunlievitysmenetelmää käyttämällä saadaan aikaan suurempi vaste kivunlievityksessä. (Kankkunen 2008, 205, 261.)

Olimme yllättyneitä siitä, kuinka merkittävää psyykkinen ja sosiaalinen tuki voi olla saattohoitopotilaalle kivun lievittämisessä. Aineistoja tutkiessamme huomasimme, että näistä oli enemmän mainintaa, kuin fyysisistä kivunlievitysmenetelmistä. Meidän oman kokemuksemme perusteella olemme havainneet, että näitä menetelmiä käytetään kuitenkin vähemmän kuin lääkkeellisiä. Voisiko ajanpuute ja kiire vaikuttaa siihen, että menetelmiä ei ehditä toteuttaa riittävästi? On myös huomattava, että lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät ovat edullisia verrattuna lääkehoitoon.

Omaiset kuuluvat osaksi sosiaalista kivunhoitoa. Omaiset ovatkin merkittävässä asemassa palliatiivisessa hoidossa, mutta useimmiten he myötäelävät läheisensä lähestyvää kuolemaa voimakkaasti. Tällöin myös heidän tarpeisiinsa on vastattava. Se miten heidät on kohdattu, vaikuttaa siihen ovatko he kokeneet läheisensä hoidon hyväksi vai huonoksi. (Juhela 2015, 280.) Vaikka omaisilla voi olla kipua lievittävä vaikutus, he voivat myös siirtää huomaamattaan omaa suruaan tai pahaan oloaan kuolevaan.

Fysioterapia lääkkeettömänä kivunhoidon menetelmänä on hyvä ja tarpeellinen menetelmä, mutta oman kokemuksemme perusteella sitä voisi käyttää enemmän. Vastaavasti immobilisaatioon saatetaan turvautua liian varhaisessa vaiheessa. Tähän tosin voi vaikuttaa se, että ei tiedetä kuinka paljon saattohoitopotilas uskaltaa tai kuinka paljon häntä uskalletaan liikutella.

Musiikkiterapian totesimme hyödylliseksi menetelmäksi kivunhoidossa mutta on muistettava, että sairaanhoitaja ei ole pätevä sitä toteuttamaan ilman asianmukaista musiikkiterapeutin koulutusta. Sairanhoitaja voi kuitenkin soittaa potilaalle mieluista musiikkia. Fysioterapiaa ei myöskään voi toteuttaa siihen kouluttautumaton henkilö. Tällöin sairaanhoitaja on avainasemassa moniammatillisen tiimin kokoamisessa.

## 8.1 Eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus on toteutettu noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettisyyttä tulee pohtia jo tutkimusaiheen valinnasta lähtien. Tutkimuskysymyksiä mietittäessä tulee pohtia sitä, kenen ehdoilla tutkimuskohde on valittu, sekä miksi tutkimustyöhön ylipäänsä ryhdytään. Aiheen valinnassa voidaan pohtia samalla sen yhteiskunnallista merkittävyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23-25.) Meille opinnäytetyön aihe valikoitui melko helposti, koska molemmat olemme aina olleet kiinnostuneita ikäihmisistä. Opinnäytetyö vastasi siis meidän mielenkiintoon, mutta samalla myös ammatillisiin tarpeisiin hyvän saattohoidon toteuttamisesta. Kuten edellä kerroimme, saattohoitoon liittyvällä opinnäytetyöllämme oli myös yhteiskunnallista merkitystä, koska saattohoito on päivittäistä maassamme.

Eettiseksi kysymyksiksi opinnäytetyön prosessin aikana nousee erityisesti muiden kirjoittaman tekstin käyttöönottoon liittyen. Esimerkiksi; saammeko käyttää tätä lähteenämme? Kuinka toisen kirjoittamaa tekstiä käsitellään? Opinnäytetyössämme käytettäviä lähteitä on lupa käyttää tekijänoikeuslain mukaisesti: "Julkistetusta teoksesta on lupa hyvän tavan

mukaisesti ottaa lainauksia tarkoituksen edellyttämässä laajuudessa." (Tekijänoikeuslaki § 22). Toisten tekstiä ei saa plagioida, joka siis tarkoittaa luvaton lainaamista. Luvaton lainaamista on kaikki toiminta, jossa toisen kirjoittamaa tekstiä esitetään omana. Toisen tekstiä lainattaessa on lainaus merkittävä asianmukaisesti lähdemerkintöinä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26.)

Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on kirjannut tieteellisten menettelytapojen noudattamisen ohjeet. Opinnäytetyötä tehdessämme noudatimme näitä ohjeita, jolloin toimintatapojamme ohjasivat rehellisyys, tarkkuus ja yleinen huolellisuus tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Tutkimustyötä tehdessämme käytimme eettisesti kestäviä, eli avoimia tiedonhankintamenetelmiä. Koko tutkimusprosessimme on esitelty avoimesti tässä opinnäytetyössä, joka on myös yksi tutkimuksen eettisistä lähtökohdista. Eettisesti tärkeää oli myös ottaa huomioon ja antaa arvo muiden tutkijoiden työlle ja saavutuksille niitä kunnioittaen. Hirsjärvi ym. ovat myös määritelleet keskeiset työskentelyssä huomioon otettavat periaatteet, joita myös me noudatimme opinnäytetyöprosessissämme. Periaatteina olivat, ettei toisten tekstiä plagioida, raportointi ei ollut harhaanjohtavaa eikä puutteellista, tuloksia emme yleistäneet kritiikittömästi ja muiden tutkijoiden osuutta emme vähätelleet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26-27.)

## 8.2 Luotettavuus

Opinnäytetyössämme on laadullisen tutkimuksen piirteitä, joten luotettavuus on erittäin tärkeä lähtökohta. Luotettavuus nousee esille erityisesti tutkimusaineiston keruussa, aineistojen tulkitsemisessä ja raportoinnissa. Luotettavuuden arvioinnissa käytetään kuutta eri kriteeriä, jotka takaavat riittävän tutkimusaineiston luotettavuuden. Kriteerejä ovat uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, merkityksellisyys, toistuvuus, kyllästeisyys sekä siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkija löytää tutkittavasta aiheestaan totuuden. Tutkijan pitää pystyä todistamaan aineistonsa oikeaksi niin, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon. On tärkeää, että tutkittava ilmiö on toistuvaa eikä satunnaisena esiintyvää. Luotettavuuden kriteerinä pidetään myös kyllästeisyyttä, jossa tutkija on etsinyt ja löytänyt mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijan on myös pystyttävä tulosten siirrettävyyteen, jossa tutkimustuloksia voidaan siirtää muihinkin konteksteihin, mutta tulkinnat eivät silti muuta muotoaan. (Aineistolähtöinen tutkimus n.d)

Opinnäytetyömme onnistumisen yhtenä lähtökohtana voidaan pitää siis luotettavuuskriteerejä. Jo tutkimusaineiston hankkimisessa pyrimme löytämään mahdollisimman relevanttia tutkimusmateriaalia muistaen samalla lähdekriittisyyden ja näyttöön perustuvuuden. Käytimme aineistonhaussa luetettavia tietokantoja ja useampaa tietokantaa kuin yhtä. Pyrimme kirjallisuuskatsauksen avulla löytämään mahdollisimman kattavasti ja monipuolisesti aineistoa opinnäytetyöhöemme. Paransimme kirjallisuuskatsauksemme luotettavuutta tarkistamalla alkuperäislähteet. Vastaan tuli alkuperäislähteitä, joissa oli puutteellisia lähdemerkintöjä, julkaisuvuosi uupui tai kirjoittajan taustaa ei pystynyt varmistamaan. Nämä lähteet jätimme pois välittömästi.

Tulkitsimme aineistoa mahdollisimman tarkasti ja pyrimme välttämään virhetulkintojen tekemistä. Tästä syystä otimme mukaan vain yhden englanninkielisen artikkelin, jottei virhetulkintojen riski kasvaisi vierasta kieltä suomennettaessa. Aineistoa etsiessämme kiinnitimme huomiota sen kyllästeisyyteen ja toistuvuuteen, eli minkä verran tutkittavasta ilmiöstä löytyi toisintaa eri lähteistä. Yhdessä löytämässämme aineistossa mainittiin manipulaatiohoito ja kirurgiset menetelmät kivunhoidossa, joten niiden käyttö vain yhden maininnan perusteella ei ollut luotettavaa. Vastaavasti kylmä- ja lämpöhoidoista, sekä musiikin käyttämisestä kivunhoidossa löytyi tietoa useammasta aineistoyksiköstämme. Vaikka kaikki aineistoyksikkömme olivat sisäänottokriteerimme mukaisesti sijoittuneet julkaisuvuodeltaan 2006 - 2017 vuosien välille, oli niissä kuitenkin käytetty meidän kriteeriämme vanhempia alkuperäisteoksia. Näin ollen meidän tuli kyetä arvioimaan tiedon relevanttutta nykypäivänä.

Johtopäätösten luotettavuuteen on voinut vaikuttaa se, että jouduimme itse etsimään ensin tietoa ikäihmisten kivunhoitoon vaikuttavista erityispiirteistä. Tulosten luotettavuutta kuitenkin parantane se, että käytimme niiden kirjoittamiseen suurimmaksi osaksi Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin teoksia. Sen jälkeen perustelimme ja tulkitsimme, miten aineistosta löytämämme tieto soveltuu ikäihmisille. Luotettavuuttamme lisäsi se, että useissa teoksissa kirjoittajana oli Terhokodin johtaja, ylilääkäri Juha Hänninen, jolla on palliatiivisen lääketieteen erikoispätevyys. Lisäksi myös anestesiologian erikoislääkäri ja kipulääkäri Anneli Vainion julkaisuja tuli useasti vastaan, joita voidaan pitää luotettavana. Johtopäätöksemme ovat siirrettävissä myös muihin konteksteihin, sillä lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä voidaan käyttää myös parantavassa hoidossa, sekä aikuisväestölle.



### 8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö kuuluu sairaanhoitajan opintoihin, joten olemme käyttäneet sairaanhoitajan kompetensseja arvioidessamme ammatillista kasvuamme. Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajien kompetenssit, eli osaamiskuvaukset koostuvat asiakaslähtöisyyden, hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden, johtamisen ja yrittämisen, kliinisen hoitotyön, näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon, ohjaus- ja opetusosaamisen, terveyden ja toimintakyvyn edistämisen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön ja sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ja turvallisuuden osaamistavoitteista. Ammattikorkeakoulut ovat määritelleet nämä sairaanhoitajien kompetenssit yhdessä työelämän edustajien kanssa. Nämä valmiudet opiskelijan tulee omata hänen valmistuessa ammattiinsa. Ne kuvaavat pätevyyttä ja kykyä suoriutua ammatissa eteen tulevista työtehtävistä. (Opinto-opas Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014 - 2015, 2-4.)

Asiakaslähtöisyyttä ja saattohoitopotilaan kivunlievitystä yhdessä tarkastellessa on otettava huomioon, että potilas on oman kipunsa asiantuntija ja hänen yksilölliset tarpeensa on otettava huomioon. Saattohoitopotilaan kanssa työskennellessä eettisyys nousee vahvasti esiin. Itsemääräämisoikeus on tärkeää, jolloin on otettava huomioon mm. potilaan viimeiset toiveet. Eettisesti itsemääräämisoikeuden ohella on erittäin tärkeää tarjota potilaalle hyvä ja kivuton kuolema.

Kompetenssien mukaisesti sairaanhoitajalla on oltava tarvittavat valmiudet potilaan psykososiaaliseen tukemiseen. Saattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa, johon kuuluu kliinisen osaamisen ohella myös psyykkisen, hengellisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Yksi tärkeimmistä kompetensseista saattohoidon kannalta on laatu ja turvallisuus, jolloin potilaalla on oikeus turvalliseen kuolemaan. Tämä sisältää myös potilaan tietosuojan.

Hyvässä saattohoidossa on otettava huomioon näyttöön perustuva tieto muun muassa hoitomenetelmiä valittaessa ja niiden kehittämisessä. Lisäksi opinnäytetyömme tuki asiantuntijuutemme kehittymistä siten, että sairaanhoitajalla on oltava saattohoitopotilaan kanssa työskennellessä valmiudet tekniikan - kuten erilaisten koneiden ja potilastietojärjestelmien käyttöön.

Oppimisprosessina opinnäytetyön tekeminen oli tarpeellinen, sillä sen avulla pääsimme syventymään koko tutkimusprosessiin, sekä valittuun aiheeseemme. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme etsimään relevanttia tutkimustietoa. Tulevassa työssämme osaamme

hankkia ja käyttää riittävän luotettavia ja ajantasaisia lähteitä sekä perustella valitsemiamme hoitokäytänteitä näyttöön perustuvalla tiedolla. Tutkimuksen teon kannalta erilaiset käsitteet, kuten kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä ja aineiston analysointi tulivat tutuiksi. Saimme runsaasti uutta tietoa lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ja niiden soveltuvuudesta ikäihmisille. Lisäksi perehdyimme myös kivun arviointimenetelmiin, jotka ovat tärkeä osa riittävää kivunhoitoa.

Opinnäytetyön tekeminen vahvisti kärsivällisyyttämme ja ongelmanratkaisutaitojamme, sillä vastoinikäymisiin esimerkiksi aineistonhaussa jouduimme pohtimaan ja etsimään ratkaisuja. Ongelmanratkaisussa kehitimme moniammatillisuuttamme tekemällä yhteistyötä informaatikon ja opinnäytetyön ohjaavan opettajan kanssa. Prosessi kesti reilun vuoden, joka vaati meiltä pitkäjänteisyyttä, ajankäytönhallintaa ja yhteistyötaitoja.

#### 8.4 Jatkotutkimusaiheet

Mielestämme sellaiselle opinnäytetyölle voisi olla tarvetta, jossa käsitellään saattohoitopotilaiden omaa näkemystä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien vaikuttavuudesta, sekä mitkä niistä soveltuisivat lapsille parhaiten. Toisaalta myös omaisten ja omaishoitajien näkökulmat hyväksi koetuista lääkkeettömistä menetelmistä (joita he kenties ovat voineet myös itse käyttää) voisivat olla kiinnostava ja tarpeellinen aihe. Tutkimuksia voitaisiin tehdä myös pelkästään keskittyen kognitiivis-behavioraalisiin menetelmiin, jotka meistä tuntuivat erityisen mielenkiintoisilta.

## 9 LÄHTEET

Aineistolähtöinen tutkimus. Opinnäytetyö-pakki. N.d. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2016. <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

Anttila, K. , Hirvelä, M. , Jaatinen, T. , Polviander, M. , Puska, E-L. 2011. Sairaanhoidon ja huolenpito. Helsinki: WSOYpro Oy.

Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. Sic! Lääketietoa fimeasta vol. 5 no. 4 s. 13-15.

Attila, M. 1998. Omaisten kokemuksia vanhusten sairaaloissa kuolleiden läheistensä hoidosta ja kuolemasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Bailey, L. 1983. The Effects of Live Music versus Tape-Recorded Music on Hospitalized Cancer Patients. Lehdessä Music Therapy. Vol. 3, No.1. The Journal of the American Association for Music Therapy.

Beck, S. 1991. The Therapeutic Use of Music for Cancer-Related Pain. Lehdessä Oncology Nursing Forum. Vol. 18, No 8.

Dileo-Maranto, C.1999. Musiikin sovellutukset lääketieteessä. Teoksessa M. Heal & T. Wigram (toim.) Musiikkiterapia hoitotyössä ja kasvatuksessa. Helsinki: Hakapaino Oy. 157-176.

Eagle, C. & Harsh, J. 1988. Elements of Pain and Music: The Aio Connection. Lehdessä Music Therapy. Vol. 7 No.1. The Journal of the American Association for Music Therapy.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kipu. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 249.

ESAS – oirekysely potilaan oireenmukaiseen arviointiin(pdf) 2014. PKSSK. viitattu 13.11.2016 <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/ESAS.pdf?inheritRedirect=true>

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

Finne-Soveri, H. 2008. Kipu. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 190-194, 206.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.

Haanpää, M. & Pohjolainen, T. 2009. Stimulaatiomenetelmät. Teoksessa Kipu. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Keuruu: Otava. 231.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoitohaaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: Werner Söderström Oy

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Keuruu: Otava.

Hoikka, A. 2013. Lääkkeetön kivunhoito. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.4.2016. <https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Riika: Kustannus Oy Duodecim. 256.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2004. Lääketiede, kärsimys ja kuolema. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. 248.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja.

Hänninen, J. & Anttonen, M-S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto. 23-36.

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Sic! Lääketietoa Fimeasta 4/2015 Viitattu 9.2.2017 [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kuolevan-kipu](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu)

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Helsinki: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys.

Ikola, T. & Kuuppelonmäki, M. 2000. Potilaan hengellinen tukeminen. Teoksessa E. Eriksson & M. Kuuppelonmäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Ikääntymisen määrittely. 2014. Vernerinet. Viitattu 2.5.2017. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Juhela, P. 2015. Sairauden vaikutus läheisiin ja työntekijöihin. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. Riika: Kustannus Oy Duodecim. 280.

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otava. 470-475.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Keuruu: Otava. 76.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Py. 69-74.

Kilpeläinen, J. 2010. Palliatiivisen potilaan lääkkeetön kivunhoito ja siihen liittyvän moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, Syöpäsairaanhoitaja vol. 18 no. 3, 7-13.

Kinghorn, S. 2005. Communication in advanced illness: challenges and opportunities. Teoksessa Kinghorn, S. & Gamlin, R. (toim.) Palliative Nursing. Bringing Comfort and Hope. London: Baillière Tindall

Kipu. 2015. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.9.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Kiviluoma, S. & Viteli, E. 2016. Lääkkeetön kivunhoito saattohoidossa. Ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.3.2017. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112230/Kiviluoma\\_Sanni%20ja%20Viteli\\_Erika.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/112230/Kiviluoma_Sanni%20ja%20Viteli_Erika.pdf?sequence=1)

Kivun arviointi ja mittaaminen. "Silta toiselle rannalle" -saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011-2012. Saattohoito Opas työntekijöille. Viitattu 6.4.2016

[https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahU-KEwiM3fHo4fnLAh-WFiywKHSmWC\\_IQFghbMAk&url=http%3A%2F%2Fwww.dila.fi%2Ffiles%2F765%2FSaatto-hoito\\_opas.docx&usq=AFQjCNGjx2Z\\_szyV0szKlqoo3aXr2iR-PaA&cad=rja](https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahU-KEwiM3fHo4fnLAh-WFiywKHSmWC_IQFghbMAk&url=http%3A%2F%2Fwww.dila.fi%2Ffiles%2F765%2FSaatto-hoito_opas.docx&usq=AFQjCNGjx2Z_szyV0szKlqoo3aXr2iR-PaA&cad=rja)

Kuolevan hoito – yhteinen vastuu. N.d. Terhokoti. Viitattu 2.5.2017. <http://terho.fi/Yhteisvastuu/Projektisuunnitelma>

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 14.2.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositus-set/suositus;jsessionid=E1C4A01A9238D0D89DD0145B43365863?id=hoi50063&ver-sio=pdf#NaN>

Kuuppelonmäki, M. 2000. Sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään. Teoksessa E. Eriksson & M. Kuuppelonmäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 160-161.

Laakkonen, M-L., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2016. Kuolevan oireiden hoito. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Stranberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Tallinna: Printon. 482.

Lankinen, J. 2001. Syöpäpotilaan pastoraaliset odotukset. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Lehikoinen, J. 2008. Musiikkiterapiaa Manhattanilla. Musiikkiterapia-lehti. Vol 23 nro 2, 191-208.

Lehtonen, J. 2011. Tietoisuuden ruumiillisuus. Mieli, aivot ja olemassaolon tunne. Helsinki: Duodecim.

Lilja- Viherlampi, L.-M. (toim.) 2013, Ihmisääni musiikkiterapian työvälineenä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 86.

Lupsakko, T. & Ikäheimo, K. 2008. Iäkkäiden aistiongelmät: kun ei kuule ja näkökin reistaa. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita. 147, 150.

- Luukkainen, M. & Palviainen, E. 2008. Lääkkeettömät kivunhoidon auttamismenetelmät saattohoitotyössä henkilökunnan kuvaamina. Ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Karelia ammattikorkeakoulu.
- Mattila, A-L. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa J. Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Keuruu: Otava. 41.
- Meurman, J. 2016. Vanhus ja suu. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Stranberg, R. Sulka & M. Viitanen (toim.) Geriatria. Tallinna: Printon. 312.
- Mitä tarkoittaa palliatiivinen fysioterapia? N.d. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 7.3.2017. <http://www.pkssk.fi/palliatiivinen-fysioterapia>
- Morrison, L. & S. Morrison. 2006. Palliative Care and Pain Management. The Medical Clinics of North America. vol. 90 no. 5. 983-1004.
- Mustajoki, P. 2016. Ummetus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 27.3.2017 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00092](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092)
- Niemeläinen, V. 2013. Ääni siltana kuolemaan- äänityöskentely saattohoidossa. Teoksessa L-M. Lilja- Viherlampi (toim.) Ihmisääni musiikkiterapian työvälineenä. Tampere: Juvenes Print Oy. 62-64.
- Näyttöön perustuva toiminta, vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. 2016. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 4.12.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perus-tuva-toiminta>
- Opinto-opas Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014-2015. Kajaanin ammattikorkeakoulu University of applied sciences. Viitattu 25.3.2016. <https://www.kamk.fi/loader.aspx?id=36e411a0-b112-4528-9723-38df417e7e1f>
- Palliatiivinen hoito. 2016. Valvira Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 6.4.2016 <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittamien/elan-loppuvaiheen-hoito/palliatiivinen-hoito>
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa. 2014. PKSSK. Viitattu 7.11.2016 <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön. Viitattu 24.8.2016. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy. 239, 241-242.

Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, T. & Pietilä, A-M. 2001. Non-pharmacological methods in relieving children`s postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. Teoksessa T. Pölkki. 2002. Postoperative Pain Management in Hospitalized Children. Focus on Non-pharmacological Pain Relieving Methods from the Viewpoints of Nurses, Parents and Children. Kuopion yliopisto. 19-46.

Rönkkö, S. & Saarnio, M. 2016. Ikäihmisen kivunhoito, Opas Köpsinrinteen palvelukeskukseen. Ammattikorkeakoulu opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu.

Saattohoito. 2015. Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 11.4.2016. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppu-vaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppu-vaiheen_hoito/saattohoito)

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa E. Sailo & A-M. Varti (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi. 37.

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

Saloheimo, R. 1989. Musiikkiterapiasta pitkäaikaissairaiden ja päihdeongelmaisten hoidossa. Teoksessa K. Lehtonen (toim.) Musiikki terveyden edistäjänä. Helsinki: WSOY, 98 – 105.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turun yliopisto. Turku: Turun yliopisto.

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404. Opetusministeriö. 8.7.1961 Viitattu 5.9.2016

Tilvis, R. 2016. Vanhuksen huimaus. Teoksessa Geriatria. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (toim.) Tallinna: Printon. 324.



Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Uvnäs-Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus Oksitosiinin parantava vaikutus. Helsinki: Edita

Vainio, A. 1993. Inhimillinen kuolema Saattohoito Suomessa. Helsinki: LIKE kirjapaino

Vainio, A. 2002. Kiihottavatko stimulaatiomenetelmät kivun pois. Teoksessa E. Kalso & A. Vainio (toim.) Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus. 176-179, 182, 187, 203-204, 344.

Vainio, A. 2002. Mielen hoito – psykoterapia ja käyttäytymisterapia. Teoksessa E. Kalso & A. Vainio (toim.) Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus. 202.

Vainio, A. 2002. Ruumiin hoito – fysioterapia. Teoksessa E. Kalso & A. Vainio (toim.) Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus. 200, 203-204.

Vanhuuskuolema Konsensuslausuma 2014. Paneeli. Viitattu 8.12.2016 [https://www.duo-decim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/2014konsensuslausuma\\_2014.pdf](https://www.duo-decim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/2014konsensuslausuma_2014.pdf)

Kuvien lähdeviitteet:

KUVA 1: Haanpää, M. , Kauppila, T. , Eklund, M. , Granström, V. , Hagelberg, N. , Hannonen, P. , Kyllönen E. , Kyrö, M. , Loukusa-Nieminen, T. , Luutonen, S. , Telakivi, T. , Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. VAS-kipujana ja NRS numeerinen luokittelu. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja Työeläkevaakuttajat Tela. Viitattu 16.2.2017 [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=fac00018](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018)

KUVA 2: Haanpää, M. , Kauppila, T. , Eklund, M. , Granström, V. , Hagelberg, N. , Hannonen, P. , Kyllönen E. , Kyrö, M. , Loukusa-Nieminen, T. , Luutonen, S. , Telakivi, T. , Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Kipupiiirros. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja Työeläkevaakuttajat Tela. Viitattu 16.2.2017 [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p\\_artikkeli=fac00018](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018)

KUVA 3: Kivunhoito. 2015. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 16.2.2017 <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/kivunhoito.aspx>

KUVA 4: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittauksen pitkälle edenneessä dementiassa. 2014. PKSSK. Viitattu 7.11.2016

<http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

KUVA 5: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mit-  
taukseen pitkälle edenneessä dementiassa. 2014. PKSSK. Viitattu 7.11.2016

<http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

## Liitteet

## Liite 1

Tutkimuksen tekijät	Julkaisuajan kohta	Tutkimuksen nimi	Aineiston muoto	Keskeiset tulokset
Lilja-Viherlampi, Liisa-Maria (toim.)	2013	Ihmisiäni musiikkiterapian työvälineenä	Opetusmateriaali	Musiikkiterapia sopiva saattohoitopotilaalle, koska se vaatii vain läsnäolon. Musiikin aikaansaamat positiiviset vaikutukset potilaassa.
Luukkainen, Mira & Palviainen, Elina	2008	Lääkkeettömät kivunhoidon auttamismenetelmät saattohoitotyössä henkilökunnan kuvamina	Opinnäytetyö	Hoitohenkilökunnan mukaan asentohoito ja psykologiset kivunlievitysmenetelmät, kuten läsnäolo ovat tehokkaimpia. Lääkkeettömät menetelmät tulee kuitenkin yhdistää lääkkeellisiin ollakseen kokonaisvaltaisesti toimiva kivun lievityksessä.
Kilpeläinen, Johanna	2010	Palliativisen potilaan lääkkeetön kivunhoito ja siihen liittyvän moniammatillisen yhteistyön kehittäminen	Lehtiartikkeli	Sairastuminen saa aikaan sosiaalista kipua eri tavoin, hengellinen vakaus voi olla voimavara, väsymys/masennus madaltaa kipukynnystä. Psykologiset kivunhallintakeinot ja vuorovaikutus ovat tärkeitä kivun lievittämisessä.
Arokoski, Jari	2015	Kipu haltuun fysiatrian keinoin	Lehtiartikkeli	Fysiatrisia lääkkeitömiä kivunlievityksen menetelmiä on useita. Niitä voi soveltaen

				käyttää TULES-vai-voista saattohoito-potilaaseen.
Kiviluoma, Sanni & Viteli, Erika	2016	Lääkkeetön kivunhoito saattohoidossa	Opinnäytetyö	Esittelee ihmisen psyko-fyysis-sosiaalis-hengellisenä kokonaisuutena, jonka mukaan esitelty myös lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät.
Hänninen, Juha	2015	Kuolevan kipu	Lehtiartikkeli	Kipu on pelottava, potilaan omakohmainen kokemus, jolla on moninaisia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Kipua tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti.
Suomalainen lääkäriseura Duodecimin, Suomen anestesiologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä	2015	Kipu	Käypä hoito-suositus	Lääkkeetön hoito on kivunhoidon perusta. Keskeisimpiä menetelmiä ovat liikunta, kognitiivis-behavioraaliset menetelmät, kylmä- ja lämpöhoidot, terapeuttinen harjoittelu sekä TNS.
Lehikoinen, Jaana	2008	Matkakertomus, Musiikkiterapiaa Manhattanilla	Lehtiartikkeli	Elävä musiikki on vuorovaikutuksen vuoksi tehokkaampi keino kuin nauhoitettu musiikki.
Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä	2012	Kuolevan potilaan oireiden hoito	Käypä hoito-suositus	Oireenmukainen kivunhoito kuuluu kaikille ja on osa saattohoitopotilaan hoitoa. Esittelee kuolevan oireet jokaisen erikseen, joihin kaikkiin on kerrottu myös mahdolliset

				lääkkeettömät hoitomenetelmät.
Morrison, Laura & Morrison Sean	2006	Palliative care and Pain Management	Lehtiartikkeli	Kuolevalla on erilaisia oireita, joita voidaan hoitaa lääkkeellisesti sekä joissain tapauksissa lääkkeettömästi
Rönkkö, Sari & Saarnio, Marianne	2016	Ikäihmisen kivunhoito	Opinnäytetyö	Lämpö- ja kylmähoidot, hengitysharjoitukset auttavat rentoutumiseen, stressiin ja kipukokemuksen minimoimiseen.





