



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

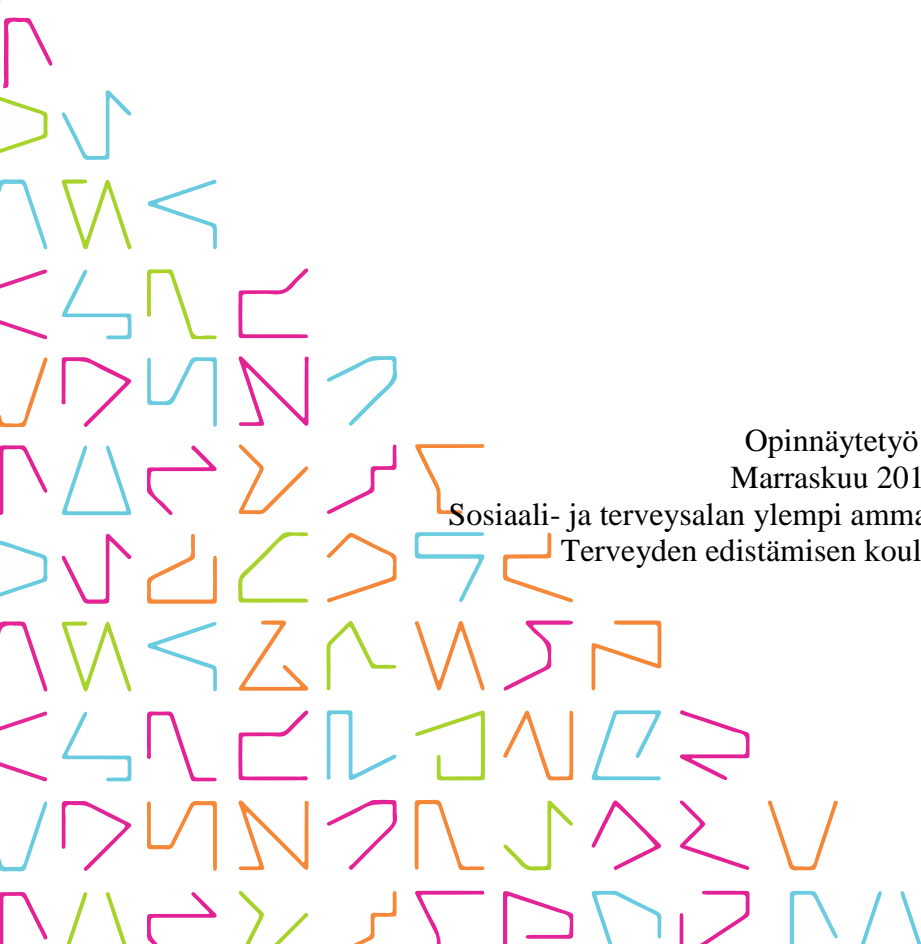
”TÄRKEINTÄ ON KIVUTTOMUUS”

Hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta

Sini Louhema

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistämisen koulutus (YAMK)



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistämisen koulutus

LOUHEMA, SINI:

”Tärkeintä on kivuttomuus”

Hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta

Opinnäytetyö 83 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Marraskuu 2015

Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 1986 syöpä kivun lääkehoidosta ohjeet, joita noudattamalla voi saada potilaan kivut hallintaan. Tästä huolimatta syöpä kivun hallitsemattomuus on edelleen suuri ongelma syöpään sairastuneilla henkilöillä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta eräässä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden yksikössä. Hoitohenkilöstö koostuu sairaanhoitajista ja lääkäreistä. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilöstön ja hoitotyön opiskelijoiden tietoa syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidosta ja kehittää kivunhoidon laatua.

Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen. Aineistonkeruumenetelmänä oli yksilö- ja ryhmäteemahaastattelut (N=14). Teemat haastattelurunkoon muodostettiin palliativisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoitoa käsittelevän kirjallisuuskatsauksen perusteella. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysissä muodostui kaksi pääluokkaa, joita olivat kivunhoidon toteutuminen ja kivunhoidon kehittäminen. Aineiston yhdistävä luokka oli hoitohenkilöstön kokemukset syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta.

Kivunhoidon toteutumiseen sisältyi kivunhoidon tavoite, kivun arviointi, kivun lääkehoito, kivun lääkkeetön hoito ja syöpä kivunhoidon nykytilan arviointi. Kivunhoidon toteutumisessa oli eroavaisuuksia potilaiden välillä ja hoitohenkilöstön mielestä kipua oli vaikeaa arvioida sen yksilöllisen luonteen vuoksi. Moniammatillinen yhteistyö, lisäkoulutus, kivunhoito-ohjeiden laadinta ja kivun lääkehoidon kehittäminen nähtiin keinoina kehittää palliativisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoitoa.

Tutkimuksen johtopäätös on, että hoitohenkilöstön mielestä syöpäpotilaiden kivunhoidon toteutuminen oli vaihtelevaa. Kivunhoito ja sen kehittäminen koettiin tärkeäksi. Kivunhoito-ohjeiden ja lääkehoidon kehittäminen nähtiin kivunhoidon laatua parantavana tekijänä. Hoitohenkilöstön säännöllisen koulutuksen ja moniammatillisen yhteistyön avulla kivunhoidon toteutus ja laatu paranevat samalla, kun työntekijöiden osaaminen ja uskalus lääkehoidon toteuttamiseen lisääntyy. Projektityönä voisi järjestää koulutuspäivän hoitohenkilöstölle ja selvittää sen jälkeen lisäkoulutuksen vaikutuksia kivunhoidon toteuttamiseen. Jatkossa voisi olla mielenkiintoista tutkia syöpäpotilaiden kokemuksia, jotta saataisiin laajempi kuva kivunhoidon toteutumisesta palliativisessa vaiheessa.

Asiasanat: syöpä, palliativinen hoito, kivunhoito, hoitohenkilöstö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion

LOUHEMA, SINI:

“Painlessness is the Most Important Thing”

Nursing Staff's Experiences of Cancer Patients' Pain Management in Palliative Care

Master's thesis 83 pages, appendices 15 pages

November 2015

World Health Organization (WHO) published guidelines on the medication of cancer pain in 1986 according to which the pains of a patient can be controlled. Despite this the uncontrollability of pain is continuing to be a major problem with cancer patients. The purpose of this thesis was to describe the experiences of the nursing staff about pain management of cancer patients in palliative care in a certain Tampere city hospital and rehabilitation service unit. In this thesis the nursing staff includes both nurses and doctors. The objective was to increase the knowledge about pain management in palliative care among the nursing staff and students and develop the quality of pain management.

This thesis was qualitative. The method of collecting data was group and individual thematic interviews (N=14). The themes of the interviews were composed according to the literature review concerning cancer patients' pain management in palliative care. The data were analyzed using inductive content analysis. Two principal groups were composed during the analysis, the realization of pain management and the development of pain management. The connective group was the nursing staff's experiences of cancer patient's pain management in palliative care.

The realization of pain management included the objective of pain management, pain assessment, medication, non-medication and the assessment of the present state of cancer pain management. The realization of pain management differed between patients and the nursing staff found the assessment of pain difficult because of its unique nature. Multi-professional collaboration, additional education, formulating new guidelines and developing medication were seen as means to develop pain management of a cancer patient in palliative care.

The conclusions are that the nursing staff considered pain management of the cancer patients to be varying. Pain management and its development were important. The development of pain management guidelines and medication of pain were seen as a new means to increase the quality of pain management. With regular additional education and multi-professional collaboration pain management and its quality improve at the same time the knowledge of the nursing staff and the courage to use medication increases. For example, an education project could be arranged and then examine its influences to the pain management after the project. In the future, it would also be interesting to examine cancer patients' experiences to get a wider concept of pain management in palliative care.

Key words: cancer, palliative care, pain management, nursing staff

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	YHTEISTYÖKUMPPANI.....	7
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE.....	8
4	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA.....	9
	4.1 Syöpä ja syöpäkipu	9
	4.2 Lämpilyöntikipu.....	12
	4.3 Syöpäpotilaan kivunhoito	14
	4.3.1 Kivun arviointi	15
	4.3.2 Kivun lääkehoito	17
	4.3.3 Kivun lääkkeetön hoito	21
	4.4 Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito	21
	4.5 Kirjallisuuskatsaus ja sen toteutus	23
5	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	29
	5.1 Kvalitatiivinen tutkimus	29
	5.2 Aineistonkeruumenetelmä ja aineistonkeruun toteutus	29
	5.3 Aineiston analyysi ja toteutus	33
6	TULOKSET	38
	6.1 Kivunhoidon toteutuminen	38
	6.2 Kivunhoidon kehittäminen	45
7	POHDINTA.....	50
	7.1 Tutkimuksen eettisyys	50
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	53
	7.3 Tulosten tarkastelu suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin.....	57
	7.4 Jatkotutkimusaiheet	62
	LÄHTEET.....	63
	LIITTEET	69
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset.....	69
	Liite 2. Teemahaastattelurunko	75
	Liite 3. Saatekirje ja suostumus 1 (2)	76
	Liite 4. Aineiston analyysin eteneminen 1 (6).....	78

1 JOHDANTO

Vuonna 2012 Suomessa diagnosoitiin noin 30 000 uutta syöpätapausta (Suomen syöpärekisteri 2015). Noin kolmasosa syöpää sairastavista potilaista kärsii kivuista heti sairauden alkuvaiheessa ja taudin edetessä kipuja on noin kahdella kolmasosalla syöpää sairastavista potilaista (Terveyskirjasto 2015). Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 1986 syöpäkivun lääkehoidosta ohjeet (s.18), joita noudattamalla voi saada potilaan kivut hallintaan. Tästä huolimatta syöpäkivun hallitsemattomuus on edelleen suuri ongelma syöpään sairastuneilla henkilöillä. (Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund 2004, 410; van den Beuken-van Everdingen ym. 2007, 1437.)

Syöpäpotilailla kipu vaikuttaa päivittäiseen elämään. Heillä on keskivaikeaa ja voimakasta syöpäkipua. Lisäksi he kärsivät läpilyöntikivuista säännöllisestä kipulääkityksestä huolimatta. Syöpäpotilaan läpilyöntikipu tarkoittaa ohimenevää kivun pahenemista, joka ilmaantuu yllättäen. Läpilyöntikipua saattaa esiintyä, vaikka syövästä johtuva krooninen kipu olisi hallinnassa. (van den Beuken-van Everdingen ym. 2007, 1437; Breivik ym. 2009, 1420; Steindal ym. 2011, 773; Bovedlt ym. 2013, 379; Buchanan, Geerling & Davies 2014, 126.) Syöpäpotilaan kipua ja kivunhoitoa on tutkittu kansainvälisesti paljon, mutta levinyttä syöpää sairastavien potilaiden toiveita kivunhoidolle on tutkittu vain vähän. Lisäksi erilaisia suosituksia kivunhoidon toteutukseen liittyen on laadittu paljon. (Boström ym. 2004, 410; Gibbins, Bhatia, Forbes & Reid 2014, 71.)

Vuonna 2004 WHO toteutti palliatiivista hoitoa koskevan projektin Afrikassa. Projektin tulosten mukaan terminaalivaiheen potilaiden kolme keskeisintä hoidon tarvetta olivat kivun lievitys, oireiden lievitykseen tarvittavien lääkkeiden saatavuuden parantaminen ja taloudellinen tuki. (WHO 2007, 10.) WHO:n mukaan syövän loppuvaiheen kipua voidaan vähentää, syövän etenemistä hidastaa ja näin voidaan auttaa potilasta ja omaisia. WHO julkaisi vuonna 2007 ohjelman syövän ehkäisystä. Ohjelman yksi osa-alue koskee palliatiivista hoitoa. WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on hoitoa, joka parantaa elämän loppuvaiheen laatua parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa kohdalla. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on lievittää kipua ja muita häiritseviä oireita. Maailmanlaajuisesti syöpäpotilailla ja muilla kroonista, parantumatonta sairautta sairastavilla potilailla on keskeinen inhimillinen tarve saada hyvää palliatiivista hoitoa. WHO:n ohjelman pitkän tähtäimen (10–15 vuotta) tavoitteena on, että 60 % terminaalivaiheen

potilaista saa apua kivun lievitykseen ja muihin syövästä aiheutuviin fyysisiin, psykososiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin. Ohjelman mukaan tehokas palliatiivinen hoito tulee integroida olemassa olevaan terveydenhuollon järjestelmään kaikilla hoidon tasoilla. (WHO 2007, 2, 18.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisesta eräässä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden yksikössä. Tutkimuksessa tarkastellaan syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoitoa. Syöpäpotilaan muiden oireiden hoito rajataan tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa syöpäpotilaan kivunhoidosta hoidon palliatiivisessa vaiheessa ja kehittää kivunhoidon laatua.

2 YHTEISTYÖKUMPPANI

Tampereen kaupunki kuuluu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon kuntayhtymään (PSHP). Tamperelaisille tarjotaan perustason erikoissairaanhoidon palveluja Hatanpään sairaalassa. Hatanpään sairaala on jakautunut kantasairaalaan, jossa sijaitsevat kirurgia, sisätaudit, infektiotaudit ja yleislääketiede sekä puistosairaalaan, jossa sijaitsevat neurologia ja geriatria. Syöpäpotilaita hoidetaan sairaalan eri erikoisaloilla. Erikoissairaanhoidon palveluita hankitaan kuntalaisille lisäksi ostopalveluina Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä sekä Pirkanmaan hoitokodilta. Hatanpään sairaalassa on yhteensä 368 potilaspaikkaa. (Tampereen kaupunki 2014.) Syöpäpotilaiden hoitopäivien määrää ei tilastoida Hatanpään sairaalassa.

Hatanpään sairaalassa hoitotyön periaatteena on yksilövastuinen hoitotyö. Palvelussa korostuvat henkilöstön ammattitaito, hyvä työmotivaatio, taloudellisuus, kuntouttava työote ja hyvän palvelun periaatteet. Hoitotyö on potilaslähtöistä ja perustuu yhteistyöhön potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaala toimii opetussairaalaan, jossa eriasteiset terveydenhuollon opiskelijat työskentelevät osaston henkilökunnan ohjauksessa. (Tampereen kaupunki 2014.)

Kirurgiselle vuodeosastolle potilaat tulevat elektiivisesti eli suunnitellusti leikkausta tai tutkimusta varten. Lisäksi potilaita tulee myös yhteispäivystyksestä ja sairaalasiirtona Tampereen yliopistollisesta sairaalasta. (Tampereen kaupunki 2014.) Kirurgisella vuodeosastolla on 24 potilasvuodepaikkaa. Hoitohenkilökuntaan kuuluu 15 sairaanhoitajaa, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kolme lähihoitajaa ja seitsemän erikoislääkäriä. Lisäksi osastolla työskentelee kaksi vaihtuvaa erikoistuvassa vaiheessa olevaa lääkäriä. Osastolla hoidettavilla potilailla on useimmiten syöpäsairaus, jota hoidetaan oireenmukaisella hoidolla tai poistamalla syöpäkasvain leikkaushoidolla. Osastolta lähtee syöpäpotilaita saattohoitoon Pirkanmaan hoitokotiin, Kaupin sairaalaan, Rauhaniemen sairaalaan tai omaan kotiin.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta eräässä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden yksikössä. Tutkimukseen osallistuva hoitohenkilöstö koostuu sairaanhoitajista ja lääkäreistä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten palliativisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoito toteutuu hoitohenkilöstön kokemuksemana?
2. Miten syöpäpotilaan kivunhoitoa voitaisiin kehittää?

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä hoitohenkilöstön ja hoitotyön opiskelijoiden tietoa palliativisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidosta ja kehittää kivunhoidon laatua.

4 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

4.1 Syöpä ja syöpäkipu

Syövän synty eli karsinogeneesi on tapahtuma, jossa solun perimäaines vaurioituu aiheuttaen solun muuttumisen pahanlaatuiseksi. Virukset, elinympäristö ja perinnölliset tekijät voivat aiheuttaa syöpää. Elintapoihin ja elinympäristöön vaikuttamisella voidaan vähentää riskiä sairastua syöpäsairauksiin. Syöväälle altistavia tekijöitä ovat muun muassa tupakka, auringon valo, eräät metalliyhdisteet, asbestikuidut ja papilloomavirus (HPV). Perinnölliset tekijät (5–10 % syöpäsairauksista) voivat myös vaikuttaa syövän syntymiseen. Syöpä voi vaurioittaa elimistön soluja paikallisesti, lähettää etäpesäkkeitä tai se voi aiheuttaa erilaisia yleisoireita. Syöpään kuolee vuosittain noin joka viides ihminen Suomessa. Eri syöpätyypeillä on yhteneväisiä piirteitä ja kullakin syöpätyypillä on myös monia ainoastaan sille tyypillisiä piirteitä. Syövän synnyn ymmärtäminen sekä siihen liittyvät ulkoiset ja sisäiset tekijät voivat auttaa syövän ehkäisemisessä ja syövän hoidon kehittämässä. (Syöpäjärjestöt 2015; Terveysportti 2015.)

Gibbinsin ym. (2014, 71) mukaan Foley (1985) on todennut, että hoitamaton kipu aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä ja voi olla fyysisesti ja psykososiaalisesti uuvuttavaa. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun ”epämiellyttäväksi aistimukseksi tai tunnekokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein.” Kipu voidaan kuvata moniulotteiseksi kokonaisuudeksi, jossa kipuärsykkeen kokemukset voivat vaihdella sisältäen kivun voimakkuuden lisäksi muita kivun vaikutuksia. Kipu on subjektiivinen kokemus, johon vaikuttavat myös ihmisen aikaisemmat kokemukset kivusta. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen... 2013, 4.) Syöpäkipu voi koostua useista eri mekanismeilla syntyvistä kiputiloista, joita voidaan hoitaa erilaisin farmakologisin menetelmin. Syöpäpotilas voi kärsiä myös syövän hoidosta aiheutuneesta kivusta. Syöpäkasvaimen sijainnilla ja taudin levinneisyydellä on vaikutusta kivun laatuun ja voimakkuuteen. Syöpäkipu on toistuva ja ahdistava oire syöpäpotilailla. (Chapman 2012, 44; Fielding, Sanford & Davis 2013, 584).

Syöpäpotilaista noin puolet kärsii kivuista sairautensa aikana ja sairauden edetessä kipu koskettaa lähes kaikkia. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaista kipua esiintyy jopa 35–

96 %:lla. Kipu on keskivaikeaa tai voimakasta suurimmalla osalla sairastuneista. Tutkimukset osoittavat, että syöpäkipun hoito ja hallinta on edelleen riittämätöntä. Syöpäpotilaat kokevat, että kivun voimakkuudesta riippuen kipu estää heitä elämästä normaalia elämää. Hoitamaton kipu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn. (van den Beuken-van Everdingen ym. 2007, 1437, 1441; Xue ym. 2007, 687; Vainio & Kalso 2009, 1; Passoja 2012, 55; Kuolevan potilaan oireiden... 2012, 17; Boveldt ym. 2013, 381–382; Hamunen, Heiskanen & Hirvonen 2013, 385; Mendes, Boaventura, Castro & Mendonca 2014, 358; Pautex, Vogt-Ferrier & Zulian 2014, 406.)

Syöpäkipu voidaan jakaa käytännössä somaattiseen kudonsvauriotyyppiseen tai viskeraaliseen (sisäelimissä syntyvä kipu) sekä neuropaattiseen eli hermoperäiseen kipuun. Somaattinen kudonsvauriotyyppinen kipu on paikallista joko pinnallista, esimerkiksi iholla, tai syvää kipua, jota aiheuttaa somaattisten kudosten tiivistyminen. Kasvain voi aiheuttaa kudonsvauriotyyppistä viskeraalista kipua, joka tarkoittaa elinten seinämien venyttymistä. Viskeraalista kipua on vaikeampi paikallistaa ja sille ominaista on heijastuskipu. Kipu voi silloin tuntua kaukanakin vaurioituneesta alueesta. Neuropaattinen syöpäkipu tarkoittaa syöpäkasvaimen tunkeutumista esimerkiksi kudosten läpi tai painautumista lähellä oleviin hermorakenteisiin, jolloin kipua välittävä hermojärjestelmä vaurioituu. Hermoperäiselle kivulle tyypillistä on säteilykipu. (Hamunen 2003, 28–29; Vainio & Kalso 2009, 1; Passoja 2012, 55.)

Erilaiset haavat tai tulehdukset voivat aiheuttaa elimistölle akuuttia eli lyhytaikaista kipua, joka on yleensä varoitus elimistölle uhkaavasta vaarasta. Lyhytkestoisen kivun hoitaminen on tärkeää, sillä hoitamaton lyhytaikainen kipu voi johtaa kivun kroonistumiseen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen... 2013, 5.) Syöpäkipu voi olla kroonista tai akuuttia ja syöpäpotilaalla voi olla samaan aikaan jopa kahdesta neljään eri kiputilaa kehon eri osissa (Kalso 2013, 1). Gibbinsin ym. (2014, 76) tutkimuksessa kävi ilmi, että syöpäpotilaat toivoivat tietävänsä kipunsa aiheuttajan. Vainion ja Hietasen (2004) mukaan syöpäkipulla on aina orgaaninen syy ja oikealla lääkityksellä on mahdollista lievittää kipua. Syöpäpotilaan kivun kokemukseen vaikuttavat lisäksi potilaan mieliala, läheisiltä saatu tuki ja hoitoympäristö. (Vainio & Hietanen 2004, 58.) Syöpäkipu voi aiheuttaa myös ahdistuneisuutta, masennusta tai unettomuutta (Boveldt ym. 2013, 380).

Mendesin ym. (2014) tutkimuksessa 53,2 % potilaista, joilla oli ajantasainen kipulääkitys, oli kivuttomia tai kärsi lievästä kivusta. Tutkimuksessa kuitenkin lähes puolet eli 46,8 % kärsi keskivaikeasta ja voimakkaasta kivusta kipulääkityksestä huolimatta. Mendesin ym. mukaan kivun voimakkuuden lisääntyessä syöpäpotilas tarvitsee voimakkaampia kipulääkkeitä ja käyttäessään voimakkaita kipulääkkeitä heidän elämänlaatunsa huononee lääkkeiden sivuvaikutusten vuoksi. (Mendez ym. 2014, 359.)

Syöpäpotilaiden sairaalassa olo voi pitkittyä kivun vuoksi. Aamodtin, Lien ja Hellesonin (2013) tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat, että syöpäpotilaiden kivun voimakkuutta on vaikeaa arvioida. Sairanhoitajat saattoivat siirtää huonon yleiskunnon potilaita jatkohoitopaikkaan, jossa kipua pystyttiin arvioimaan ja hoitamaan. Hoitajilla oli huonoja kokemuksia potilaiden liian aikaisesta kotiutumisesta muun muassa kipujen vuoksi. Heidän käsitystensä mukaan potilaat joutuivat palaamaan takaisin sairaalahoitoon lyhyellä aikavälillä. Hoitajat tunsivat olevansa vastuussa potilaiden kivun voimakkuuden arvioinnista ja kotona pärjäämisestä. Aamodtin ym. mukaan hoitajilla on tärkeä rooli potilaiden kivunhoidon toteutumisessa ja arvioinnissa, minkä vuoksi heillä pitäisi olla riittävästi tietoa kivun hoidosta. (Aamodt ym. 2013, 398–401.)

Xuen ym. (2007) tutkimuksessa syöpäsairaanhoitajat kertoivat tarvitsevansa lisäkoulutusta eri kipulääkkeistä syöpäkivun hoidossa (Xue ym. 2007, 690). Vallerand, Riley-Doucet ja Templin (2004) selvittivät, että hoitajien asenteet ja tietotaito paranivat täydennyskoulutuksen jälkeen ja sen seurauksena kivunhoito syöpäpotilailla toteutui paremmin. Lisäksi tutkimuksen mukaan kotihoidon hoitajilla tulee olla ammattitaitoa kivunhoidon eri vaihtoehtoihin. Tämä vahvistaa käsitystä, että kotihoidossa työskenteleville hoitajille tarvitaan koulutusta. (Vallerand ym. 2004, 814–815.) Hoitajien käsitys oman ammattitaitonsa puutteellisuudesta voi johtaa syöpäpotilaiden kivunhoidon epäonnistumiseen. Nguyen ym. (2014) selvittivät, että kokeneet hoitajat pitivät omaa ammattitaitoaan hyvänä syöpäpotilaiden kivunhoidossa (Nguyen ym. 2014, 454–455). Hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja kivunhoidon ajantasainen hallinta on tärkeää, jotta syöpäpotilaan kipu olisi paremmin hallittavissa. Kivun hallinta parantaa syöpäpotilaan elämänlaatua syövän vaiheesta riippumatta. (Fielding ym. 2013, 584.) Hoitohenkilökunnan tiedonpuute kivun hallinnasta ja hoidosta on yksi suuri este sille, että syöpäpotilaan kipu olisi optimaalisesti hoidettua (McMillan ym. 2013, 1415–1423; Xue ym. 2007, 687 mukaan; Overcash, Hanes, Birkhimer & Askew 2013, 365–367).

Overcashin ym. (2013) tutkimuksessa syöpäpotilaiden kivun keskiarvo asteikolla 0–10 mitattuna oli 5.3, vaikka he olivat saaneet kipulääkitystä kuluneen vuorokauden aikana. Kivun keskiarvolukemasta sekä tutkimuksessa ilmenneistä kohonneista verenpainearvoista tutkijat päättelivät, että potilaiden kipulääkitys ei ollut riittävää. Overcash ym. selvittivät lisäksi sairaanhoitajilta potilaiden kivunhoitoon liittyviä keskeisiä ongelmia. Hoitajat pitivät haasteellisena saada toiset työntekijät motivoitumaan riittävästi potilaan akuutin kivun hoitoon. (Overcash ym. 2013, 365–367.)

Epäonnistuminen kivun laadun ja voimakkuuden arvioimisessa johtaa todennäköisesti kivun alihoitamiseen (Xue ym. 2007, 693). Heikkisen (2014) tutkimus osoitti, että potilaat ja heidän läheisensä pelkäsivät syöpäkipuja ja saattoivat kertoa kivun olevan todellisuutta vähäisempi. Lisäksi hänen tutkimuksessa selvisi, että potilaat kaipaavat ohjausta muun muassa lääkkeiden vaikutuksista, annostelusta ja mahdollisista sivuvaikutuksista. (Heikkinen 2014, 16–17.)

4.2 Lämpilyöntikipu

Lämpilyöntikivulla tarkoitetaan ohimenevää kivun pahenemisvaihetta, joka ilmenee spontaanisti tai liittyy johonkin erityiseen ennustettavissa olevaan tai ennalta arvaamattomaan laukaisevaan tekijään, vaikka krooninen kipu olisi hyvin hallinnassa (Pautex ym. 2014, 406; Terveyskirjasto 2015). Syöpään liittyvä lämpilyöntikipu on monimuotoinen tila, jonka hoitoon pitäisi sisältyä perusteellinen arviointi, yksilöllinen hoitosuunnitelma ja uudelleenarviointi (Davies 2011, 803). Lämpilyöntikipu voidaan jakaa kahteen luokkaan, joita ovat spontaani ja satunnainen lämpilyöntikipu. Satunnainen lämpilyöntikipu voidaan jakaa tahdonalaiseen ja ei-tahdonalaiseen lämpilyöntikipuun. (Pautex ym. 2014, 406.)

Lämpilyöntikivun kesto voi olla jopa 60 minuuttia, mutta yleensä se on kestoaltaan noin 15–30 minuuttia tai jopa lyhyempi. Lämpilyöntikivun esiintyminen vaihtelee, mutta keskimääräisesti sitä voi esiintyä kolmesta kuuteen kertaan päivässä. (Pautex ym. 2014, 406.) Lämpilyöntikivulla on muotoja, joilla on joukko erilaisia etiologisia, patofysiologisia ja kliinisiä piirteitä. Lämpilyöntikipua esiintyy syöpäsairauden kaikissa vaiheissa, mutta se lisääntyy sairauden edetessä ja sen hoitoon vaikuttaa sairauden vaihe (Davies 2011, 803;

Buchanan, Geerling & Davies 2014, 126.) Lämpilyöntikipu voi aiheutua syövästä tai syöpähoidoista. Lisäksi potilaan yleistila vaikuttaa lämpilyöntikipun kokemukseen ja hoitoon. (Davies 2011, 803.)

Buchananin ym. (2014) tutkimus osoitti, että sairaanhoitajat pitivät vaikeana syöpäpotilaan kroonisen kivun erottelun lämpilyöntikipusta. Lisäksi hoitajat olivat tietämättömiä lämpilyöntikipun hoidosta. Syöpäpotilaan lämpilyöntikipun hoito -suositusten tarkoituksena on vähentää lämpilyöntikipun vaikutuksia syöpäpotilaiden elämään muun muassa vähentämällä sen esiintyvyyttä ja voimakkuutta. (Buchanan ym. 2014, 126–127.) Wengström ym. (2014) osoittivat, että lisäkoulutus ja standardoidun arviointityökalun käyttö voidaan yhdistää hoitajien lisääntyneeseen taitoon erottaa syöpäpotilaan lämpilyöntikipu syövän kroonisesta kivusta. Hoitajat, jotka olivat saaneet koulutusta lämpilyöntikipusta ja sen hoidosta, kokivat helpommaksi arvioida ja erottaa lämpilyöntikipun kroonisesta kivusta. (Wengström ym. 2014, 121, 125.) Lämpilyöntikipun hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että syöpäpotilaan krooninen kipu on riittävästi hallinnassa (Pautex ym. 2014, 406–407).

Wengströmin ym. (2014) tutkimuksessa selvitettiin lämpilyöntikipun kivunhoidon toteutumista ja koulutuksen tarvetta Euroopan eri maissa. Vastaajista alle puolet oli saanut koulutusta lämpilyöntikipun hoidosta ja hallinnasta. Euroopan eri maissa oli eroavaisuuksia muun muassa lisäkoulutuksen määrässä. Esimerkiksi Suomessa 71 % sairaanhoitajista oli saanut koulutusta lämpilyöntikipun hoidosta kun taas kreikkalaisista hoitajista vain 6 % oli saanut koulutusta. Kokeneet ja itsevarmat hoitajat osasivat muita paremmin erotella lämpilyöntikipun syövän kroonisesta kivusta. (Wengström ym. 2014, 126–127.)

Sodenin ym. (2013) tutkimus kohdistui palliatiivisessa yksikössä työskenteleviin sairaanhoitajiin. Tutkijat halusivat selvittää, miten vastaajat näkivät lämpilyöntikipun arvioinnin ja sen hoidon toteutumisen. Lisäksi kartoitettiin mahdollisia esteitä onnistuneelle kivunhoidolle. Soden ym. osoittivat, että hoitajat näkivät lämpilyöntikipun enemmänkin yleisenä kivun pahenemisvaiheena säännöllisesti annosteltavan kipulääkityksen välissä kuin varsinaisena lämpilyöntikipuna. Hoitajat tiesivät kuitenkin, miten äkillinen kipu tulisi hoitaa. Tutkimuksen mukaan lämpilyöntikipun tunnistamiseen ja hoitoon vaikuttavat hoitajien koulutus sekä tietotaito lämpilyöntikipusta. (Soden ym. 2013, 528–533.)

4.3 Syöpäpotilaan kivunhoito

Kivun hoitotyön lähtökohtana on potilaan kokemus kivusta, joten potilas tulee ottaa mukaan kivunhoidon arviointiin ja päätöksen tekoon. Sairaanhoidajalla on suuri rooli kivun hoitotyön prosessissa, johon kuuluu potilaan kivunhoidon tarpeen arviointi, kivunhoidon toteutus ja arviointi. Potilaan hoitosuunnitelmaa pitäisi jatkuvasti tarkastella kivunhoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen... 2013, 5.) Myös lainsäädäntö korostaa potilaan osallistumista ja päätöksentekoa omassa hoidossaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), ohjeistaa, että terveyden- ja sairaudenhoitoa toteutettaessa tulee laatia suunnitelma, joka esimerkiksi koskee hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta. Laki velvoittaa muun muassa, että kivunhoidon suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaistensa tai laillisen edustajansa kanssa. Boströmin ym. (2004) tutkimuksessa ilmeni, että syöpäpotilaat toivoivat enemmän keskustelua heidän kivustaan ja kivun eri hoitomenetelmistä. Lisäksi potilaat halusivat, että kivunhoitoa käsiteltäisiin ja suunniteltaisiin jo heti syövän alkuvaiheessa. Potilaat olivat myönteisempiä kipulääkkeiden ottamiselle hoitohenkilöstön kanssa käydyn suunnittelun ja keskustelun jälkeen. (Boström ym. 2004, 414–415.)

Maailman terveysjärjestö kehitti noin 20 vuotta sitten suosituksen, kuinka syöpäkivun hallintaa voidaan parantaa (WHO 2015). Kivunhoidossa on aina ensin tärkeää selvittää, mistä kipu johtuu, millaista kipu on ja missä kipu sijaitsee. Erilaiset pitkävaikutteiset ja säännöllisesti otettavat kipulääkkeet varmistavat potilaalle jatkuvan ja tasaisen kivunhoidon. (Järvimäki ym. 2014, 1; Syöpäjärjestöt 2015.) Hoitamaton kipu vaikuttaa laaja-alaisesti potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä toimintakykyyn (Hamunen ym. 2013, 385).

Breivikin ym. (2009) tutkimus osoitti, että onkologit hoitivat pääosin syöpäpotilaiden kipua (42 %). Vain pienellä osalla syöpäpotilaista (5 %) heidän kipuaan hoiti palliatiiviseen hoitoon erikoistunut lääkäri tai kivun hoitoon erikoistunut lääkäri. (Breivik 2009, 1425.) Moniammatilliset tiimit, joissa sairaanhoidajat, farmaseutit ja lääkärit työskentelisivät yhdessä, parantaisivat syöpäpotilaan kivunhoitoa. Tiimin jäsenillä on oma osaamisensa kivunhoidosta ja yhteistyöllä saavutetaan parempia tuloksia. Sairaanhoidajilla on ammattitaitoa kivun arvioimisesta, farmaseuteilla ammattitaitoa eri kipulääkkeistä sekä niiden vaikutuksista ja lääkäreillä kivun kliinisestä hoidosta. (Xue ym. 2007, 693.)

Syöpäpotilaat toivoivat, että kivunhoito antaisi mahdollisuuden elää normaalia elämää ja selviytyä päivittäisistä kotitöistä. Tärkeäksi koettiin myös sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ystävien ja perheenjäsenten kanssa, mikä saattoi olla uhattuna silloin, kun syöpäpotilaat kärsivät kivuista. (Gibbins ym. 2014, 74–76.) Syöpäpotilaat saattoivat toivoa myös kivuttomuutta kivunhoidolta (Boström ym. 2004, 416).

Gibbinsin ym. (2014) tutkimuksen mukaan syöpäpotilaat toivoivat, että terveydenhuollon ammattilaiset olisivat enemmän kiinnostuneita kivusta ja sen hallinnasta. Potilaista tuntui, että terveydenhuollon ammattilaisten mielestä asia ei ollut tärkeä ja lisäksi potilaat pitivät haasteellisena keskustella kivusta ja hoidon toteutumisesta hoitohenkilökunnan kanssa. Gibbins ym. osoittivat, että syöpäpotilaat toivoivat hallitsevansa itse omaa kipuaan ja sen hoitoa. Potilaat hakivat apua muilta vasta sitten, kun kipu oli niin kovaa, että se esti heitä elämästä normaalia elämää ja tekemästä päivittäisiä kotitöitä. (Gibbins ym. 2014, 74–76.)

Hoitohenkilöstön ja potilaiden väliseen kommunikointiin on kiinnitettävä huomiota, sillä Boströmin ym. (2004) tutkimuksen perusteella potilaat kokivat heidän ja hoitohenkilökunnan välillä toimivan kommunikaation avulla saavansa kipunsa kokonaisvaltaisemmin huomioitua. Lisäksi potilaat näkivät, että erilaiset ongelmat kivunhoidon toteutumisessa tulevat huomioiduiksi kommunikaation toimiessa. (Boström 2004, 414.) Breivikin ym. (2009) tutkimuksessa ilmeni, että syöpäpotilaat kokivat syövän hoitamiseen keskittyvän enemmän, kun taas kivun arviointi ja sen hoito jäivät vähemmälle huomiolle. Monet keskivaikkeasta ja vaikeasta kivusta kärsivät potilaat eivät olleet saaneet lääkäriltä kipulääkitystä ja vaikeastakin kivuista kärsivistä potilaista vain yksi neljäsosa käytti vahvoja opioidilääkkeitä. Lääkärien riittämätön kivun arviointi, tiedon puute ja pelko käyttää vahvoja kipulääkkeitä voivat olla syynä kivun alihoitamiseen. (Breivik ym. 2009, 1429–1430.)

4.3.1 Kivun arviointi

Kivunhoito tulee aina suunnitella yksilöllisesti. Sopivan lääkeannostuksen löytämistä helpottaa kivun säännöllinen arviointi ja mittaaminen sekä potilaiden omien toiveiden huomioiminen. (Xue ym. 2007, 693; Vainio & Kalso 2009, 1; Gibbins ym. 2014, 72; Mendes 2014, 360.) Kipu on subjektiivinen kokemus ja sen hallinta on dynaaminen sekä monitaiteellinen prosessi. Tämä tekee kivun arvioimisen haastavaksi. (Gibbins ym. 2014, 71.) Ki-

vun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat osa potilaan hyvää hoitoa. Kivun arvioinnissa tulee ottaa huomioon kivun voimakkuus, haittaavuus, laatu ja mekanismi, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikivun esiintyminen, käytössä oleva lääkitys, lääkkeiden teho ja haittavaikutukset. Kivun arvioinnin helpottamiseksi on kehitelty erilaisia mittareita, jotka voivat auttaa muun muassa sairaanhoitajia työssään. (Kuolevan potilaan oireiden hoito... 2012, 17, 18; Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen... 2013, 5; Hamunen ym. 2013, 385.)

Xuenin ym. (2007) tutkimuksen perusteella hoitajat käyttivät eri keinoja kivun voimakkuuden ja kivun luonteen arvioimisessa. Kivun arvioinnissa käytettiin havainnointia, potilaan sanallista ilmaisua ja numeraalista mittaria. Kipumittarin avulla kipua arvioidaan asteikolla 1–10. Yleisimmin käytetty menetelmä oli kivun voimakkuuden kuvaaminen kipumittarilla. Kipua arvioitiin aina tarvittaessa ja kirjattiin ylös potilas asiakirjoihin. (Xue ym. 2007, 689.) Breivikin ym. (2009) tutkimuksessa vain pieni osa potilaista (15 %) kertoi ammattilaisen arvioineen heidän kipuunsa kipumittarilla (Breivik 2009, 1425). Huomioimalla syöpäpotilaan arkielämän tapahtumat sekä kivun esiintymisen potilaiden arjessa on mahdollista arvioida syöpäkipua tehokkaammin (Boveldt ym. 2013, 89). Gibbinsin ym. (2014) mukaan syöpäpotilaat pitivät haasteellisena kivun tason arviointia mittarilla, jossa arviointi perustui numeroasteikkoon. Vaikka syöpäpotilaan kipu olisi hallinnassa, se ei välttämättä tarkoita kivuttomuutta. Potilaat toivoivat kivuttomuutta, mutta eivät kuitenkaan uskoneet kivun kokonaan katoavan pois. (Gibbins ym. 2014, 74–76.)

Syöpäpotilaat kärsivät todennäköisemmin voimakkaammasta kivusta sekä läpilyöntikivuista kuin ei-syöpäsairaat potilaat. Steidalin ym. (2011) tutkimuksessa noin 10 % molempien ryhmien potilaista kärsi riittämättömästä kipulääkityksestä viimeisten elinpäivien aikana. Tutkimuksessa selvisi, että morfiinia käytettiin syöpäpotilaille keskivaikean ja vaikean kivun hoidossa. Hoitotyön kirjauksien mukaan kivun esiintymistä kirjattiin syöpäpotilaille paremmin kuin ei-syöpäpotilaille viimeisten kolmen elinpäivän aikana sairaalahoidossa, mutta kivun voimakkuuden arvioinnissa olisi kehittämistä hoitotyön kirjauksien perusteella. (Steindal ym. 2011, 776.)

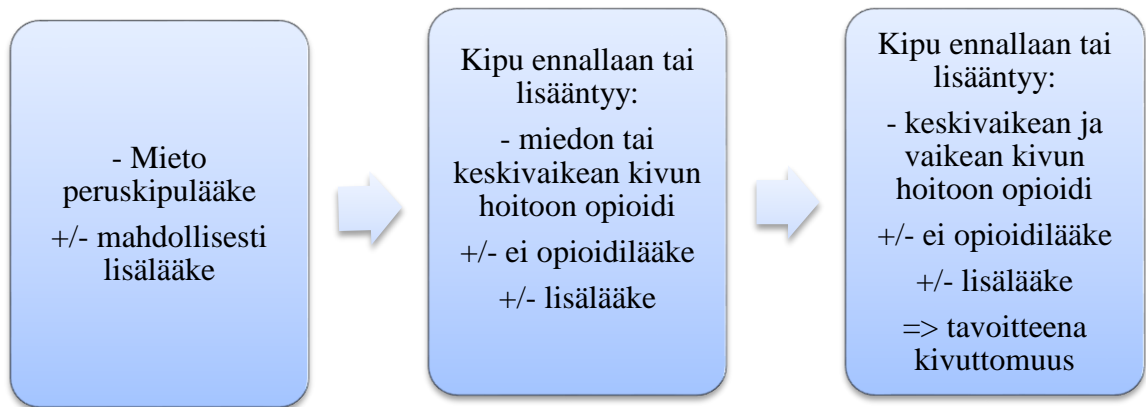
Syöpäsairaanhoitajat arvioivat Xuenin ym. (2007) tutkimuksessa, että 59 % syöpäpotilaista aliraportoi kivun voimakkuutta ja 12 % syöpäpotilaista kuvasi kivun kovemmaksi kuin se todellisuudessa oli. Syöpäsairaanhoitajat (78 %) ja lääkärit (68 %) uskoivat, että suurin osa syöpäpotilaiden kivuista voitaisiin hoitaa oikeanlaisella kipulääkityksellä tai

sädehoidon avulla. Hoitajat ja lääkärit kertoivat antavansa potilaille kipulääkitystä niin paljon kuin potilaat tarvitsevat ollakseen kivuttomia. Hoitohenkilöstö ei pelännyt aiheuttavansa lääkehoidolla riippuvuutta esimerkiksi morfiiniin. Lääkärit uskoivat hoitajia useammin, että potilaat arvioivat kipunsa kovemmaksi kuin se todellisuudessa on. Tästä johtuen lääkärit uskoivat hoitajia herkemmin, että syöpäpotilaan kipu on hyvin hoidettua. (Xue ym. 2007, 690, 692–693.)

Syöpäkipun alihoidamisen yleisyyttä on selvitetty kirjallisuuskatsauksella, johon sisältyi 44 tutkimusta. Lähes joka toisen syöpäpotilaan kipu on alihoidettua. Syöpäpotilaat, joilla sairaus oli alkuvaiheessa, kärsivät enemmän riittämättömästä kipulääkityksestä kuin potilaat, joilla oli levinnyt syöpäsairaus. Ristiriitoja esiintyi myös potilaan ja lääkärin kivun voimakkuuden arvioinnissa, mikä osaltaan voi johtaa potilaan kivun riittämättömään hoitoon. (Deandream ym. 2008, 3.)

4.3.2 Kivun lääkehoito

WHO:n hoitosuosituksen mukaan toteutettu syöpäkipunhoito on tehokas suurimmalle osalle syöpäpotilaista (kuvio 1). Hoitosuosituksessa lääkitys valitaan kivun voimakkuuden mukaan nostamalla lääkitystä portaittain miedosta kipulääkkeestä voimakkaaseen kipulääkkeeseen. Kipulääkityksen rinnalle voidaan yhdistää lisälääkkeitä. WHO:n suositusten mukaan kipulääke otetaan ensisijaisesti suun kautta ja annostellaan säännöllisesti vuorokauden ympäri niin, että kipu pysyy poissa. (Kuolevan potilaan oireiden... 2012; WHO 2015.) Kivunhoidon hallinnassa on tärkeää, että kipu on määritelty riittävästi huomioiden kivun syyn aiheuttaja ja kivun luonne. Kipua pitäisi arvioida säännöllisesti ja systemaattisesti kivunhoidon arviointimittarin avulla. (Chapman 2012, 44–45.) WHO:n suositusta syöpäkipunhoidosta voi tarpeen mukaan muokata potilaan kivun mukaisesti esimerkiksi siirtymällä suoraan vahvoihin kipulääkkeisiin, mikäli potilaalla on kovat kivut (Hamunen ym. 2013, 373).



KUVIO 1. Syöpäkivun porrasteinen hoitokaavio (mukailtu WHO:n porrasteisen syöpäkivun hoidon ohjeen mukaan, WHO 2015).

Syöpäpotilaan kipu voidaan useimmissa tapauksissa hoitaa yksinkertaisella, suun kautta annosteltavalla lääkityksellä pitkään myös sairauden edetessä. Syöpäkivun hoito tulisi pystyä järjestämään myös terveyskeskuksissa ja välttää turhia siirtoja toiseen hoitopaikkaan kipujen tai kipulääkehoidon toteutuksen vuoksi. (Järvimäki ym. 2014, 1.) Syöpäpotilaan kivunhoidossa vahvoilla opioideilla ei ole maksimiannosta. Opioidit ovat kipulääkkeitä, jotka voidaan jakaa kolmeen ryhmään niiden tehon ja kattovaikutuksen perusteella. Ryhmät ovat heikot opioidit, kuten kodeiini, keskivahvat opioidit, kuten buprenorfiini ja vahvat opioidit, kuten fentanyyli tai morfiinihydrokloridi. (Hamunen 2013, 387; Terveysportti 2015.) Suun kautta annosteltavaa morfiinia käytetään keskivaikean ja vaikean syöpäkivun hoidossa. Morfiinin käytön hyötyjä, sivuvaikutusten yleisyyttä ja haitta-astetta on selvitetty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Monet syöpäpotilaat ottivat keskivaikean ja vaikean syöpäkivun hoitoon suun kautta annosteltavaa morfiinia, joka lievitti heidän kipuaan. Vain pieni osa syöpäpotilaista lopetti morfiinin käytön sivuvaikutusten, kuten ummetuksen ja pahoinvoinnin vuoksi. (Wiffen, Wee & Moore 2014, 4.)

Boströmin ym. (2004) tutkimuksessa syöpäpotilaat kertoivat pelkäävänsä kipulääkkeiden, etenkin morfiinin, sivuvaikutuksia (Boström ym. 2004, 415). Gibbinsin ym. (2014, 75) mukaan syöpäpotilaat kertoivat, että he välttivät ottamasta voimakkaita kipulääkkeitä etenkin päiväsaikaan niiden sivuvaikutusten, etenkin väsymyksen vuoksi. Mendesin ym.

(2014) tutkimuksessa todettiin, että tutkittavien paras kivunhoidonhallinta keski-vaikean kivun hoidossa toteutui käyttämällä mietoa opioidia, kuten tramadolia ja kodeiinia. (Mendes ym. 2014, 360.)

Syöpäpotilaan kivunhoidossa lievän kivun hoitoon käytetään parasetamolia. Myös tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää lievän kivun hoidossa ja niitä käytetään myös luustoetäpesäkkäiden aiheuttaman kivun hoidossa. Kohtalaisen tai voimakkaan kivun hoidossa voidaan yhdistää parasetamolien tai tulehduskipulääkkeen rinnalle vahva opioidi-lääke. Vahvat opioidit ovat tehokkaita syöpäkivun hoidossa ja ne tehoavat myös neuroopaattiseen kipuun. Syövästä aiheutuvan neuroopaattisen kivun hoidossa on tehokasta käyttää opioidilääkityksen lisäksi epilepsialääkkeitä, kuten gabapentiiniä, ja / tai trisyklisiä masennuslääkkeitä. Neuroopaattisen kivun hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä on monia vaikutusmekanismeja ja ne muokkaavat kivunaistintajärjestelmän epätarkoituksenmukaista toimintaa. Hermovauriokivun hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden tehoavat myös syöpäkipuun, koska niillä on itsenäinen vaikutus kipuun ja ne voivat lisäksi tehostaa opioidien vaikutusta. Suosituksissa ohjeistetaan aloittamaan kipulääkitys suun kautta, mikäli siihen ei ole vasta-aiheita. (Kuolevan potilaan oireiden... 2012, 17–18; Passoja 2012, 56; Hamunen ym. 2013, 386.) Neuroopaattisen kivun nopea diagnostiikka voi mahdollistaa kivun paremman hoidon ja hallinnan. Potilaan informointi kivun luonteesta on tärkeää. (Passoja 2012, 56.) Kivunhoidossa eri lääkkeiden yhdistelemisessä tulisi aina konsultoida kivun hoitoon perehtynyttä lääkäriä (Hamunen ym. 2013, 386).

Jos syöpäpotilaalla on voimakasta kipua vahvoista lääkkeistä huolimatta, pitäisi selvittää, johtuuko voimakas kipu taudin etenemisestä, neuroopaattisesta tai viskeraalisesta kivusta, toleranssin kehittymisestä, potilaan psyykkisestä tilasta vai lääkkeiden huonosta imeytymisestä (Hamunen ym. 2013, 390). Vaikean ja hallitsemattoman kivun hoidossa voidaan käyttää esimerkiksi potilaan itsensä säätämää kivunhoitoa eli PCA-kipupumppua (patient controlled analgesia), spinaalista kivunhoitoa tai annostella kipulääkitys parenteraalisesti. Parenteraalinen annostelu tarkoittaa kipulääkityksen antamista ruoansulatuskanavan ulkopuolelta esimerkiksi suoraan laskimoon tai lihakseen. Poikkeuksellisen vaikeissa kiputilanteissa on mahdollista myös käyttää palliatiivista sedataatiota. (Hamunen ym. 2013, 390.) Palliatiivisessa sedataatiossa potilas rauhoitetaan tai vaijutetaan hänet uneen lääkeshoidon avulla esimerkiksi välittömän tukehtumiskuoleman uhatessa. Palliatiivista sedataatiota voidaan käyttää terminaalivaiheen potilaalla, joka kärsii sietämättömistä oireista kuoleman läheisyydessä ja jos kipua ei muilla keinoilla saada hallintaan. Palliatiivisen

sedataation yhtenä tavoitteena voi olla kuolinprosessin helpottaminen. Hoidossa tulee ottaa huomioon, että potilas ja perhe ovat tietoisia sedataation merkityksestä ja hyväksyvät sen keinona helpottaa potilaan oloa. Palliatiivisen sedataation toteuttamisessa hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta, sillä osaamattomuus hoidon arvioinnissa ja toteuttamisessa saattavat lisätä potilaan ja omaisten kärsimyksiä. (Hänninen 2007, 2207, 2210; Hänninen 2008, 2609.)

Läpilyöntikivun hoidossa tehokas kivunhoito saavutetaan opioidikipulääkityksellä, mikäli kipu on herkkä kyseisille lääkkeille. Lääkityksen valintaan vaikuttavat muun muassa kivun luonne, potilaan aikaisemmat kokemukset lääkityksestä sekä tuotteen farmakologiset vaikutukset. Yleisimmin läpilyöntikivun kivunhoidossa käytetään suun kautta otettavia nopeasti vaikuttavia opioidilääkkeitä kuten morfiinihydrokloridia (morfiini). Suun kautta annosteltavat opioidilääkkeet eivät kuitenkaan ole tutkimustiedon perusteella paras vaihtoehto läpilyöntikivun hoitamiseen, sillä niiden tehoamisen vaikutus alkaa myöhemmin ja lääkkeen vaikutuksen kesto on suhteellisen pitkä. Läpilyöntikivun tehokas lääkehoitoannostus tulisi laskea potilaan päivittäisestä lääkityksestä, jossa yksi kuudesosa päivittäisestä opioidilääkityksestä olisi läpilyöntikivun aloitusannos. (Davies 2011, 806–807; Pautex ym. 2014, 407–408.) Suun kautta annosteltava morfiini on tehokas yli 60 minuuttia kestävä läpilyöntikivun hoidossa. Uudet fentanyylipohjaiset suun tai sierainten kautta annosteltavat nopeavaikutteiset lääkkeet ovat tehokkaampia, koska niiden vaikutus alkaa heti ja vaikutuksen kesto on lyhyt. (Davies 2011, 806–807.) Zeppetella ja Davies (2013, 2) tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen opioidilääkkeiden käytöstä läpilyöntikivun hoidossa ja tulosten mukaan suun tai sieraimien kautta annosteltu fentanyyli oli tehokas ja turvallinen kivunlievitys läpilyöntikivun hoidossa.

Lääkkeellisen kivunhoidon ohjauksessa tärkeitä asioita ovat muun muassa potilaslähtöisyys, turvallinen ilmapiiri ja hoidon jatkuvuus. Onnistuneen ohjauksen edellytyksenä on, että sairaanhoitajilla on tietoa lääkkeellisestä kivunhoidosta, taitoa potilasohjaukseen sekä kykyä huomioida ja arvioida potilaiden vointia ja pelkoja. Haasteita ohjaukselle voi aiheuttaa muun muassa potilaiden moniongelmaisuus, ajan ja hoidon jatkuvuuden puute, epäyhtenäiset ohjausmenetelmät sekä rajoitetut toimintamahdollisuudet kivunhoidon toteutuksessa. (Rhen 2014, 18–19.)

4.3.3 Kivun lääkkeetön hoito

Syöpäpotilaiden kipua voidaan lievittää ja vähentää myös ei-lääkkeellisin menetelmin, kuten esimerkiksi musiikin ja potilasohjauksen avulla (Bradt, Dileo, Grocke & Magill 2015, 1; Ling, Lui & So. 2011, 511). Syöpäpotilaan kipua voidaan hoitaa ja vähentää musiikkiterapian avulla. Bradtin ym. tekivät vuonna 2015 systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (N=30) siitä, kuinka musiikilla voidaan tuoda parannusta syöpäpotilaan psykososiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Syöväällä voi olla laaja-alaiset vaikutukset emotionaaliseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Bradtin ym. (2015) tulokset osoittivat, että musiikilla ja musiikkiterapialla oli kesivaikeaa syöpäkipua lievittävä vaikutus. (Bradt ym. 2015, 1.) Lingin ym. (2011) tutkimuksen perusteella potilaan ohjaaminen kivun hoidossa vähensi kivun voimakkuutta ja esiintymistä. Ohjauksella ei kuitenkaan ollut vaikutusta potilaiden elämänlaatuun. Tutkijat totesivatkin, että kipu ja elämänlaatu ovat subjektiivisia kokemuksia ja oman elämän laadun kokeminen ei ehkä ole paras osoitin kivun potilasohjauksen vaikuttavuudesta. (Ling ym. 2011, 511.) Myös Leen ym. (2014, 4792) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa selvisi, että potilasohjauksella on kipua alentava vaikutus syöpäpotilailla, minkä vuoksi potilasohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota (Lee ym. 2014, 4792).

4.4 Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito

Anttosen ja Kiurun (2014, 13) mukaan palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan potilaan oireenmukaista hoitoa, missä keskeistä on potilaan elämänlaatu ja huolenpito. Palliatiivinen hoito tarkoittaa oireita lievittävää hoitoa, joka voi olla kestoaltaan jopa vuosia. Se on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jota annetaan, kun parantavaa hoitoa sairauteen ei enää ole. Tällöin hoidon tavoitteena on taata potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Tavallisimpia syöpään kuolevien potilaiden oireita heidän elämänsä loppuvaiheessa ovat uupumus, heikkous, kipu, laihtuminen, hengenahdistus, ummetus ja masennus. (Kuolevan potilaan oireiden... 2012, 3–5; ETENE 2012, 4.) Palliatiivinen hoito voi olla osana potilaan hoitoa, vaikka parantavia hoitoja olisi vielä jäljellä. Tällöin potilas ja omaiset saavat sopeutumisaikaa myös ajatukseen siitä, että elämä päättyy. (Anttonen & Kiuru 2014, 14.)

Hännisen (2008, 2607) mukaan Byock (1999) on todennut, että ideaalisessa palliatiivisessa hoidossa hoitohenkilöstö osaa havaita ja ottaa huomioon potilaan kokemukset. Hoitohenkilöstön pitää pystyä ymmärtämään, että potilailla on erilaisia kokemuksia, jotka eivät ole sidoksissa pelkästään kipuun tai sairauden aiheuttamiin muihin patofysiologisiin muutoksiin. Nguyen, Yates ja Osborne (2014) selvittivät, että hoitajat, jotka työskentelevät palliatiivisissa hoitoyksiköissä, hallitsevat palliatiivisen hoidon periaatteet hyvin. He ehdottivat, että hoitajien koulutukseen tulisi lisätä enemmän koulutusta palliatiivisesta hoitotyöstä, sillä se lisää hoitajien kokemusta omasta ammattitaidostaan heidän hoitaessaan palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaita. (Nguyen ym. 2014, 454–455.) Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2002 palliatiivisen hoidon suositukset, joissa korostetaan muun muassa kivun ja oireiden mukaista hoitoa (WHO 2002). Suurin osa palliatiivisen vaiheen kivuista on hoidettavissa tavanomaisin kipulääkkein, jos otetaan huomioon potilaan toiveet ja seurataan potilaan vointia (Hamunen ym. 2013, 391).

Nguyenin ym. (2014) tutkimuksen perusteella kokeneilla hoitajilla oli negatiivisempi asenne kuolevaa potilasta ja heidän läheisiään kohtaan kuin kokemattomammilla hoitajilla. Stressi ja työuupumus saattoivat olla osasyynä siihen, että kokeneilla hoitajilla oli negatiivisia asenteita palliatiivisessa hoidossa olevaa potilasta kohtaan. Lisäksi tutkimuksessa selvisi, että syöpäosastoilla työskentelevät hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta palliatiivisesta hoitotyöstä etenkin kivunhoidosta, potilaiden psykososiaalisesta ja henkisestä tukemisesta sekä kuolevan potilaan kanssa kommunikoimisesta. (Nguyen ym. 2014, 454.)

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe ja tällöin potilaan kuolema on lähellä. Saattohoitovaihe on kestoltaan lyhyt, useimmiten viikkoja, enintään kuukausia. Saattohoito tarkoittaa potilaan ja omaisten hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheessa, ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Keskeisiä asioita potilaan saattohoidossa ovat oireiden ja kärsimysten lievittäminen. Myös hyvä perushoito on tärkeää. Perushoito käsittää potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Saattohoidon päätös tulisi tehdä yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito... 2012, 5; ETENE 2012, 6.) Vuosittain Suomessa saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 potilasta, joista suuri joukko on syöpäpotilaita. Saattohoitoa ohjaavat eettiset arvot, kuten ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Suomessa saattohoitoa ohjaa Lääkintöhallituksen vuonna 1982 sairaanhoitolaitoksille antamat terminaalihoidon ohjeet, joissa korostuu inhimillisyys ja sellaisten hoitotoimien karsiminen, jotka eivät

oleellisesti vaikuta sairauden ennusteeseen. Ohjeissa korostetaan myös potilaan kivuttomuutta ja oireiden lievittämistä ja sitä, että potilas saisi elää haluamassaan ympäristössä läheistensä seurassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 6, 11, 13–15.)

Jänikselän (2014) pro gradu -tutkielmassa tutkittiin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Jänikselän mukaan hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta koskien potilaiden kivunhoitoa. Hoitajilla oli kokemuksia huonosti onnistuneesta kivunhoidosta, jolloin potilas ei saanut riittävästi kipulääkettä. Lisäksi hoitajista tuntui, että lääkärit eivät uskaltaneet määrätä kipulääkettä saattohoidossa olevalle potilaalle riittävästi. (Jänikselä 2014, 18.)

Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipu on subjektiivista ja monimuotoista, minkä vuoksi on tärkeää huomioida kivun luonne ja sijainti. Saattohoitovaiheen syöpäpotilaan kivunhoitoa pitää kehittää. Matthien ja McMillanin (2014) mukaan syöpää sairastavat saattohoitopotilaat kokivat kipunsa kovaksi ja olivat ahdistuneita kivun vuoksi. Tutkimuksessa todettiin, että 71 % saattohoitopotilaista kärsii kivuista. (Matthie & McMillan 2014, 205–208.)

4.5 Kirjallisuuskatsaus ja sen toteutus

Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tietoa ennalta rajatusta aiheesta ja sen tarkoituksena on saada vastauksia aiheeseen liittyviin tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsaus selkeyttää olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta ja sen avulla saa yleisen kuvan muun muassa siitä, kuinka paljon tutkimustietoa kyseisestä aihealueesta on olemassa ja minkälaisia tutkimukset ovat. (Axelin, Johansson, Stolt & Ääri 2007, 2–3; Kylmä & Juvakka 2007, 46.) Kirjallisuuskatsaus on tärkeä kohta tutkimuksessa tutkimusetiikan näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 45).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toissijainen tutkimus jo olemassa oleviin tutkimuksiin, jotka on tarkasti rajattu ja valikoitu. Vain oleelliset ja tarkoitusta vastaavat korkealaatuiset tutkimukset huomioidaan. (Axelin ym. 2007, 4–5.) Jotta tulokset olisivat mahdollisimman selkeitä ja hyödynnettäviä, systemoidulla kirjallisuuskatsauksella on kolme tavoitetta. Tavoitteet ovat alkuperäistutkimusten riittävä määrä, alkuperäistutkimusten menetelmällinen laatu ja tutkimustulosten yhdistäminen. (Metsämuuronen 2006, 31.)

Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaus noudattaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita, mutta ei ole sitä laajuudeltaan. Kirjallisuuskatsauksen tekemistä ohjasivat etukäteen selkeästi määritellyt tutkimuskysymykset, joihin pyrittiin saamaan vastauksia kirjallisuuskatsauksen avulla.

Tiedonhaku on järjestelmällinen prosessi, johon kuuluu tiedonhaun suunnittelu ja toteutus. Tiedonhaun avulla etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Hakustrategian avulla pyritään tunnistamaan kaikki mahdolliset aiheeseen liittyvät oleelliset artikkelit ja tutkimukset (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 27–28.) Kirjallisuuskatsauksen toteutus lähtee tutkimuskysymyksistä, joiden jälkeen päätetään hakusanat ja tietokannat, joista alkuperäistutkimuksia haetaan (Johansson 2007, 6).

Tiedonhakua varten määritellään hakusanat, joilla tutkimuksia etsitään eri tietokannoissa. Hakusanoihin voi hakea apua erilaisista sanakirjoista, esimerkiksi asiasanastoista. YSA on yleinen suomalainen asiasanasto, johon on koottu eri alojen yleisin terminologia kattuen kaikki tieteen- ja tiedonalat. Englanninkielisiin hakusanoihin löytyy myös sanastoja, esimerkiksi MeSH-sanasto, joka sisältää lääke- ja terveystieteen asiasanaston. Hakusanojen yhdistämiseen eri tietokannoissa on myös logiikkansa, johon tutkijan on suositeltavaa tutustua etukäteen. (Tähtinen 2007, 18–19; Sarajärvi ym. 2011, 30.)

Tässä tutkimuksessa alkuperäistutkimuksia haettiin systemaattisesti etukäteen määritellyillä hakusanoilla. Aineistoa haettiin MeSH- ja YSA-asiasanoilla sekä vapaasanahauilla. Samat hakusanat ja sanayhdistelmät toistui loogisesti jokaisessa tiedonhaussa tietokannoittain. Katsauksessa käytettiin seuraavia hakusanoja: syöpä / cancer, kipu / pain, kivunhoito / pain management, palliatiivinen hoito / palliative care. Kirjallisuuskatsauksessa tulee päättää hakusanojen jälkeen myös tietokannat, joita katsauksessa hyödynnetään. (Johansson 2007, 6). Manuaalisen haun hyödyntäminen on myös suotavaa kirjallisuuskatsauksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 49). Taulukossa 1 esitetään tähän kirjallisuuskatsaukseen valitut tietokannat.

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat.

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	Kansainvälinen artikkeliviitetietokanta, joka sisältää hoitotieteellistä aineistoa (Sarajärvi ym. 2011, 29).
Cochrane-kirjasto	Viitetietokanta, joka sisältää systemaattisia kirjallisuuskatsauksia liittyen sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen (Tähtinen 2007, 32).
Pubmed MEDLINE (Medical Literature Online)	Kansainvälinen kirjallisuusviitetietokanta, joka sisältää lääketieteellistä aineistoa (Kylmä & Juvakka 2007, 48).
Tampub	Tampereen yliopiston avoin julkaisuarkisto, joka sisältää yliopiston väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia, lisensiaattitöitä sekä opinnäytetöiden viitetietoja ja tiivistelmiä (Tampereen yliopisto 2014).
Google Scholar	Googlen tutkijakäyttöön kehitetty järjestelmä, joka sisältää pelkästään internetissä julkaistua tieteellistä materiaalia (Sarajärvi ym. 2011, 29).

Kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa päätetään alkuperäistutkimuksien sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin ja niiden määrittely tapahtuu ennen varsinaista alkuperäistutkimuksien valintaa. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää se, jos sisäänottokriteerien toimivuutta esitellään muutamalla sattumanvaraisella alkuperäistutkimuksella. Hyväksyttävien ja poissuljettavien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain ja alkuperäistutkimuksista tarkastellaan kriteereitä muun muassa otsikon, abstraktin ja koko tekstin tasoilla. (Metsämuuronen 2006, 30–31; Stolt & Routasalo 2007, 59.)

Tähän kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin tutkimukset, jotka on julkaistu viimeisten kymmenen vuoden aikana. Sisäänottokriteeri tutkimuksista, jotka koskivat 9–79-vuoti-

aita, valittiin sattumanvaraisesti. Kirjallisuuskatsausta tehdessä ilmeni, että yli 80-vuotiaisiin kohdistuneita tutkimuksia oli niukasti. Taulukossa 2 on esitetty tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

TAULUKKO 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Vuosina 2004–2014 julkaistut tutkimukset	Ennen vuotta 2004 julkaistut tutkimukset
Kansalliset ja kansainväliset hoito- ja lääketieteelliset tutkimukset	Muiden tieteenalojen tutkimukset
Tutkimukset, tieteelliset artikkelit	AMK-tason tutkimukset, oppikirjat, muut artikkelit
Englannin- ja suomenkieliset tutkimukset	Muut kielet
Tutkimukset, jotka koskivat 19–79-vuotiaita	Lapsia ja yli 80-vuotiaita koskevat tutkimukset
Alkuperäistutkimus saatavilla ” Full Text” -artikkelina	Tutkimukset, joissa saatavilla pelkkä abstrakti
Alkuperäistutkimusten laadunarvioinnissa 15p. tai sen yli menevät tutkimukset	Alkuperäistutkimusten laadunarvioinnissa alle 15p. tutkimukset

Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen alustava haku suoritettiin tammi- ja helmikuussa 2015 taulukossa 1 esitettyihin tietokantoihin. Niiden lisäksi alustavassa haussa oli mukana vielä yhtenä tietokantana Medic, joka koostuu kotimaisista lääke- ja hoitotieteellisistä julkaisuista. Lopullinen kirjallisuuskatsaus toteutettiin maaliskuussa 2015 ja siitä jätettiin Medic kokonaan pois, koska hakusanoilla haetut tulokset painottuivat enemmän lääketieteellisiin tutkimuksiin. Alustavassa kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimuksia tuli paljon, joten varsinaisessa haussa maaliskuussa hakusanat muokattiin sellaiseen muotoon, jolla saatiin rajattua haku vastaamaan paremmin tutkimuskysymyksiin. Alkuperäistutkimusten haun ensimmäisessä vaiheessa valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella tutkimukset, joita tuli yhteensä 29. Kun otsikon ja tiivistelmän perusteella valittuja tutkimuksia luettiin syvällisemmin, valittiin koko tekstin perusteella kirjallisuuskatsaukseen yhteensä 16 alkuperäistutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiä ja sisäänot-

tokriteereitä (Liite 1). Karsiutuneet tutkimukset olivat heikkotasoisia, koskivat postoperatiivista kivunhoitoa, lasten kivunhoitoa tai eivät koskeneet syöpäkivun hoitoa. Taulukossa 3 on esitetty alkuperäistutkimusten haku- ja valintaprosessi tarkemmin.

TAULUKKO 3. Tiedonhaku tietokannoittain sekä otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella valittujen alkuperäistutkimusten määrä 19.3.2015.

Tietokanta	syöpä / cancer and kipu / pain and ki- vunhoito / pain management	syöpä / cancer and kipu / pain and kivunhoito / pain management and palliativinen hoito / palliative care	syöpä / cancer and palliativinen hoito / palliative care and kivunhoito / pain management	Otsikon ja tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Cinahl	71	20	20	12	9
Cochrane	33	7	7	4	1
Pubmed	1247	205	205	9	4
Tampub	5	0	3	1	1
Manuaalinen haku				3	1
Yhteensä	1356	232	235	29	16

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden parantamiseksi tutkimusten näytön asteen vahvuutta arvioitiin Sarajärvi ym. (2011, 14) teoksessa olevaa Sosiaali- ja terveysministeriön 2009 julkaisemaa taulukkoa apuna käyttäen. Tutkimusten näytön asteen vahvuutta arvioitiin sen jälkeen, kun alkuperäistutkimukset oli valittu koko tekstin perusteella kirjallisuuskatsaukseen mukaan. Taulukossa vahvinta tutkimusnäyttöä kuvastaa A, joka saavutetaan meta-analyysillä, systemaattisella tai systemoidulla katsauksella. Meta-analyysi tarkoittaa tutkimusta, jonka aineistona käytetään useita samaa aihetta käsitteleviä, samoin metodein aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia (Terveyskirjasto 2015). Näytön aste B kertoo kohtalaisesta tutkimusnäytöstä ja se koostuu systemoidusta katsauksesta, yhdestä satunnaistetusta hoitokokeesta tai useista hyvistä kvasikokeellisista tutkimuksista. Näytön aste C kertoo niukasta tutkimusnäytöstä, joka saavutetaan useilla hyvillä laadullisilla tutki-

muksilla, joilla on samansuuntaiset tulokset tai useasta määrällisesti kuvailevista tutkimuksista. D kuvastaa heikkoa tutkimusnäyttöä, joka koostuu yksittäisistä hyvistä muista tutkimuksista tai asiantuntija-arvioista. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui tutkimuksia, joilla on vahva tutkimusnäyttö, mutta myös heikon tutkimusnäytön tutkimuksia otettiin mukaan. Liitteessä 1 on esitetty kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset sisältäen näytön asteen arvioinnin.

Näytön asteen lisäksi tutkimusten laatua arvioitiin. Alkuperäistutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin Palomäen ja Piirtolan (2012, 73) laatimaa laadunarviointilomaketta, jonka käyttöön on tutkijoiden lupa. Alkuperäistutkimusten laadunarviointilomake on esitetty liitteessä 2. Laadunarviointilomakkeessa maksimipistemäärä on 20. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimukset olivat laadukkaita ja sisäänottokriteerien mukaisesti katsaukseen valikoitiin vain 15 pistettä tai sen yli pisteytetyt tutkimukset.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitiin yhteensä 16 tutkimusta. Tutkimuksista 15 oli julkaistu englannin kielellä ja lisäksi katsauksessa on mukana yksi suomenkielinen tutkimus. Katsaukseen valittiin neljä systemaattista kirjallisuuskatsausta, jotka käsittelivät kivun esiintymistä syöpäpotilailla, potilasohjauksen vaikutusta syöpäpotilaiden elämän laatuun ja kivun voimakkuuteen sekä sairaanhoitajien lisäkouluttamisen vaikutuksista syöpäkivunhoidon hallintaan. Yksi kirjallisuuskatsaus oli tehty musiikin merkityksestä ja vaikutuksesta syöpäpotilaille. Lisäksi tässä katsauksessa oli viisi alkuperäistutkimusta, joissa oli selvitetty potilaiden toiveita elämänlaadultaan ja kivunhoidoltaan. Seitsemän alkuperäistutkimusta käsitteli syöpäkivun hoitoa hoitohenkilöstön näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimukset on esitetty liitteessä 1.

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle on ominaista asioiden kuvaaminen kokonaisvaltaisesti ja siinä pyritään selvittämään ihmisten omia kokemuksia todellisuudesta. Tutkimuksessa keskitytään ihmisen tutkimiseen havainnoimisen ja keskustelun avulla, jolloin tavoitteena on saada ihmisten omia kuvauksia koetusta todellisuudesta. Tutkittavat henkilöt valitaan tutkimukseen tarkoituksenmukaisesti, jolloin heillä on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Ihmisten kokemuksia ja aineistoa käsitellään ainutlaatuisina. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan keskittyä tutkimaan joko vastaajien kokemuksiin tai käsitelyyn liittyviä merkityksiä. (Vilka 2005, 97–98; Kylmä & Juvakka 2007, 16; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 156–160.) Laadullisen tutkimuksen päämääränä voi olla tuottaa uutta tietoa, teoriaa tai saada uusi näkökulma jo tutkittuun ilmiöön (Kylmä & Juvakka 2007, 30).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei määrittele määrä vaan laatu. Tunnusomaista tutkimukselle on laaja tutkimusaineisto pienestä osallistujamäärästä huolimatta. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa aihetta tai kohdetta. Aineistonkeruussa aineiston riittävyyden kuvaamiseen käytetään saturaation käsitettä, mikä tarkoittaa tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään ja oleellista uutta tietoa ei enää ilmene haastatteluissa. Saturaation täytyminen luo kuitenkin haasteita tutkijalle, koska tutkijan oma kokemus ja oppineisuus vaikuttavat siihen, miten ja koska hän kokee saturaation täytyneen. (Vilka 2005, 126, 127–128; Hirsjärvi ym. 2009, 176–177; Hirsjärvi & Hurme 2011, 58–60; Tuomi & Sarajärvi 2013, 87.)

5.2 Aineistonkeruumenetelmä ja aineistonkeruun toteutus

Laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu pelkistetyimmillään tekstiksi muunnetusta aineistosta (Eskola & Suoranta 2005, 15). Aineistoa voi kerätä haastattelemalla, mikä on Suomessa yleisin tapa kerätä laadullista aineistoa. Haastattelun etuina nähdään sen joustavuus aineistoa kerätessä ja lisäksi aineistoa on mahdollista tulkita syvällisemmin kuin

esimerkiksi kyselylomakkeen avulla kerättyä aineistoa. (Eskola & Suoranta 2005, 85; Hirsjärvi ym. 2009, 199–200; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.) Yleensä tutkimukseen halutut henkilöt saadaan osallistumaan tutkimukseen, kun menetelmänä käytetään haastattelua. Toisaalta haastattelu on aikaa vievä tiedonkeruumenetelmä ja se edellyttää tutkijalta suunnitelmallisuutta ja kouluttautumista haastattelijan rooliin. (Hirsjärvi ym. 2009, 199–201.)

Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi esimerkiksi silloin, kun tutkitaan intiimejä tai emotionaalisia asioita (Metsämuuronen 2006, 113). Haastattelun esitestaamisella ennen varsinaista haastattelua varmistetaan teemojen asianmukaisuus ja tarpeen mukaan haastattelurunkoa voidaan vielä muokata ennen varsinaista aineistonkeruuta. Suositeltavaa olisi esihaastatella ainakin kahta perusjoukkoon mutta ei otokseen kuuluvaa henkilöä. (Eskola & Suoranta 2005, 88; Hirsjärvi & Hurme 2011, 72.)

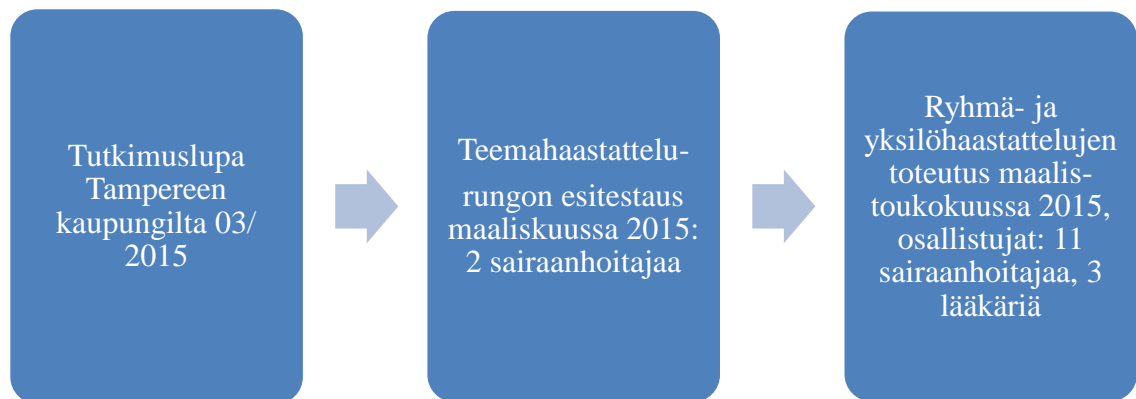
Teemahaastattelu on yksi haastattelun laji, jota voidaan kutsua myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Tässä haastattelumuodossa ollaan kiinnostuneita tutkittavan ilmiön perusluonteesta ja -ominaisuuksista. Keskeisiä asioita teemahaastattelussa ovat ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset. Teemahaastattelussa keskustelu tutkijan ja tutkittavan välillä pohjautuu ennalta määritettyihin teemoihin ja haastattelu etenee näiden teemojen mukaisesti. Teemat ovat kaikille tutkittaville samat, joten tutkijan näkökulma ei määritä haastattelua, vaan siinä saadaan tutkittavien äänet kuuluviin. Teemoja ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Teema-alueiden valinnassa tulee ottaa huomioon, että niillä saadaan vastauksia tutkimusongelmiin ja keskeisiin asioihin. Tutkija voi luoda keskustelua eteenpäin ohjaavia kysymyksiä, jotka auttavat silloin, kun haastattelu ei etene toivotulla tavalla tai poiketaan aihealueesta. Teemahaastattelun kysymyksiltä ei vaadita tarkkaa muotoa tai järjestystä. (Eskola & Suoranta 2005, 86; Metsämuuronen 2006, 115; Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48, 66, 103; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.)

Tämä tutkimus on laadullinen ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastatteluja, jotka toteutettiin sekä yksilö- että ryhmähaastatteluna. Tämä menetelmä valittiin, koska teemahaastattelussa tarkastellaan ihmisten tulkintoja ja merkityksiä tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73). Teemahaastattelu sopii tämän tutkimuksen aiheeseen hyvin, koska tarkastellaan hoitohenkilöstön kokemuksia.

Teemahaastattelu voidaan toteuttaa ryhmähaastatteluna, jota pidetään tehokkaana tiedonkeruun muotona, koska tietoja saadaan usealta henkilöltä samanaikaisesti. Hirsjärven ym. (2009) mukaan Hedges (1985) on todennut, että ryhmän kontrolloivalla vaikutuksella on sekä myönteinen että kielteinen puolensa. Myönteisenä nähdään mahdollisten väärinymmärrysten korjaus ja muistinvaraisten asioiden esiintuominen. Toisaalta ryhmän kannalta kielteisten asioiden esiintulon voi estyä tai ryhmässä dominoivat henkilöt voivat määrätä keskustelun kulun. Tuloksia ja johtopäätöksiä tehtäessä nämä seikat tulisi ottaa huomioon. (Hirsjärvi ym. 2014, 201.) Ryhmähaastatteluissa hyvä osallistujamäärä on 3–12 henkeä tilanteesta ja tutkittavasta aiheesta riippuen (Kylmä & Juvakka 2007, 84). Ryhmähaastattelun ideaaliaihe on sellainen, josta ryhmässä on erilaisia mielipiteitä. Tällöin ryhmä voi stimuloida toistensa mielipiteitä ja asiat tulevat esiin eri tavalla kuin yksilöhaastatteluissa. (Eskola & Suoranta 2005, 96.)

Teemahaastattelurunko (Liite 2) muodostettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksien ja aiheeseen liittyvän aineiston pohjalta. Tähän tutkimukseen valittiin tarkoituksenmukaisesti erikäisiä sairaanhoitajia ja lääkäreitä, jotka työskentelevät Tampereen kaupungin sairaalaja kuntoutuspalveluiden yksikössä ja joilla on kokemusta palliativisen vaiheen syöpöpotilaan kivunhoidon toteutumisesta. Kun tutkimuslupa (Liite 3) oli maaliskuussa 2015 saatu, alettiin suunnitella teemahaastattelurungon esitestaamista ja haastattelujen toteuttamista. Teemahaastattelurungon esitestaamiseen osallistui kaksi sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät yhteistyöorganisaatiossa ja olivat saaneet tutkimuksen saatekirjeen ja haastattelurungon luettavaksi etukäteen. Myös esihaastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, koska oli mahdollista, että esihaastattelusta saatuja tuloksia hyödynnettäisiin varsinaisessa aineistossa. Esihaastattelut nauhoitettiin nauhurilla ja niiden pohjalta todettiin teemahaastattelurunko asianmukaiseksi eikä muutoksia tehty.

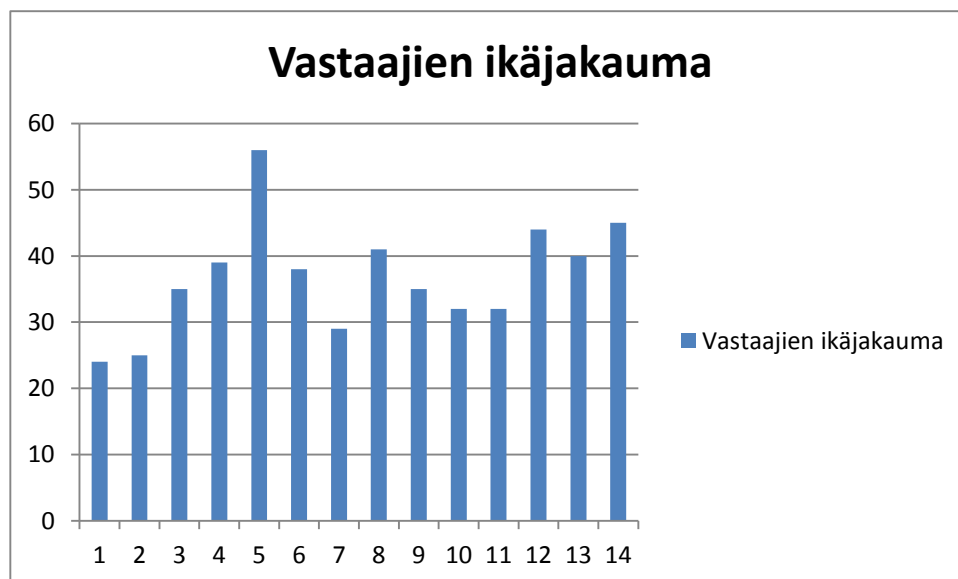
Varsinaiset haastattelut aloitettiin maaliskuussa 2015. Haastateltavia ryhmiä oli kolme ja jokaisessa oli kolme sairaanhoitajaa. Lääkäreiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina heidän kiireellisten aikataulujensa vuoksi. Haastattelujen kesto vaihteli 15 minuutista 45 minuuttiin. Yksilöhaastattelut olivat kestoiltaan lyhempiä. Haastattelut suoritettiin haastateltavien omassa työympäristössä heidän työajallaan. Tutkimukseen osallistui 11 sairaanhoitajaa ja kolme lääkäriä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Kuviossa 2 on esitetty tutkimusprosessin eteneminen.



KUVIO 2. Aineistonkeruun toteuttamisen ajallinen eteneminen.

Tutkimukseen osallistuneet vastaajat olivat kaikki naisia. Vastaajat olivat iältään 24–56-vuotiaita. Vastaajien keski-ikä oli 39,2 vuotta (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Vastaajien ikäjakauma.

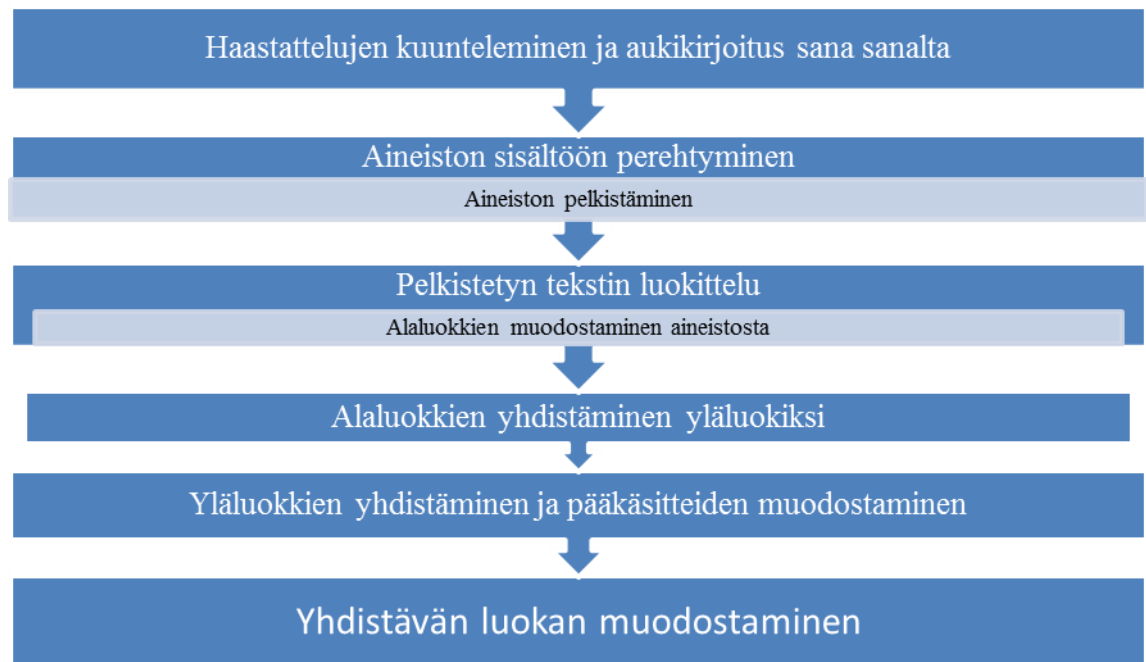


Vastaajien työkokemusvuodet vaihtelivat alle viidestä vuodesta yli 20 vuoden työkokemukseen. Työkokemus kohdeorganisaatiossa vaihteli aina kahdesta kuukaudesta kahteenkymmeneenkuuteen vuoteen. Keskimääräinen työkokemus kohdeorganisaatiossa oli noin kuusi vuotta.

5.3 Aineiston analyysi ja toteutus

Aineiston analyysin tarkoituksena on luoda kokonaiskuva aineistosta ja esittää tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 143). Tuomi ja Sarajärvi (2013) kuvaavat sisällönanalyysia menetelmäksi, jonka avulla tutkimusaineistoa selitetään sanallisesti. Aineistolähtöisen analyysin tarkoituksena on muodostaa teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta, jolloin tutkija analyysin lopussa yhdistää kerättyä tutkimustietoa aikaisempiin tutkimuksiin. Tutkija poimii kerätystä aineistosta analyysiyksiköt, joiden valinta pohjautuu tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysista syntyneet luokat toimivat apukeinoina tutkimuksesta saadun tiedon tarkastelussa. Tulos on saatujen luokkien sisällön tarkastelua ja samalla verrataan kerättyä tietoa aikaisempien tutkimuksien tuloksiin. (Eskola & Suoranta 2005, 19; Tuomi & Sarajärvi 2013, 95, 115.)

Aineiston analyysin voi aloittaa jo samanaikaisesti aineistonkeruun kanssa mutta viimeistään mahdollisimman pian haastattelujen loputtua, jolloin aineisto on vielä hyvin tutkijan mielessä. Aineistonkeruun yhteydessä tutkija voi tehdä omia havaintoja ilmiöistä muun muassa niiden toistuvuuden ja erityistapausten perusteella. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 135–136; Kylmä & Juvakka 2007, 110.) Aineiston tallentamisen jälkeen ensimmäinen vaihe on aineiston auki kirjoittaminen eli litterointi (Vilkkä 2005, 115; Kylmä & Juvakka 2007, 65). Aineiston auki kirjoittamisen jälkeen tutkijan on hyvä lukea tuloksia läpi useampaan kertaan, jotta kokonaisuus aukeaa tutkijalle selkeämmin (Vilkkä 2005, 115; Hirsjärvi & Hurme 2011, 139–140, 143). Analyysin perustana on kerätyn aineiston kuvailu kertomalla muun muassa kohteiden ominaisuuksia tai piirteitä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 145). Tässä tutkimuksessa aineiston analyysi toteutui aineistolähtöisen analyysin mukaan. Aineiston analyysin toteutuminen on kuvattu kuviossa 3.



KUVIO 3. Aineiston analyysin eteneminen, mukailtu Vilkka (2005, 109) mukaan.

Tutkimusaineisto kirjoitettiin puhtaaksi heti haastatteluiden jälkeen käyttäen tekstinkäsittelyohjelmaa. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa tuli yhteensä 32 sivua. Haastattelut kirjoitettiin eri väreillä, jotta vastaukset voitaisiin erottaa toisistaan. Tämä mahdollistaa aineiston syvällisemmän pohdinnan. Lisäksi vastaajat numeroitiin, jotta pystyttiin perustelemaan analyysin eteneminen tarvittaessa.

Aineiston auki kirjoittamisen ja pelkistämisen jälkeen tutkijan tehtävänä on saada analyysin avulla tulokset näkyville (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Koko aineistoa ei ole tarpeen analysoida vaan aineistoista haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Laadullinen tutkimus mahdollistaa tutkimustehtävien tarkentamisen aineiston keruun tai analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Aineiston luokittelu luo pohjan analyysille, joka mahdollistaa haastatteluaineiston myöhemmän tulkitsemisen ja yksinkertaistamisen sekä tiivistämisen (Hirsjärvi & Hurme 2011, 147–48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 101, 111). Tutkimusaineiston kokonaisuuden hahmottaminen mahdollistaa tutkijan tekemään yksityiskohtaisen aineiston analyysin (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Liitteessä 4 on aineiston analyysi esitetty laajemmin.

Aineistolähtöinen analyysi lähtee aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä eli aineiston redusoinnista. Tutkijalle on haasteellista kuvata tilanteen ja sen moniulotteisuuden avaaminen. Tutkijan tulee pyrkiä säilyttämään kuvattu todellisuus mahdollisimman

tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 110.) Ensimmäisessä vaiheessa tutkija tunnistaa ja merkitsee ne asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita (Hirsjärvi & Hurme 2011, 147–48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 101, 111).

Aineiston puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen aineistoon perehdyttiin lukemalla aineistoa moneen kertaan, minkä jälkeen alkuperäisilmaukset tiivistettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Ennen pelkistämisen aloitusta palliatiivisen vaiheen kivunhoito valittiin analyysiyksiköksi. Aineiston pelkistämistä käsiteltiin Excel-taulukoiden avulla. Alkuperäisilmauksille määritettiin pelkistetty ilmaus, joka sijoitettiin alkuperäisilmauksen viereiseen sarakkeeseen (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
”kyllä mun mielestä näillä potilailla mitä täällä on ollut niin on kuiteski se peruskivulääke aina siellä”	Potilailla on peruskivulääkitys pohjalla
”no syöpäpotilaan kivunhoito meidän osastolla niin tota huonollahan mallilla se on”	Kivunhoito riittämätöntä
”kyllähän sitä lisäkoulutusta aina tarvitaan”	Lisäkoulutuksen tarve

Analyysin toisessa vaiheessa, aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä tai luokittelussa, aineistosta poimitut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja tutkija etsii niistä samanlaisia ja / tai erottavia sanoja. Samaa asiaa kuvaavat sanat ryhmitellään ja yhdistetään alaluokaksi ja luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tarkoituksena olisi lopulta muodostaa kaikista käsitteistä yksi kaikkia kuvaava käsite. Tutkijan oma tulkinta ja tutkimustehtävät ohjaavat pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämistä. Yhdistämällä alaluokkia syntyy yläluokkia. Ryhmittelyn edetessä tutkijan pitää arvioida, miten pitkälle aineistoa ryhmittelee, jotta tulosten merkitysarvo ei vähene. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–118; Hirsjärvi & Hurme 2011, 147–48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 101, 111.)

Pelkistämisen jälkeen aineistosta muodostettiin käsitekartta, jonka avulla saatiin kokonaisuus hahmotettua. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisia asioita kuvaavia ilmauksia kokoamalla ne yhteen ja luokat nimettiin niitä kuvaavalla käsitteellä. Lopuksi pelkistetyt ilmaukset taulukoitiin Excelillä (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Esimerkkejä aineiston ryhmittelystä alaluokiksi.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Hoitajat eritasoisia kivunhoidon tietämykseltään ja osaamiseltaan	Tiedonpuute kivun hoidosta
Potilaan kivuttomuus tärkeintä	Kivuttomuus

Alaluokkien muodostumisen jälkeen jatkoin aineiston analysoimista ja kokosin samankaltaisia alaluokkia yhteen ja näin syntyi aineistosta yläluokkia. Yläluokat nimettiin alaluokista syntyvistä käsitteistä (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Esimerkki aineiston luokittelusta yläluokkiin.

Alaluokka	Yläluokka
Havainnointi	
Sanallinen viestintä	Kivun arviointi
Potilaan perushoito	Kivun lääkkeetön hoito
Henkinen tuki	

Analyysin viimeinen vaihe, aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden muodostaminen aineistosta, tarkoittaa, että aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan valituista alkuperäisilmauksista teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Abstrahointi on tutkijalla mukana myös analyysin kahdessa ensimmäisessä vaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119; Hirsjärvi & Hurme 2011, 147–48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 101, 111.)

Yläluokkien määrittämisen jälkeen aineiston käsitteellistämistä jatkettiin ja yläluokille nimettiin pääluokat, joita tutkimukseen tuli kaksi. Pääluokat olivat kivunhoidon toteutuminen ja kivunhoidon kehittäminen (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Esimerkki pääluokkien muodostumisesta.

Yläluokka	Pääluokka
Kivun lääkehoito	
Kivun lääkkeetön hoito	Kivun hoidon toteutuminen
Haasteet syöpäpotilaan kivunhoidon toteutuksessa	Kivun hoidon kehittäminen
Koulutus kivunhoidon kehittämisen apuna	

Yhdistäväksi luokaksi kahdelle pääluokalle nimettiin hoitohenkilökunnan kokemukset syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta, johon kivunhoidon toteutuminen ja syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen molemmat sisältyvät (Taulukko 9).

TAULUKKO 9. Yhdistävän luokan muodostuminen.

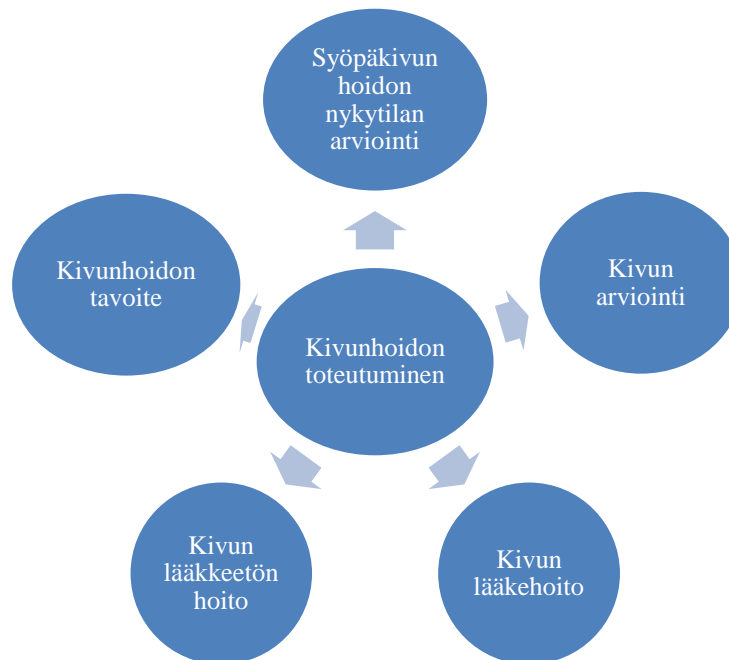
Pääluokka	Yhdistävä luokka
Kivun hoidon toteutuminen	Hoitohenkilökunnan kokemukset syöpäpotilaan palliativisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta
Kivun hoidon kehittäminen	

6 TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan teemahaastatteluiden avulla saadut tulokset hoitohenkilöstön kokemuksista palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisesta. Hoitajien ja lääkäreiden vastauksia ei tutkimustuloksissa eritellä, koska vastaajamäärä oli pieni. Tulokset esitetään pääluokittain ja yläluokkien sisältö kuvataan. Toinen pääluokka oli kivunhoidon toteutuminen, johon kuului kivunhoidon tavoite, syöpäkivun hoidon nykytilan arviointi, kivun arviointi, kivun lääkehoito ja kivun lääkkeetön hoito. Toinen pääluokka oli kivunhoidon kehittäminen, johon sisältyi haasteet syöpäpotilaan kivunhoidon toteutuksessa, koulutus kivunhoidon kehittämisen apuna, moniammatillisen yhteistyön lisääminen, kivun hoito-ohjeiden kehittäminen ja kivun lääkehoidon kehittäminen. Alkuperäisilmaisuja on käytetty tekstin elävöittämiseksi.

6.1 Kivunhoidon toteutuminen

Kivunhoidon toteutumiseen kuului kivunhoidon tavoite, syöpäkivun hoidon nykytilan arviointi, kivun arviointi, kivun lääkehoito ja kivun lääkkeetön hoito (Kuvio 4).



KUVIO 4. Kivunhoidon toteutumiseen muodostuneet luokat.

Kivunhoidon tavoitteena oli potilaiden kivuttomuus, mikä nähtiin mahdolliseksi saavuttaa antamalla riittävästi kipulääkettä hyödyntäen myös uusia kipulääkevaihtoehtoja. Kivunhoidon lääkemääräyksiä toivottiin joustavammaksi kuin nyt. Hoitohenkilöstön mielestä kivunhoidon yksilöllinen suunnittelu oli tärkeää kaikkien potilaiden kohdalla.

”Sit pitäis kuitenkin aina muistaa se potilaan kokemus, et mitä se kipu on...”

”... se on tärkein asia, että potilas olisi kivuton”

Kivunhoidon toteutumiseen liittyi **kivun arviointi**. Arvioinnin menetelminä käytettiin havainnointia, kipumittareita, sanallista viestintää ja erilaisia mittauksia, kuten verenpaineen ja pulssin seuranta. Hoitohenkilöstön ammattitaitoon kuului hallita kivun arviointi myös muilla keinoilla kuin sanallisella viestinnällä. Ilmeet, eleet ja asennon vaihtoihin reagoiminen saattoivat kertoa potilaan kokemasta kivusta. Lisäksi levottomuus ja ihon hikisyys viestittivät potilaan kivuista. Osa hoitohenkilöstöstä käytti kivun arvioinnissa apunaan VAS-kipumittaria, mutta sen käyttö ei ollut säännöllistä.

”...jos potilas on sellainen, ettei osaa itse tai pysty itse sanomaan niin sitten katsotaan, et kuinka käyttäytyy”

”yleistä havainnointia ilmeistä, eleistä...”

”...just on näitä kipumittareita, VAS, niinku arvioida ykkösestä kymmeneen, ainakin mä käytän”

Potilailta sai kysymällä suoraa tietoa heidän kokemastaan kivusta. Hoitohenkilöstö lisäksi pyrki ohjaamaan ja rohkaisemaan potilaita ilmoittamaan mahdollisista kivuista. Vastaajat näkivät, että potilaan oma ilmaisu kertoo kivun voimakkuudesta ja luonteesta.

”...kysytään potilailta kivuista ja pyydetään ilmoittamaan jos on kipua...”

”täytyy sanoa kyllä, että me sit rohkaistaan potilasta tuomaan julki se kipu...”

Vastaajien kesken oli eroavaisuuksia kivun arvioinnin säännöllisyydessä. Jotkut vastaajat kertoivat kivun arvioinnista aina rutiinikiertoilla vuorokauden ympäri, kun taas toisten

mielestä se ei ollut säännöllistä. Lääkärille kerrottiin potilaan kivuista tarvittaessa. Kivuliaan potilaan kohdalla kiinnitettiin vielä enemmän huomiota kivun arvioimiseen. Kivun luonteen arviointi oli vastaajien mielestä haastavaa ja he kokivat vaikeaksi erotella kroonista kipua läpilyöntikivusta. Hoitohenkilöstö saattoi vertailla potilaan kipua hänen aikaisempaan kipuunsa ja sen hoitomuotoon ja hoiti kipua sen mukaisesti. Vastaajat tiedostivat, että potilaiden oma kokemus kivun voimakkuudesta saattoi erota hoitohenkilöstön arviosta.

”meillä on täällä ne rutiinikierrat, niin tietysti aina silloin kun huoneessa käy..”

”mun mielestä ainakin yks ongelma on se, et kivun määrittäminen on kuitenkin hirveen vaikeeta”

”joskus joku sano, et on tosi kovaa kipua, et saisko lisää lääkettä ja sit ku vie, ni mä otan tän sit vast yöksi...”

Vastaajien mielestä kivun arviointi toteutui kokonaisuudessaan hyvin. Hoitohenkilöstön ja potilaan yhteistyö toimi sujuvasti. Tarvittaessa hoitajat raportoivat lääkärielle potilaan kivuista ja lääkeannoksia nostettiin. Kivun arvioinnin ja hoidon heikentävänä tekijänä nähtiin lyhyet hoitajaksot.

”Sitä (kipua) arvioidaan aika hyvin”

”no just sitä, kun ne ei yleensä oo kauheen pitkää aikaa täällä, sitä ei ehkä oikeen sillä lailla huomioida tällä osastolla”

Kirjaaminen oli osa kivun arvioinnin toteutumista. Vastaajien mielestä kivun kirjaaminen toteutui hyvin. Hoitotyön dokumenteissa näkyi, oliko potilaalla kipuja. Vastaajat toivoivat, että potilaan kivusta kirjoitettaisiin kokonaisvaltaisemmin hoitotyön teksteihin. Kirjaamisesta koettiin olevan apua kivun seuraamisessa ja arvioinnissa.

”asiallisesti laitetaan ylös mitä on annettu ja missä muodossa, mutta mun mielestä saisi olla kyllä huomattavasti kuvaavampaa, että myös nimenomaan sitä arviointia...”

Kivun lääkehoito oli olennainen osa palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumista. Kipupotilaita hoidettiin osastolla viikoittain ja silloin myös lääkehoitoa suunniteltiin. Yksikössä käytettiin WHO:n laatimaa syöpäpotilaan kivunhoidon ohjeistusta, jolloin kipua hoidettiin ensin miedoilla kipulääkkeillä ja siirryttiin asteittain voimakkaampiin valmisteisiin. Syöpäkivun hoidossa käytettiin peruskipulääkkeitä, jotka annosteltiin pääasiassa suun kautta tabletteina tai oraalivalmisteina. Lihakseen pistettävät injektiot ja kipulaastarit olivat myös käytössä kivunhoidossa. Kroonisen hermostokivun hoidossa konsultoitii aina anestesia­lääkäriä. Hoitohenkilöstön mielestä hoitajien ammattitaitoon kuului antaa riittävästi kipulääkettä.

”mennään sen WHO:n portaiden mukaan...”

”kivunhoidon toteutuminen suunkautta otettavilla lääkkeillä, kipulaastareilla...”

”näähän on näitä perus särkylääkkeitä mistä puhutaan eli opioideja ja jos ois tämmöstä kroonista hermostokipua ja lähinnä sit anestesia­lääkäreitä kyllä soitellaan jos tarvii muita kuin kipulääkkeitä elikkä näitä masennus­lääkkeitä tai epilepsialääkkeitä...”

Lääkkeinä käytetyimpiä olivat nopeavaikutteiset opioidit, joista esimerkkinä oksikodoni, ja läpilyöntikivun hoitoon käytössä oli morfiinihydrokloridi (morfiini). Kipulaastarivalmisteena toimi fentanyylilaastari. Oksikodonin käyttö oli vastaajien mielestä suositumpaa kuin morfiinin. Toisaalta kerrottiin myös, että peruskipulääkkeenä oli käytössä morfiini, joko depolan-valmiste suun kautta tai mikstuurana. Niitä käytettiin, jos potilas pystyi ottamaan lääkettä suun kautta eikä hänellä ollut suolen toiminnan häiriötä. Lääke­vasteen odottaminen kivuliaan potilaan hoidossa koettiin ahdistavaksi.

”kovaan kipuun oxynorm tai morfiini i.m.”

”on se karmeeta jos potilas on kipee ja viet tarvittavist jonku oxynormi ja odotat et toivottavasti tää varmaan auttais...”

Potilaalla yleensä oli jokin perussairaus, jota sairaalassa hoidettiin. Vastaajat kertoivat, että kivunhoito saattoi jäädä vähemmälle huomiolle tämän vuoksi. Hoitohenkilöstö tiedosti, että kivunhoidossa saattoi olla riski hengityslamaan, mutta kipua piti hoitaa ja seu-

rata mahdollisia sivuvaikutuksia. Kipua hoidettiin lisäkipulääkkeellä eikä välttämättä kysely kivun luonteesta. Potilaan kivunhoidon toteutumisessa saatettiin katsoa edellisen lääkkeen antoaikaa eikä lisälääkettä annettu lyhyeen aikaväliin vetoamalla.

”...kipua on hoidettava ja se riski on otettava, että voi tulla hengityslama, ei toivotavaa, tilannetta seuraten...”

”...katsotaan, että onkin tossa justiin saanut, että en annakkaan, että se lääkeväli on niin pieni siitä, että...”

Vastuu syöpäpotilaan lääkehoidosta oli aina lääkärillä. Lääkemääräykset saattoivat olla joskus puutteellisia eikä lääkkeen antolupia ollut. Anestesia­lääkäri ei automaattisesti osallistunut syöpäpotilaiden kivunhoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Vastaajat kertoivat, että kivun pitää olla ongelmallista, jotta konsultoitaisiin anestesia­lääkäriä. Hoitohenkilöstön mielestä konsultaatioista sai hyvän kivunhoitosuunnitelman potilaille. Päivystävää lääkäriä jouduttiin usein konsultoimaan kivun lääkehoidosta esimerkiksi viikonloppuisin.

”kyllähän me saadaan hyvät ohjeet jos otetaan vaikka anestesia­lääkäriin yhteyttä, joka suunnittelee sen kivunhoidon...”

”kyllä se aika ongelmallinen on se kipu jo et konsultoidaan”

”kyllä niitä usein joudutaan kysymään päivystävältä viikonloppuna et miten­kä nyt mennään eteenpäin jos on hyvin kipee potilas”

Hoitohenkilöstö mainitsi potilaiden kivunlievitykseen käytettäviä **lääkkeettömiä keinoja**, kuten perushoito, asentohoito, aktiviteetin lisääminen ja ravitsemushoito. Moni vastaaja toi esille henkisen tuen antamisen kipua lievittävänä menetelmänä ja sairaalapastorin osallistuminen kivunhoitoon nähtiin tarpeellisena. Potilaan kivun hoidossa saatettiin käyttää myös kylmä- ja kuumahoitoja sekä lämmintä peittoa potilaan olon helpottamiseksi. Yleisesti vastaajat kertoivat lääkkeettömien hoitomuotojen toimivan osastolla hyvin ja niillä nähtiin olevan merkitys kivunhoidon onnistumiselle.

”...että se psyykinen puoli tulisi myös hoidettua hyvin, koska psyykinen tila vaikuttaa siihen kivun kokemukseen...”

”mun mielestä ihan perushoito jo sinänsä on kivunhoitoa...”

”mun mielestä hyvin käytetään”

Vastaajien mielestä **syöpäkivun hoito** toteutui potilailla pääasiassa hyvin. Potilailla oli käytössä peruskipulääkitys ja kaikilla oli jokin tarvittaessa annosteltava lisäkipulääke. Hoitohenkilöstö kertoi, että oli myös tilanteita, joissa potilas on kivulias ja puuttuu ohjeet, kuinka toimia.

”en ole nähnyt täällä palliatiivisessa vaiheessa olevan syöpäpotilaan kärsivän kivuista, et kyllä täällä sellainen mentaliteetti on...”

”kyllä mun mielestä näillä potilailla mitä täällä on ollut niin on kuiteskin se peruskipulääke aina siellä”

Toiset vastaajat kertoivat, että kivunhoidon toteutuminen vaihteli eri potilaiden välillä ja jossakin tapauksissa kivunhoito oli riittämätöntä. Kotiutusvaiheessa potilaiden kipulääkitystä pyrittiin miettimään tarkemmin, jotta he pärjäisivät kotona. Hoitohenkilöstön mielestä kivunhoito saattoi toteutua vakiintuneiden käytänteiden mukaan, mutta olivat sitä mieltä, että hoidossa pitäisi enemmän huomioida potilaan yksilöllistä kivun kokemusta. Kivun lääkehoidossa tyypillistä oli nostaa peruskipulääkeannoksien, mutta tarvittaessa annosteltaviin lääkemääriin ei tehty muutoksia.

”no syöpäpotilaan kivunhoito meidän osastolla niin huonollahan mallilla se on”

”...silloin kun mennään kotiin niin kipulääkitystä mietitään tarkemmin, että pärjää kotonakin sen kivun kanssa.”

”helposti annetaan sitä yhtä kipulääkettä vaikka voisi antaa myös monipuolisemmin kipulääkkeitä.”

Haastateltavat kertoivat, että syöpäpotilaan krooninen kipu oli paremmin hoidettua kuin läpilyöntikiput. Hoitohenkilöstö tiedosti, että kroonisen kivun hoito vaikuttaa läpilyöntikipujen esiintymiseen. Lievän kivun hoitoa pidettiin helpompana hoitaa kuin läpilyöntikiput.

”toi krooninen kipu, et jos näitä verrataan toisiinsa niin paremmin hoidossa mut ehkä se jollain tapaa on helpompi hoitaa...”

Hoitohenkilöstön mielestä lääkehoidossa morfiinia käytettiin vähän ja sen käyttö toteutui yleensä vain tarvittaessa annosteltuna eikä säännöllisesti. Muita lääkkeitä suosittiin kivunhoidossa, kuten oksikodonia. Morfiinin antoa pelättiin hengityslamariskin vuoksi. Epiduraalisten puudutteiden sekä resoriblettimuotoisen fentanyylin käyttö kivunhoidossa oli myös vähäistä. Pahoinvoinnista kärsivien potilaiden kivunhoidon toteuttamista pidettiin haasteellisena, koska heidän kohdallaan saattoi olla vaikeaa saada annosteltua kipulääkitys tabletteina ja piti käyttää muita annostelureittejä. Vastaajat kertoivat, että laihalla potilaalla kipulääkityksenä käytettiin suun kautta annosteltavaa morfiinia, koska siten lääke imeytyy paremmin kuin kipulaastarista. Kipulaastaria käytettiin myös huonokuntoisilla potilailla.

”tosi huonosti käytetään tässä palliatiivisessa vaiheessa, tota, ei uskalleta siirtyä morfiinin käyttöön...”

”morkkua ei kauheen niinku useasti käytetä, et mennään jollakin muulla”

Kipulääkityksen riittävyttä arvioitiin sen perusteella, minkä verran potilas tarvitsi lääkettä läpilyöntikivun hoitoon. Toiset vastaajat kertoivat läpilyöntikivun hoidon toteutuvan hyvin, toiset taas olivat eri mieltä. Hoitohenkilöstön mielestä lisäkipulääkityksen vaikuttavuutta arvioitiin useammin kuin säännöllisen kipulääkityksen.

”ehkä mun mielestä enenevässä määrin on alettu arvioimaan kipulääkityksen vaikuttavuutta, mutta eihän se aina kirjaamisessa näy...”

Hoitohenkilöstön mielestä päivystysaikaan lääkärin tavoittaminen ja potilaan kipulääkeannoksien nostaminen tai uuden lääkkeen saaminen läpilyöntikivun hoitoon oli vaikeaa.

”päivystystilanteessa, kun on vaan yks päivystävälääkäri koko talossa, että pitäis saada kipulääkettä vahvemmaks tai jotain läpilyöntikipuun erilaista lääkettä niin se on jotenki hankalaa...”

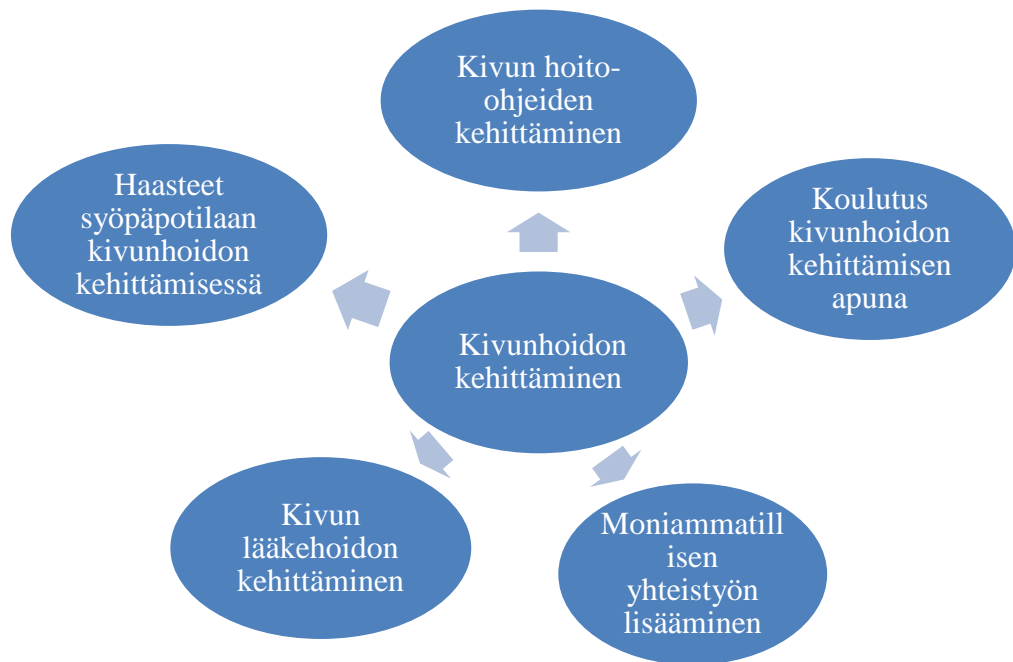
Hoitohenkilöstöllä oli perustiedot kivunhoidon toteuttamisesta ja he olivat aktiivisia potilaan kivunhoidon suunnittelussa. Kokeneilla hoitajilla oli paremmat taidot arvioida kivun luonnetta. Vastaajat kertoivat, että peruskoulutuksessa opetettiin paljon syöpäkivun hoidosta, mutta vain vähän selvitettiin läpilyöntikivun hoidosta. Tutkittavien mukaan lisäkoulutuksissa sai uusinta tietoa lääkehoidosta, mutta olisi hyvä, jos kaikki voisivat osallistua koulutukseen. Koulutusta läpilyöntikivun hoidosta ei ollut ollut.

”näin kollegana täällä, et hoitajilla, joilla on pitkä kokemus ja tietotaito, kyllä teillä on se tieto...kyl te osaatte erottaa siihen liittyvän kivun.”

”ehkä meillä on kans hoitajat aika aktiivisia kyselemään sen kipulääkityksen perään jos ei lääkärit sitä huomaa huomioida.”

6.2 Kivunhoidon kehittäminen

Aineiston perusteella kivunhoidon kehittämiseen sisältyviä luokkia olivat haasteet syöpäpotilaan kivunhoidon toteutuksessa, koulutus kivunhoidon kehittämisen apuna, moniammatillisen yhteistyön lisääminen, kivun hoito-ohjeiden kehittäminen ja kivun lääkehoidon kehittäminen (Kuvio 5).



KUVIO 5. Syöpäpotilaan kivunhoidon kehittämisen luokat.

Kokemattomuus lääkehoidossa voi olla **haasteena syöpäpotilaan onnistuneelle kivunhoidon toteutumiselle**. Kokemattomuus saattoi vaikuttaa morfiinin antamiseen ja yleisesti lääkehoidon toteuttamiseen. Vastaajien mielestä hoitohenkilöstön tiedonpuute vaikutti syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumiseen, koska heidän kivunhoidon osaamisensa ja tietämyksensä voi olla eritasoista. Vastaajat kertoivat, että osaaminen kivunhoitoon saattoi kadota, jos ei ole jatkuvasti tekemisessä sen kanssa. Hoitohenkilöstön mielestä eri kiputyyppeiden hoidosta ja oikeanlaisesta syöpäkivun kipulääkityksestä ei ollut ollut riittävästi koulutusta.

”mutta kyllä hoitajatasollakin, siinä vaiheessa kun potilaalle on esimerkiksi aloitettu morfiini, niin ei ole ehkä kokemusta vielä tai ei uskalleta pistää...”

”ei silleen oo tiedossa, että mikä esimerkiksi olisi paras vaihtoehto tällaiselle syöpäpotilaalle just käyttää...”

Hoitohenkilöstön mielestä potilaiden lyhyet hoitajaksot loivat haasteita kivunhoidon toteutumisen seurannalle, etenkin, jos hoitajakson aikana oli aloitettu uusi kipulääke. Vastaajien mukaan uuden lääkkeen aloittamisen jälkeen meni muutama päivä ennen kuin nähtiin lääkkeen vaikutus. Kivun yksilöllistä kokemusta pidettiin haastavana kivun hoi-

dossa. Vastaajien mielestä potilaiden aikaisemmat kipulääkekokemukset vaikuttivat siihen, miten he kokivat kivunhoidon onnistumisen. Lääkkeistä mahdollisesti aiheutuvien muiden oireiden hoitoa samanaikaisesti kivunhoidon kanssa pidettiin haasteellisena. Puutteellinen hoitosuunnitelma saattoi myös olla esteenä syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumiselle. Vastaajien mielestä hoitolinjaukset saattoivat olla joskus epäselviä ja jos lääkäri antaisi selkeämmät ohjeet, kivunhoitoa olisi helpompi toteuttaa.

”mun mielestä se vaikeus on se, että ne potilaat on niin lyhyen aikaa...”

”just se kun aloitat jonkun ja sit se jää sen reseptinsä kanssa kotiin, et kuinka se sitten onnistuu...täällä sairaalassa on valvotut olosuhteet, et aika helppoo tää lääkitseminen on täällä”

”se on varmaan vaikeeta, potilaat näkee ton (kivun) välillä erilailta ja ne kokee tietysti sen erilailta...”

Lähes kaikki vastaajat toivat esille **lisäkoulutuksien järjestämisen kivunhoidon kehittämiseksi** koko hoitohenkilöstölle. Koulutusta kaivattiin kivun seurannasta ja arvioinnista sekä yleisesti kivun lääkehoidosta sisältäen lääkkeiden yhteisvaikutukset ja lääkeannosmäärät. Koulutuspäivän aiheeksi ehdotettiin kivunhoitoa ja sen kehittämistä. Anestesia- ja kipulääkäreitä ehdotettiin kertomaan syöpäkivun hoidosta. Vastaajat olivat koulutusmyönteisiä.

”osastonkoulutus, joku kipulääkäri luennoitsessa...”

”kyllähän sitä lisäkoulutusta aina tarvitaan”

Moniammatillisen yhteistyön lisääminen nähtiin keinona kehittää syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumista. Moni vastaaja ehdotti, että anestesia- ja kipulääkäreiden osaamista hyödynnettäisiin enemmän kivunhoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Vastaajat toivoivat, että yhteistyötä fysioterapeuttien, sairaalapastorin, omahoitajan ja hoitavan lääkärin kesken lisättäisiin. Kivunhoidon suunnitteluun toivottiin myös lääkäreiden aktiivisempaa osallistumista. Hoitohenkilöstö toi esille yhtenä ehdotuksena syöpäsairaanhoitajan, joka voisi seurata kotiutuneiden potilaiden kotona selviytymistä ja kipulääkityksen riittävyttä.

Syöpäsairaanhoitajan osaamista toivottiin hyödynnettävän enemmän kipupotilaiden hoidossa. Vastaajat esittivät myös yhteistyön lisäämistä Pirkanmaan hoitokodin kanssa kivunhoidon kehittämiseksi.

”just sitä moniammatillista yhteistyötä lisää, että fysioterapeutinkin voisi olla mukana, sairaalapastori, anestesia lääkäri...”

”...joku tämmöinen syöpähoitaja soittelisi vielä kotiin yhden soiton, et pärjääkö siellä vai ei...”

Hoitohenkilöstön mielestä erilaisten **kivunhoito-ohjeiden kehittämisen** avulla kivunhoidon laatua saisi kehitettyä. Vastaajat pitivät tärkeänä, että palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoitoon laadittaisiin ohjeet, joita voisi myös päivystysaikaan hyödyntää. Kehittämiskohteeksi ehdotettiin myös syöpäpotilaan kivun arviointiin suunniteltua lomaketta ja ohjeita kipupumpun käyttämisestä.

”olis hyvä just olla jotku ihan selkeet ohjeet et mitenkä tämmösiä sit lähettäis hoitamaan kun on näitä palliatiivisessa vaiheessa olevia”

”mun mielestä voisi ihan rutiinisti ottaa käyttöön joku, et tämä on tarkoitettu syöpäpotilaan kivunhoidon ja muutenki sen elämän olemisen arvioimiseksi joku kaavake... mutta se käytäs kuitenkin täällä osastolla kun on hoidossa niin vähän läpitte sitä.”

Kivun lääkehoidon kehittämistä pidettiin tärkeänä, jotta potilaat eivät joutuisi kärsimään kivuista. Vastaajien mielestä kivun kokonaisvaltaisuuden huomioiminen oli tärkeää ja kipulääkityksen monimuotoisuuden koettiin parantavan potilaiden kivun hoidon toteutumista.

”niin kyllähän tässä pitäisi enemmän miettiä, et minkälaista se kipu on, enemmän miettis sitä, että mistä se johtuu.”

”...kaikki asennoitus mielessään jo siihen semmoseen kokonaisvaltaiseen... tavallaan se ei saa minkään näköistä muuta tukea mikä sitä kipua sit osaltaan myös lievittää...”

Haastateltavat kertoivat, että potilaiden lääkehoitosuunnitelmissa on kehitettävää. Vastajaat ehdottivat, että kerran viikossa lääkärin kierrolla tarkistettaisiin ja päivitetäisiin potilaiden lääkehoitosuunnitelma. Päiväksi ehdotettiin perjantaita, jotta viikonloppua vasten lääkitys olisi kunnossa. Lääkemääräyksiä toivottiin myös joustavimmiksi, jotta potilaan kivunhoito olisi helpompaa.

” kyllä etenkin viikonloppua varten saisi olla kaikki katsottuna valmiiksi, lääkäreidenki pitäisi vaikka perjantain kierrolla katsoa ne vähän tarkemmin ja kokonaihoitoa ylipäättänsä.”

”...että lääkäri on määrännyt sitä annettavaksi kertaa neljä päivässä, että jos potilas on kipeä, niin sitten sille annetaan lääkettä, että piste.”

Vastajien mielestä rauhoittavan lääkkeen käyttö kipulääkityksen lisäksi saattaisi parantaa kivunhoidon toteutumista. Hoitohenkilöstön mukaan morfiinin antamiseen tarvittiin rohkeutta, jotta potilas olisi kivuton. Tarvittaessa annosteltavien lääkkeiden riittävyttä lääkelistalla pidettiin tärkeänä syöpäkipua hoidettaessa. Vastajaat ehdottivat, että kipupumpun käyttöä voisi miettiä vaikean kivun hoidossa. Hoitohenkilöstö kertoi haluavansa varmistaa, että palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaalla oli riittävä kipulääkitys hänen kotiutuessaan.

”toki ainahan sitä kipua ei saada kokonaan pois ja myös kipulääkkeen rinnalla vois jotain rauhoittavaa esim. diapamia käyttää, että potilaalla olisi sitten rauhallisempi olo.”

”tosiaan siinä vaiheessa kun on käytössä morfiinilääke, pitäisi vaan olla uskallusta antaa sitä niin, että se potilas olisi kivuton...”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka pohtii sitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Kylmä & Juvakka 2007, 139). Kaikissa tutkimuksissa tutkijan tulee noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä eli tutkimusetiikkaa. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittujen sääntöjen noudattamista kollegoiden, tutkittavien henkilöiden, tutkimuksen rahoittajien, toimeksiantajien sekä lukijoiden suhteen. Tutkijan tulee käyttää tutkimuksessaan sellaisia tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. (Vilka 2005, 29–31; Kylmä & Juvakka 2007, 137.) Tutkimustulosten tulee tuottaa uutta tietoa tai esittää, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää tai yhdistellä uudella tavalla ja mitä hyötyä tutkimuksesta on osallistujille ja yhteiskunnalle (Vilka 2005, 29–31; Kylmä & Juvakka 2007, 144). Jo aiheen valinnassa pitää tutkijan miettiä eettisiä valintoja. Lisäksi tutkimusongelmien pohjalla olevien arvojen ja tuotettavan uuden tiedon merkitystä tutkijan pitää pohtia oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu välttää toisten työn vääristelyä sekä plagiointia (Vilka 2005, 31–32). Raportissa eettisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija kertoo rehellisesti ja tarkasti tutkimuksen kaikki vaiheet. Tutkijan arvio tutkimuksensa luotavuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä liittyy myös tutkimuksen eettisyyteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 155.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty sosiaali- ja terveysalan kirjallisuutta ja uusinta tutkimustietoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tutkimukseen osallistuvalla työyhteisöllä uutta tietoa, jonka avulla työyhteisö voi kehittää syöpäpotilaan kivunhoitoa palliativisessa vaiheessa. Lisäksi hoitotyön opiskelijat saavat uutta tietoa tästä tutkimuksesta. Kaikissa tämän tutkimusprosessin vaiheissa on noudatettu rehellisyyttä ja pyritty kuvaamaan tarkasti tutkimusprosessin eri vaiheet. Tutkimuksessa on kunnioitettu toisten tutkijoiden töitä kirjaamalla lähdeviitteet tarkasti ja esittämällä tämän tutkimuksen tulokset erillään toisten tutkijoiden tuloksista.

Tutkimussuunnitelman laadinta kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida laadukkaasti. (Vilka 2005, 31–32.) Tutkimukseen haettiin tutkimuslupa Tampereen kaupungin ohjeiden mukaisesti ja tutkimussuunnitelma

laadittiin sekä tämä kirjallinen raportti kirjoitettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti.

Palliatiivisen vaiheen syöpä kivun hoidon toteutuminen hoitohenkilöstön kokemana on aiheena yhteiskunnallisesti tärkeä. Kivunhoidon kehittämällä voidaan parantaa syöpäpotilaiden elämänlaatua ja saavuttaa säästöjä esimerkiksi hoitoaikojen lyhenemisellä. Maailmanlaajuisesti tiedetään, että syöpäpotilaat kärsivät kivuista (Boström ym. 2004, 410; van den Beuken -van Everdinger ym. 2007, 1437). Tämän tutkimuksen avulla halettiin selvittää kivunhoidon toteutumisen nykytila ja miten kivunhoidon laatua voisi kehittää kohdeorganisaatiossa. Kehittämissuhteita kivunhoidon toteutumiselle tuli tutkimuksessa paljon.

Tutkimuskysymysten muotoilulla on merkitystä tutkimusetiikassa. Haastattelun kysymykset pitää jättää riittävän väljiksi, jotta välttyään johdattelevilta tai manipuloivilta kysymyksiltä. (Kylmä & Juvakka 2007, 151–153.) Teemahaastattelurunko laadittiin ennen haastatteluja. Teemahaastattelurungossa oli valmiit teemat ja apukysymyksiä vastaajille. Kysymykset pyrittiin laatimaan mahdollisimman väljiksi ja jokaisessa haastattelussa vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa omin sanoin mielipiteensä. Teemahaastattelurunko myös esitettiin kahdella sairaanhoitajalla kohdeorganisaatiossa eikä muutoksia tehty.

Eettisten asioiden lisäksi tutkijan tulee huomioida myös lainsäädäntö. Henkilötietolaissa (523/1999) ohjeistetaan välttämään sellaisia henkilöä kuvaavia merkintöjä hänen ominaisuuksistaan tai elinolosuhteistaan, joiden avulla hänet voidaan tunnistaa. Näin tutkittavien anonymiteetti säilyy. Laissa veloitetaan myös, että tutkimukseen osallistujilta on saatu tietoon perustuva suostumus kirjallisena. Mikäli jatkotutkimukseen ei ole tarvetta, tutkimusaineisto pitää hävittää asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua ja vastaajille pitää kertoa aineiston hävittämisestä. Tutkijan tulee huolehtia, että valmis työ on julkisesti nähtävillä ja tuloksista on tiedotettu. Tutkimustuloksista tiedottamalla tutkija varmistaa tutkittavan aiheen jatkuvuutta ja tietojen hyödyntämistä esimerkiksi työelämässä. (Vilkkä 2005, 34–37; Vehviläinen-Julkunen 2006, 29; Kylmä & Juvakka 2007, 139–141.)

Saatekirjeen ulkoasulla ja sisällöllä on suuri merkitys siihen, että haastateltavat haluavat osallistua tutkimukseen. Saatekirjeessä tutkija perustelee haastateltaville tutkimuksensa tarkoituksen ja tärkeyden sekä yrittää saada haastateltavat osallistumaan tutkimukseen. (Vilkkä 2005, 152–153.) Haastateltavia pitää ennen osallistumista tiedottaa tutkimusta

koskevista asioista. Vastaajan pitää tietää muun muassa tutkimuksen tarkoitus, kesto, menettelytavat ja mikä tutkimuksen tavoitteena on. Tietoon perustuvalla suostumuksella pyritään välttämään tutkimuksen osallistujalle aiheutuvaa haittaa. Vastaajien pitää olla tietoisia tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja siitä, että he voivat missä kohdassa tutkimusta tahansa keskeyttää osallistumisensa. Vastaajien anonymiteetin suojelusta pitää kertoa ja siitä, miten se taataan tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 148–149.)

Laadullinen tutkimus saattaa koostua hyvinkin pienestä osallistujamäärästä ja aineistosta. Pelkkä vastaajien nimettömyys ei riitä, vaan kaikki tunnistamiseen liittyvät tiedot pitää poistaa julkaistavasta raportista. Mitä pienempi tutkittava kohdejoukko on, sitä aiheellisempaa on tutkijan pohtia, mikä tieto on raportoinnin kannalta oleellista ja mikä on tutkimuksen tekijän rooli tutkimuksessa. Analyysivaiheessakin tutkijan tulee huomioida vastaajien anonymiteetti eikä puhtaaksikirjoitetuissa haastatteluissa tai muistiinpanoissa saa käyttää nimiä vaan vastaajat tulee numeroida analysointia varten. (Kylmä & Juvakka 2007, 151–153.)

Haastattelun yhteydessä tutkittaville annettiin saatekirje (Liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Saatekirjeessä kerrottiin, ketkä tutkimusaineistoa käsittelevät ja miten kerätty tutkimusaineisto pidetään salassa ja hävitetään asianmukaisesti. Kirjeessä vastaajille kerrottiin myös, että valmis työ tullaan julkaisemaan elektronisessa Theseus-tietokannassa. Vastaajille ilmoitettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Ennen haastattelujen aloittamista jokainen vastaaja allekirjoitti tutkimukseen osallistumista koskevan suostumuksen. Tutkittavat olivat tietoisia haastattelujen nauhoittamisesta. Tutkimuksessa on huolehdittu vastaajien anonymiteetin säilymisestä eikä yksittäistä vastaajaa pysty tutkimuksesta tunnistamaan. Aineiston analyysissa muuttaman vastaajan kohdalla mahdolliset paljastavat murre sanat on korjattu yleiskielisiksi. Analyysivaiheessa vastaajat numeroitiin ja vastaukset kirjoitettiin eri väreillä, mikä helpotti analyysin tekemistä, mutta vastaajien nimiä ei missään kohdassa ollut nähtävillä.

Vastaajien suhde tutkittavaan asiaan ja toimeksiantajaan pitää tulla tutkimuksessa esille. Tutkijan tulee myös tuloksia raportoidessaan miettiä, miten saatu tieto esitetään. Tutkimuksen tekemistä pitäisi ohjata mahdollisimman neutraali asenne. (Vilka 2005, 33.) Tutkijan pitää myös pohtia tutkimukseen valittua metodiikkaa tutkimusetiikan näkökul-

masta sekä sitä, saavutettiin haluttu tieto valitulla menetelmällä ja olivatko valitut menetelmät eettisesti sallittuja. Oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus ovat tutkimusetiikan periaatteita. (Kylmä & Juvakka 2007, 147.)

Tässä tutkimuksessa vastaajien suhde tutkittavaan asiaan on tuotu esille. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää syöpäpotilaiden kivunhoidon toteutumisessa kohdeorganisaatiossa ja hoitotyön opiskelijoiden koulutuksessa. Tutkija työskentelee yksikössä, jossa hoidaan palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaita. Kaikissa tutkimusprosessin eri vaiheissa tiedostettiin, että tutkittava aihe on tutkijalle läheinen. Lopputuloksena muodostui luotettava tutkimus, josta tutkijan omat mielipiteet on jätetty pois. Valittu tutkimusmetodiikka sopi hyvin tähän tutkimukseen, sillä vastaajien kokemuksia haluttiin saada esiin ja siinä onnistuttiin yksilö- ja ryhmähaastatteluiden avulla hyvin. Kyselyllä ei olisi saanut vastaajien ääntä samalla tavalla kuuluviin.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudessa pyritään selvittämään, kuinka todellista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Vastaajat valitaan tarkoituksenmukaisesti tutkimukseen, johon osallistuminen on vapaaehtoista. Nämä asiat lisäävät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 2006, 216.) Tutkijan tulee tutkimuksessaan kertoa lukijalle haastattelunsa teemat. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voi olla haastatteluteemojen tai -kysymysten suppeus, jolloin vastaajien oma näkemys tutkitavasta ilmiöstä voi jäädä puutteelliseksi. Jos haastatteluteemat ovat liian laajoja, voi tutkijalle tulla ongelmaksi runsas tutkimusaineisto, josta pitää karsia tutkimuksen kannalta epäolennaiset tiedot pois. Vastaajat voivat haastatteluissa jättää asioita kertomatta, muistaa väärin ja he voivat kertoa tutkijalle vain sosiaalisesti hyväksyttäviä asioita. Näitä asioita tutkijan tulisi pohtia tuloksien paikkansapitävyyttä miettiessään. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä pidetään tutkimuspäiväkirjan kirjoittamista samalla, kun haastatteluja toteutetaan. (Nieminen 2006, 217; Hirsjärvi ym. 2009, 199–201.)

Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli kokemusta palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisesta ja he työskentelivät kohdeorganisaatiossa. Teemahaastattelurunko esitettiin tutkimukseen toimivaksi kahden sairaanhoitajan haastatteluilla, mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta ja kertoo siitä, että teemat olivat aiheeseen sopivat.

Haastatteluiden toteutusvaiheessa käytössä oli tutkimuspäiväkirja, johon kirjoitettiin yleisesti haastattelujen kulusta, ilmapiiristä ja vuorovaikutuksesta. Haastattelut toteutettiin vastaajien työajalla, mistä oli etukäteen sovittu. Tunnelma oli rauhallinen ja luottavainen. Tutkimuspäiväkirjaa kirjoitettaessa pohdittiin, miten haastattelutilanteisiin vaikutti se, että tutkija oli vastaajille tuttu. Tutkittava aihe ei ollut vastaajille niin henkilökohtainen, että tuttuus haastateltavien kanssa olisi koettu ahdistavaksi. Vastaajien oli helppo kertoa tutkijalle syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisesta haastattelutilanteissa, sillä toimintaympäristö, jossa vastaajat työskentelevät, oli tutkijalle tuttu.

Ryhmähaastatteluissa keskustelu oli pääasiallisesti luontevaa, vaikka jonkin verran tutkija ohjasi keskustelua, jotta tutkittavasta aihealueesta ei eksytty. Toteutetut yksilö- ja ryhmähaastattelut erosivat toisistaan. Yksilöhaastatteluissa saatiin hyvin muodostettua yhteys vastaajien kanssa ja haastattelut etenivät luontevasti. Ryhmähaastatteluissa syntyi aiheesta keskustelua tutkittavien kesken, mikä taas ei yksilöhaastatteluissa ollut mahdollista. Haastattelut tapahtuivat vastaajien työajalla, mikä asetti omat haasteensa. Pääasiassa haastattelut sujuivat hyvin ilman keskeytyksiä, mutta yhdessä ryhmähaastattelussa yksi vastaaja joutui poistumaan kesken haastattelun työkiireiden vuoksi eikä päässyt osallistumaan loppuhaastatteluun. Jos haastattelut olisi toteutettu vastaajien työajan ulkopuolella, olisi ollut vaikeampaa saada tutkittavia osallistumaan tutkimukseen.

Aineiston luotettavuutta arvioidessa on hyvä ottaa huomioon, että tapahtuma, josta vastaajilta kysytään, on tapahtunut joskus aikaisemmin tutkittavan elämässä. Tapahtuman ja siitä tutkijalle kertomisen välillä on aina aikaviive, jonka aikana tutkittava on mahdollisesti keskustellut asiasta toisten henkilöiden kanssa. Toisten ihmisten kanssa keskustelu voi vaikuttaa tutkittavien mielipiteisiin aiheesta ja tutkijan olisi hyvä pohtia tämän vaikutusta aineistoon. (Nieminen 2006, 217.)

Tutkittava aihe puhutti kaikkia vastaajia, vaikka he eivät välttämättä päivittäin hoida palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaita. Kivunhoito on kuitenkin osa päivittäistä hoitotyötä. Vastaajien oli vaikeaa arvioida, milloin he olivat viimeksi hoitaneet palliatiivisen vaiheen syöpäpotilasta. Silloin, kun kivunhoidon toteuttaminen on vaikeaa, asiasta keskustellaan työyhteisössä. Ryhmähaastatteluissa selvisi, että tutkittavat olivat ennen haastattelua keskustelleet aiheesta toistensa kanssa. Nämä etukäteen käydyt keskustelut saattoivat tuoda

jopa enemmän sisältöä itse haastatteluihin, joten sitä ei voida pitää tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Ryhmähaastatteluissa ilmapiiri oli avoin ja keskusteleva ja eriäviäkin mielipiteitä esitettiin.

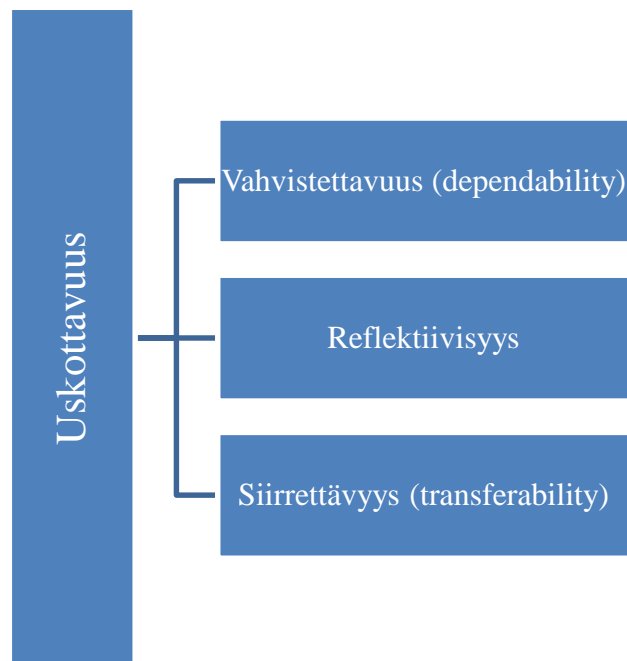
Aineiston toteutus on hyvä dokumentoida riittävän tarkasti analyysivaihetta varten (Kylmä & Juvakka 2007, 90). Tutkijalta tarvitaan kykyä käsitteelliseen ajatteluun sekä luovuutta aineiston analyysivaiheessa. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on se, että ei ole olemassa vain yhtä oikeaa tulkintaa vaan tulkinta on aina tutkijakohtainen. Analyysia raportoidessaan tutkijalla pitää olla alkuperäisilmauksia analyysin tukemiseksi. Luokkien syntymisen tulee olla loogista ja yhteensopivaa. Laadullisen tutkimuksen tulkinta on tutkijan oma näkemys, jossa hänen omat tunteensa ja tulkintansa ovat mukana ja näin ollen tulkinta on ainutlaatuinen eikä sitä voi täysin siirtää toiseen kontekstiin. (Nieminen 2006, 215, 219.) Laadullisen tutkimuksen toteutus ja luotettavuus liittyvät kiinteästi toisiinsa (Vilka 2005, 158–159; Eskola & Suoranta 2005, 208; Hirsjärvi ym. 2014, 233).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä, mistä esimerkkeinä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tutkimuksen ja tulosten uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija pystyy tutkimuksessaan osoittamaan, että tutkimustulokset vastaavat vastaajien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen uskottavuutta lisää myös se, että tutkija on ollut tarpeeksi kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, jotta hän ymmärtäisi vastaajan näkökulman paremmin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Tämän tutkimuksen aineiston analyysi oli aikaa vievä prosessi. Analyysi on subjektiivinen ja toinen tutkija voisi nähdä asiat toisin. Analyysin eteneminen on esitetty yksityiskohtaisesti, jotta lukija näkisi, kuinka analyysin luokkiin on päädytty. Tuloksia auki kirjoitettaessa on käytetty vastaajien alkuperäisilmauksia tekstiä elävöittämään. Tutkijan oli helppo ymmärtää vastaajien ilmaisuja, koska hänellä on kokemusta palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan hoidosta. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa on noudatettu puolueettomuutta. Haastattelutilanteissa saatiin mahdollisimman aitoa tietoa vastaajilta. Tutkimusprosessin aikana tehtiin muistiinpanoja muun muassa haastattelujen ja analyysin kulusta. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää se, että tutkijalla ei ole kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä.

Laadullisen tutkimuksen päämääränä on tuottaa uusia käsitteitä ja sitä suositellaan käytettäväksi sellaisilla alueilla, joita ei ole paljon tutkittu. Tutkijan pitäisi saada uusi näkökulma tutkittavasta ilmiöstä ja hoitotieteen tutkimuksissa tärkeää on, miten tutkimusta voi käytännössä hyödyntää. (Nieminen 2006, 220.) Kansainvälisesti syöpäpotilaiden kivunhoitoa on tutkittu paljon ja tiedostetaan, että ongelmia kivunhoidon toteutumisessa on. Suomessa ei ole täysin vastaavaa tutkimusta tehty ja tällä tutkimuksella on saatu uutta tietoa palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisen nykytilasta, kehittämishaasteista ja kehittämisehdotuksista.

Tutkimuksen uskottavuuden vahvistamisessa voidaan hyödyntää triangulaatiota, jossa tutkittavaa ilmiötä on tarkoitus hahmottaa eri näkökulmista (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Kuviossa 6 on kuvattu uskottavuuden vahvistamisen triangulaatio.



KUVIO 6. Tutkimuksen uskottavuuden triangulaatio (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Tutkimuksen vahvistettavuudesta kertoo tutkimusprosessin tarkka kuvaaminen niin, että lukija voi seurata tutkimuksen etenemistä. Muistiinpanojen hyödyntäminen raportin eri vaiheissa auttaa tutkijaa. Tutkimuksen reflektiivisyys tarkoittaa tutkijan omien lähtökoh- tien tunnistamista. Siihen liittyy myös tutkijan pohdinta ja arviointi omasta vaikutukses- taan koko tutkimusprosessiin. Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirret- tävyyttä toisiin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan tulee kuvailla riittävän tarkasti tutkimuk-

sen osallistujia sekä tutkimusympäristöä, mikä mahdollistaa lukijalle tulosten siirrettävyyden arvioinnin. (Vilkkä 2005, 158–159; Eskola & Suoranta 2005, 208; Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimustulokset eivät ole suoraan siirrettävissä, koska ne kuvaavat yhden organisaation yhden yksikön hoitohenkilöstön kokemuksia. Tuloksia voi silti hyödyntää eri organisaatioissa kivunhoidon kehittämisessä, sillä analyysissa on pyritty tuottamaan teoreettista tietoa siitä, miten kivunhoito palliatiivisilla syöpäpotilailla toteutuu ja mitä kehittämisehdotuksia aineistosta nousi.

Uskottavuuskriteeri kuvastaa sitä, vastaavatko tutkijan luomat käsitteet ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä. Tutkimuksen luotettavuus voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksen teoreettinen tausta ja määrittelyt ovat sopusoinnussa ja se osoittaa tutkijan tieteellisen otteen ja oman tieteenalan hallinnan tasoa. Ulkoinen validiteetti kuvaa tehtyjen tulkintojen, johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Tutkijan olisi tärkeää kuvata tutkimuskohdetta juuri sellaisena kuin se on. Aineiston on luotettava silloin, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola & Suoranta 2005, 210–213.)

7.3 Tulosten tarkastelu suhteessa teoreettisiin lähtökohtiin

Maailmanlaajuisesti tiedostetaan, että syöpäpotilaat kärsivät kivuista jo heti sairauden alkuvaiheessa ja sairauden edetessä kipu koskettaa lähes kaikkia sairastuneita (Terveyskirjasto 2015). Ohjeita palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoitoon on laadittu muun muassa Maailman terveysjärjestössä, mutta ohjeista huolimatta syöpäkivun hoito ei ole hallinnassa (Xue ym. 2007, 687; Mendes ym. 2014, 358; WHO 2015). Tutkimuksessa hoitohenkilöstöllä oli ristiriitaisia kokemuksia syöpäkivun hoidon toteutumisesta. Jotkut vastaajat olivat sitä mieltä, että syöpäpotilaan kivunhoito toteutui hyvin, lääkitys oli monipuolista ja potilaat olivat kivuttomia. Toiset taas kertoivat, että potilaiden lääkitys oli riittämätöntä ja toisinaan kivun lääkehoitosuunnitelma saattoi olla puutteellinen. Vastaajat uskoivat, että syövän taso voi vaikuttaa kivunhoidon toteutumiseen. Myös Chapman (2012, 44) ja Fielding ym. (2013, 584) olivat tutkimuksissaan samaa mieltä. Kivunhoidossa vastaajat pitivät tärkeänä, että hoito suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Tuloksissa ei kuitenkaan selvinnyt, miten yksilöllisen kivunhoitosuunnitelman tekeminen

käytännössä toteutuu. Olisi mielenkiintoista kuulla, miten suunnittelu käytännössä toteutuu ja kuinka paljon potilaat voivat itse vaikuttaa kivunhoitonsa toteutumiseen. Boströmin ym. (2004, 414–415) mukaan potilaat kaipaivat enemmän keskustelua kivuistaan ja eri kivunhoitomenetelmistä.

Aamodtin ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajien mielestä syöpäpotilaiden kivun voimakkuuden arviointi oli vaikeaa (Aamodt ym. 2013, 398–402). Voidaan todeta, että hoitohenkilöstön mielestä kivun arviointi oli myös haasteellista kivun monimuotoisuuden ja sen subjektiivisen luonteen vuoksi. Lisäksi tuloksissa nousi esiin, että kroonisen kivun ja läpilyöntikivun määrittäminen koettiin vaikeaksi. Vastaajien mielestä kroonisen kivun hoito oli helppoa. Buchananin ym. (2014, 126–127) tutkimustulokset olivat samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa ja lisäksi em. tutkimuksessa hoitajat olivat tietämättömiä läpilyöntikivun kivunhoidosta. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilöstö käytti kivun arvioinnissa erilaisia menetelmiä kuten havainnointia, sanallista viestintää ja VAS-mittaria sekä erilaisia mittauksia, joilla voi saada viitteitä potilaan kivun voimakkuudesta. Myös Xuen ym. (2007) tutkimuksessa todettiin, että edellä mainittuja keinoja käytettiin kivun arvioinnissa ja että VAS-mittari oli yleisimmin käytetty menetelmä kivun voimakkuuden arvioinnissa (Xue ym. 2007, 689). Tässä tutkimuksessa osa vastaajista käytti kivun arvioinnin työkaluna kipumittaria, mutta sen käyttö ei ollut rutiininomaista koko hoitohenkilöstöllä. Kivun arvioimisessa pitää kipumittarin lukeman lisäksi arvioida potilaan omaa kokemusta kivusta ja miten kipu vaikuttaa potilaiden arkipäivän askareissa (Boveldt ym. 2013, 89). Vastaajat toivat esille, että he pyrkivät myös mittarin lukeman lisäksi saamaan potilaiden oman kuvauksen kivun luonteesta esille. Hoitohenkilöstö kertoi, että kotiutuvalla potilaille suunnitellaan hyvä kipulääkitys kotiin, mutta kuitenkin kaivattiin käytäntöä, jossa esimerkiksi syöpäsairaanhoitaja soittaisi potilaille kotiin ja tarkistaisi potilaiden vointia ja kipulääkityksen riittävyttä.

Hoitohenkilöstö kertoi, että WHO:n hoitosuosituksen mukaisesti toteutettiin syöpäpotilaiden kivunhoitoa, mihin myös Kuolevan potilaan oireiden hoito -suositus vuodelta 2012 ohjeistaa. Tutkimustulosten mukaan kipulääkityksenä käytettiin kipulaastareita, lihakseen pistettäviä injektioita ja suun kautta annosteltavia lyhyt- ja pitkävaikutteisia opioideja. Kivunhoito toteutui vakiintuneen käytänteen mukaan, mutta vastaajat kokivat, että potilaan yksilöllistä kivun kokemusta pitäisi huomioida enemmän. Zeppetellanin ym.

(2013, 2) mukaan suun tai sieraimien kautta annosteltu fentanyyli oli tehokas ja turvallinen kivunlievitys läpilyöntikivun hoidossa. Tämän tutkimuksen vastaajat eivät kertoneet kyseisten lääkkeiden käytöstä syöpäkivun hoidossa.

Morfiinin käytön pitäisi olla yleistä keskivaikean ja vaikean syöpäkivun hoidossa (Wiffen ym. 2014, 4). Vastaajat kertoivat, että oksikodoni on morfiinia yleisemmin käytetty lääke. Morfiinin käyttö ei ollut säännöllistä vaan sitä annosteltiin vain tarvittaessa. Morfiinin käytön vähäisyydelle voi olla eri syitä. Osastolla hoidettavat syöpäpotilaat saattoivat esimerkiksi kärsiä lievemmästä kivusta, jolloin morfiinia ei tarvittu tai hoitohenkilöstön kokemattomuus ja tiedonpuute vaikuttivat morfiinin määräämiseen ja sen antamiseen. Potilaat saattavat pelätä kipulääkkeiden ottamista niiden sivuvaikutusten vuoksi (Boström ym. 2004, 415). Potilaiden ohjaamisella sekä hoitohenkilöstön lisäkouluttamisella voidaan saada lääkitykseen liittyvien ongelmien hoitoon helpotusta. Palliatiivinen sedaatio, mikä kirjallisuudessa mainitaan yhtenä sietämättömän kivun hoitomenetelmänä, ei ollut kivunhoitomenetelmänä tai se ei ainakaan haastatteluissa tullut ilmi. Yksi syy tähän voi olla se, että kohdeorganisaatiossa ei ole ollut hoidossa potilaita, joiden kivunhoidossa olisi tarvittu palliatiivista sedataatiota. Mielenkiintoista olisi tietää, tiedostaako hoitohenkilökunta kyseisen vaihtoehdon niillä potilailla, joilla kipu on niin voimakasta, että tavanomaisilla kipulääkkeillä kipua ei saada hallintaan.

Läpilyöntikivun hoito oli hoitohenkilöstön mielestä vaikeampaa kuin kroonisen kivun hoito. Tämä voi johtua hoitohenkilöstön tiedon puutteesta, minkä vastaajat toivat itse esille. Hoitohenkilöstö hoiti potilaan läpilyöntikipua pääasiassa antamalla lääkelistalla tarvittaessa annosteltavia kipulääkkeitä. He eivät välttämättä arvioineet kivun luonnetta. Lääkkeiden ja niiden vaikutusaikojen tunteminen sekä läpilyöntikivun hoidon lisäkoulutus parantaisi palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden kivunhoidon toteutumista myös kohdeorganisaatiossa. Wengströmin ym. (2014, 121, 125) tutkimuksessa selvisi, että lisäkoulutuksen jälkeen hoitajien oli helpompaa arvioida läpilyöntikipua ja erottaa se kroonisesta kivusta.

Lääkkeettömän hoitotyön keinot tunnistettiin vastaajien keskuudessa ja niiden käyttö toteutui hyvin. Tutkimustuloksissa potilaan kivunhoidossa pidettiin tärkeänä potilaan henkisen hyvinvoinnin huomioiminen esimerkiksi läsnäololla. Henkisellä tuella koettiin olevan vaikutusta potilaan kivun kokemukseen ja läsnäololla voidaan saada kipua lievitettyä.

Hoitamaton kipu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn (Hamunen ym. 2013, 385). Vainion ja Hietasen (2004, 58) mukaan kivun kokemukseen voi vaikuttaa mieliala, hoitoympäristö ja läheisiltä saatu tuki. Kansainvälisissä tutkimuksissa todetaan, että potilasohjauksella on kipua alentava vaikutus ja siihen tulisi hoitohenkilöstön panostaa enemmän (Lee ym. 2014, 4792). Tässä tutkimuksessa potilasohjauksesta mainittiin vain se, että potilaita ohjataan ilmoittamaan kivusta ja sen voimakkuudesta. Hoitohenkilöstön pitäisi lisätä potilaiden ohjausta syöpäsairaudesta ja kivunhoidosta, sillä ohjaus saattaa lieventää palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kipua. Lääkkeellisen kivunhoidon potilasohjauksen esteenä voi olla hoitohenkilöstön tiedonpuute ja epäyhtenäiset ohjausmenetelmät (Rhen 2014, 18–19).

Vastaajat mainitsivat muun muassa, että tuntuma kivunhoitoon katoaa, kun ei ole päivittäin asian kanssa tekemisissä. Lisäkoulutuksen tai tietojen päivittämisen avulla hoitohenkilökunnalle tulisi enemmän tietoa ja taitoa kivunhoidosta, jolloin uusia lääkkeitä voisi myös hyödyntää kivunhoidossa. Lähes kaikki vastaajat ehdottivat lisäkoulutusta koko hoitohenkilöstölle syöpäpotilaiden kivunhoidon kehittämiseksi. Koulutustarve kivunhoidosta nähdään monessa tutkimuksessa tarpeellisena syöpäpotilaiden kivunhoidon laadun kehittämiseksi. Lisäkoulutusta kaivattiin palliatiivisen syöpäkivun hoidosta, kivun arvioinnista ja seurannasta, lääkannoksista ja yhteisvaikutuksista. Myös Xuen ym. (2007, 690) ja Nguyenin ym. (2014, 454) mukaan syöpäsairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta eri lääkkeitä syöpäkivun hoidossa. Wengström ym. (2014) selvittivät, että Euroopan laajuisesti läpilyöntikivun hoidosta oli järjestetty koulutusta vähän ja tarvetta lisäkoulutukselle koettiin olevan. (Wengström ym. 2014, 126–127.) Hoitohenkilöstön mielestä läpilyöntikivun hoidosta oli puhuttu vain vähän peruskoulutuksessa eikä lisäkoulutusta aiheesta ole ollut tarjolla. Haastateltavat pitivät aiheita tärkeinä lisäkoulutusaiheena. Vallerandin ym. (2004, 814–815) mukaan syöpäpotilaiden kivunhoito toteutui hoitajien lisäkouluttamisen seurauksena paremmin kuin ennen, mikä puoltaisi myös säännöllisen lisäkoulutuksen tärkeyttä kivunhoidon onnistumisessa. Soden ym. (2013, 528–533) selvittivät, että hoitajien koulutus ja tietotaito läpilyöntikivusta helpottivat sen tunnistamista ja hoitoa. Nguyenin ym. (2014, 454–455) tutkimuksessa todettiin, että kokeneet hoitajat luottivat ammattitaitoonsa syöpäpotilaiden kivunhoidossa. Hoitajien työkokemus yhdistettiin parempiin kivun arviointitaitoihin. Pienen vastaajamäärän vuoksi tässä tutkimuksessa ei selvitetty, minkälaiseksi hoitajat arvioivat osaamisensa kivun arvioinnissa. Nguyenin ym. (2014) selvittivät, että stressi ja työuupumus saattavat vaikuttaa

negatiivisesti palliatiivisen potilaan hoitoon (Nguyen ym. 2014, 454). Tämän tutkimuksen tuloksissa ei stressi näkynyt. Päivystystilanteet, joissa lääkäriä on vaikea tavoittaa konsultoimaan potilaan kivunhoidossa tai tilanteet, joissa potilaan kipu ei lieivity kipulääkityksestä huolimatta, voivat aiheuttaa hoitohenkilöstölle stressiä ja työuupumusta.

Tuloksissa hoitohenkilöstön kokemattomuus ja tiedon puute saattoivat olla esteenä kivunhoidon onnistuneelle toteutumiselle muun muassa lääkehoidon toteutumisen suhteen. Myös kansainvälisellä tasolla asia on tunnistettu. Overcashin ym. (2013, 365–367) mukaan tiedonpuute eri kipulääkkeistä voi olla yksi este onnistuneelle kivunhoidolle. Nguyenin ym. (2014, 454–455) mukaan hoitajien käsitys omasta ammattitaidostaan liittyen kivunhoitoon voi vaikuttaa syöpäpotilaiden epäonnistuneeseen kivunhoitoon. Fieldingin ym. (2013, 584) ja McMillanin ym. (2013, 1415–1423) tutkimuksissa todettiin, että hoitohenkilöstön kouluttamisella ja ajantasaisella tiedoilla on vaikutusta kivunhoidon laadun parantamiseen. Aamodtin ym. (2013, 398–401) mukaan hoitajien iso rooli potilaiden kivunhoidon toteutuksessa kertoo koulutustarpeen tärkeydestä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjeistaa muun muassa, että kivunhoidon suunnitelma tulisi laatia yhdessä potilaan kanssa. Tässä tutkimuksessa ei käynyt ilmi, kuinka paljon potilaat itse voivat vaikuttaa omaan kivunhoitoonsa. Moniammatillista yhteistyötä toteutettiin potilaiden kivunhoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Anestesia­lääkäriä konsultoitin, kun potilaalla oli vaikeaa kipua ja häneltä saatiin selkeät ohjeet kipulääkitykseen. Hoitajat raportoivat lääkärille kivuista ja kipulääkkeiden tarpeesta. Hoitohenkilöstö koki, että moniammatillista yhteistyötä voisi lisätä entuudestaan ja yhteistyö fysioterapeutin ja pastorin sekä anestesia­lääkärin kanssa mainittiin. Xuen ym. (2007, 693) tutkimuksessa todettiin, että moniammatillisten tiimien avulla kivunhoidon laatu ja tulokset paranisivat. Tässä tutkimuksessa ei tuotu esille farmaseuttien osallistumista kivunhoidon suunnitteluun, mutta heidän ammattitaitonsa hyödyntäminen esimerkiksi lääkkeiden vaikutuksista ja yhteisvaikutuksista parantaisi palliatiivisen syöpäpotilaan kivunhoidon suunnittelua ja toteutumista. Vastaajat toivoivat anestesia­lääkäreiden osallistumista syöpäpotilaiden kivunhoidon suunnitteluun.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että jos syöpäpotilailla on jokin hoitoa vaativa sairaus tai oire, saattaa kivunhoito jäädä vähemmälle huomiolle. Kivunhoidon todettiin jäävän myös vähemmälle lyhyiden hoitajaksojen vuoksi. Aamodtin ym. (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat taas kokivat, että syöpäpotilaiden sairaalajaksot voivat juurikin pidentyä kivun

vuoksi ja hoitajat kokivat olevansa vastuussa potilaiden kotona pärjäämisessä. Breivikin ym. (2009, 429–1430) tutkimuksessa potilaat kokivat, että kivun arviointiin ja hoitoon keskityttiin vähemmän ja syövän hoitoon enemmän. Monet syöpäpotilaat käyttivät liian mietoja kipulääkkeitä tai eivät käyttäneet lääkkeitä ollenkaan. Tässä tutkimuksessa vastaajat kuitenkin toivat esille, että kaikilla syöpäpotilailta oli kivun peruslääkitys kunnossa.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitohenkilöstön mielestä syöpäpotilaiden kivunhoidon toteutuminen on vaihtelevaa. Kivunhoitoa pidettiin tärkeänä ja sitä halutaan kehittää. Hoitohenkilöstön säännöllisen kouluttamisen ja moniammatillisen yhteistyön avulla kivunhoidon toteutuminen ja laatu paranevat samalla, kun työntekijöiden osaaminen ja uskallus lääkehoidon toteuttamiseen lisääntyy. Aikaisemmissa tutkimuksissa tuli samanlaisia tuloksia täydennyskoulutuksen ja moniammatillisen yhteistyön lisäämisen merkityksestä kivunhoidon laadun parantamiseen. Uutena kivunhoitoa laatua parantavana tekijänä nousi esille kivunhoito-ohjeiden ja lääkehoidon kehittäminen.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten perusteella kivunhoidon kehittäminen koettiin tärkeäksi asiaksi ja lisäkoulutusta aiheesta haluttiin. Kivunhoidon toteutumiselle haasteita aiheuttivat muun muassa hoitohenkilöstön tiedon puute ja kokemattomuus.

Tämä tutkimus voi toimia alkutilanteen kartoituksena projektityön toteutumiselle. Projektityönä voisi järjestää yhteistyökumppanille esimerkiksi koulutuspäivän, jonka jälkeen voisi haastattelun avulla kysyä hoitohenkilöstöltä, miten saatu lisäkoulutus vaikuttaa palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumiseen. Jatkotutkimusaiheina ovat myös palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden kokemukset heidän kivunhoitonsa toteutumisesta ja mitä toiveita näillä potilailla olisi kivunhoidoltaan. Tutkimustulokset toivat ilmi syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon nykytilan haasteita kohdeorganisaatiossa. Tämä voi auttaa muitakin yksiköitä tunnistamaan vastaavia kehittämistarpeita.

LÄHTEET

* merkittyjä lähteitä käytetty kirjallisuuskatsauksessa

*Aamodt, I., Lie, I. & Helleso, R. 2013. Nurses' perspectives on the discharge of patients with palliative care needs from a gastroenterology ward. *International Journal Of Palliative Nursing* 9 (8), 396–402.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2013. Luettu 16.3.2015. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Anttonen, M. S., Nikkonen, M. & Kvist, T. 2011. The Quality of Hospice Care Assessed by Family Members of Patients in a Finnish Hospice. The Pilot Study to Develop Hospice Care in Finland. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing* 13 (5), 318–325.

Anttonen, M. S. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivinen hoito. Teoksessa Erjanti, H. Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim). 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy. 13–14.

*Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. & Fridlund, B. 2004. Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal Of Advanced Nursing* 45 (4), 410–419.

*Boveldt, N., Vernooji-Dassen, M., Burger, N., Ijsseldijk, M., Vissers, K. & Engels, Y. 2013. Pain and Its Interference with Daily Activities in Medical Oncology Outpatients. *Pain Physician* 16, 379–389.

*Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D. & Magill, L. 2011. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8.

*Breivik, H., Cherny, N., Collet, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A., Cohen, R. & Dow, L. 2009. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment and patient attitudes. *Annals of Oncology* 20, 1420–1433.

Buchanan, A., Geerling, J. & Davies, A. 2014. Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal Of Palliative Nursing* 20 (3), 126–129.

Chapman, S. 2012. Cancer pain part 2: assesment and management. *Nursing Standard* 26, 44–49.

Davies, A. 2011. The management of breakthrough cancer pain. *British Journal of Nursing* 20 (13), 803–807.

Deandrea, S., Montanari, M., Moja, L. & Apolone, G. 2008. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Annals of Oncology*. Luettu 28.3.2015. <http://annonc.oxfordjournals.org>

- *Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. 2014. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine* 28 (1), 71–78.
- Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim). 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- ETENE, 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Suunnitelmat ja toteutus. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE. Luettavissa myös http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf
- Fielding, F., Sanford, T. & Davis, M. 2013. Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal Of Palliative Nursing* 19 (12), 584–591.
- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* 36 (1), 28–30. Luettavissa myös www.finnanest.fi/files/a_hamunen.pdf
- Hamunen, K., Hänninen, J., Laakkonen, M-L., Laukkala, T., Lehto, J., Matila, A., Rahko, E., Saarto, T., Tohmo, H. & Vuorinen, E. 2013. Kuolevan potilaan oireiden hoito. *Duodecim*, 129: 372–372.
- Heikkinen, A. Vahvat kipulääkkeet hoidon haasteena. Teoksessa Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim). 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy. 15–16.
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim* 129, 385–392.
- Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedataatio – viimeinen keino kärsimysten hoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123 (18), 2207–2213.
- Hänninen, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. *Suomen lääkärilehti* 33, 2606–2610.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A:51. Turun Yliopisto: Digipaino. 6.

*Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.

Järvimäki, V., Matila, A., Vakkala, M., Yli-Olli, T. & Rahko, E. 2014. Syöpäkipu. Luettu 17.4.2015. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?P_artikkeli=shp00261%p_haku=palliatiivinen hoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?P_artikkeli=shp00261%p_haku=palliatiivinen+hoito)

Kalso, E. 2013. Syöpäpotilaan kipu. Terveyskirjasto 2015. Luettu 31.1.2015. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=syt00725&p_haku=sy%C3%B6p%C3%A4kipu

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus 2012. Luettu 3.2.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Luettu 16.3.2015. www.finlex.fi

* Lee, Y., Hyun, M., Jung, Y., Kang, M., Keam, B. & Koh, S-J. 2014. Research article. Effectiveness of Education Interventions for the Management of Cancer Pain: A Systematic Review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15 (12), 4787–4793.

*Ling, C., Lui, L. & So, W. 2012. Systematic review. Do educational interventions improve cancer patients' quality of life and reduce pain intensity? Quantative systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 68 (3), 511–520.

Matthie, N. & McMillan, S. 2014. Pain: A Descriptive Study in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 18 (2), 205–210.

McMillan, S. C., Tittle, M., Hagan, S., Laughlin, J. & Tabler, R. E. 2013. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 27, 1415–1423.

*Mendes, T., Boaventura, R., Castro, M. & Mendonca, M. 2014. Occurence of pain in cancer patients in palliative care. *Acta Paulista de Enfermagem* 27 (4), 356–361.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 1. painos.

*Nguyen, L., Yates, P. & Osborne, Y. 2014. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *International Journal of Palliative Nursing* 20 (9), 448–456.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 2.–4. painos. Juva: WSOY. 215–221.

Overcash, J., Hanes, D., Birkhimer, D. & Askew, T. 2013. Pain Intensity and Pain Management of Hospitalized Patients With Cancer: An opportunity for Improvement. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 17 (4), 365–368.

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. *Opinnäytetyö*. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Passoja, A. 2012. Neuropaattinen kipu ja syöpä. *Duodecim*. *Työterveyslääkäri* 30 (4), 55–57. Luettavissa myös http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01054, luettu 30.3.2015

Pautex, S., Vogt-Ferrier, N. & Zulian, G. 2014. Breakthrough Pain In Elderly Patients With Cancer: Treatment Options. *Drugs Aging* 31, 405–411.

Rhen, B. 2014. Lääkkeellisen kivunhoidon ohjauksen kehittäminen. Teoksessa Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim.) 2014. *Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet*. Helsinki: Fioca Oy. 18–19.

Sarajärvi, A., Mattila, R-L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta – avain hoitotyön kehittämiseen. *WSOYpro Oy*.

Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L. & Perkins, P. 2013. How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study. *International Journal of Palliative Nursing* 19 (11), 528–533.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010: 6. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 11–40. Luettu 7.4.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf

*Steindahl, S., Bredal, I., Wergeland, L., Sorbye & Lerdal, A. 2011. Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and non-cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10, 771–779.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja*. A:51. Turun Yliopisto: Digipaino. 59.

Suomen syöpärekisteri 2015. Luettu 2.2.2015. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Syöpäjärjestöt 2015. Luettu 31.1.2015. <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/>

Tampereen kaupunki 2014. Terveyspalvelut, sairaalat. Luettu 13.1.15. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa/kirurgia.html>

Tampereen yliopisto. 2014. Luettu 19.3.2015. <http://tampub.uta.fi/>

Tampereen ammattikorkeakoulu 2015. Luettu 22.3.2015. <http://www.nellipor-taali.fi/V/SC11HMG3N72JVQTEV1DCBPDJE4PINT46GU76VTYEAQXIK5YSN6->

00813?func=find-db-1-tit-le&mode=titles&az-list=Y&scan_utf=P&scan_start=latp&search_type=contains&restricted=all

Terveyskirjasto 2015. Luettu 30.5.15. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02098

Terveysportti 2015. Luettu 29.8.2015. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00396&p_haku=opioidi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy. 10. uudistettu painos.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A:51. Turun Yliopisto: Digipaino. 18–19, 32.

Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpään liittyvän kivun hoito. *Terveyskirjasto 2015*. Luettu 2.2.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00064

*Vallerand, Ap., Riley-Doucet, C., Hasenau, S. & Templin, T. 2004. Improving Cancer Pain Management by Homecare Nurses. *Oncology Nursing Forum* 31, 809–816.

*van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M. & Patijin, J. 2007. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 18, 1437–1449.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 2.–4. painos. 13–34.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

* Wengström, Y., Rundström, C., Geerling, J., Pappa, T., Weisse, I., Williams, S.C., Zavratnik, B. & Rustoen, T. 2014. The management of breakthrough cancer pain – educational needs a European nursing survey. *European Nursing of Cancer Care* 23, 121–128.

Wiffen, PJ, Wee, B. & Moore, RA. 2014. Oral morphine for cancer pain (Review). *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*.

World Health Organization. 2015. National cancer control programmes - Policies and managerial guidelines – WHO 2002. Luettu 29.9.2015. <http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>

World Health Organization. 2015. Cancer – WHO Definition of Palliative Care. Luettu 16.3.2015. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Health Organization. 2015. Cancer – WHO’s cancer pain ladders for adults. Luettu 17.4.2015. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

*Xue, Y., Schulman-Green, D., Czaplinski, C., Harris, D. & McCorkle, R. 2007. Pain Attitudes and Knowledge Among RNs, Pharmacists and Physicians on an Inpatient Oncology Service. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 11 (5), 687–695.

Zeppetella, G. & Davies, A. 2013. Opioids for the management of breakthrough pain in cancer patients. *Intervention Review*. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

1 (6)

Tekijät, julkaisuvuosi, tutkimuksen taso, julkaisu maa	Tarkoitus / Tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste / Laadun arvioinnin pisteitys
Boström, Sandh, Lundberg, Fridlund 2004 Tieteellinen artikkeli Ruotsi	Kuvata palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden käsityksiä syöpäkivusta ja sen hoidosta	Kvalitatiivinen tutkimus Palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat, joilla on syöpään liittyvää kipua (N=30) Fenomenografinen sisällönanalyysi	Tulosten mukaan potilaat kuvasivat kivusta ja sen hoidosta erilaisia käsityksiä, jotka yhdistettiin kolmeen teemaan, jotka olivat kommunikaatio, suunnittelu ja luottamus. Potilaiden mahdollisuus keskustella kivusta ja sen hoidosta toteutui vasta sairauden palliatiivisessa vaiheessa. Potilaat toivoivat kivuttomuutta tai mahdollisimman paljon kivunlievitystä.	C / 18 / 20
Vallerand, Riley-Doucet, Hasanau, Templin 2004 Tieteellinen artikkeli USA	Tutkia koulutuksen vaikutusta koskien kotihoidossa olevien syöpäpotilaiden kivunhoitoa ja opioidilääkitykseen liittyviä sivuvaikutuksia kotihoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla	Kontrolloitu kliininen tutkimus, jossa oli koe- ja kontrolliryhmä koostuen kotisairaanhoidossa työskentelevistä sairaanhoitajista (N=202) Tilastollinen analyysi	Hoitajat, jotka saivat lisäkoulutusta, kokivat tietotonsa parantuneen kivunhoidon prosessissa, erityisesti koskien farmakologisia asioita ja kommunikointitaidoissa itsevarmuus lisääntyi.	B / 19 / 20
Xue, Schulman-Green, Czaplinski, Harris, McCorkle 2007 Tieteellinen artikkeli USA	Arvioida terveydenhuollon työntekijöiden asenteita ja tietoa kivun hoidosta syöpätautien avohoidon yksiköissä.	Kvantitatiivinen tutkimus Sairaanhoitajat, farmaseutit ja lääkärit. (N= 96) Tilastollinen analyysi	Tulosten mukaan vastaajat kuvasivat myönteisiä asenteita kivunhoitoa kohtaan mutta heidän tietonsa kivunhoidosta olivat puutteelliset.	C / 15 / 20

<p>van den Beuken- van Everdingen, Rijke, Kessels, Schouten, van Kleef, Patijin.</p> <p>2007</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskat- saus</p> <p>Hollanti</p>	<p>Tutkia kivun prevalenssia syöpäpotilailla eri sairausten vaiheissa sekä eri syöpäsairauksissa.</p>	<p>Meta-analyysi (N=52)</p>	<p>Potilaat, joilla oli kipua yli 1/3 arvioi kipunsa keski- vaikeaksi tai kovaksi. Kaikkien syöpäsairauksien yhdistetty kivun prevalenssi oli >50 %. Korkein kivun prevalenssi oli pään ja kaulan syöpää sairastavilla.</p>	<p>A / 19 / 20</p>
<p>Breivik, Cherny Collet, de Conno, Filbet, Foubert, Cohen, Dow.</p> <p>2009</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Norja, Israel, UK, Italia, Ranska, Belgia</p>	<p>Lisätä syöpään liittyvän kivun ja sen hoidon ymmärtämistä Euroopas- sa ja Israelissa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kaksivaiheinen puhelin- kysely eri syöpää sairastaville potilaille 11 Euroopan maassa ja Israelissa. (N=5084 /N= 573)</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Vastaajista 56 % kärsi keskivaikeasta vaikeaan kipua vähintään kuukau- sittain. Toiseen vaiheeseen valituista vastaajista ne, joilla oli kipulääkitys, 63 % koki läpilyöntikipua. Kaikista vastaajista 69 % kuvasi kipuun liittyviä vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa. 50 % vastaa- jista koki, ettei heidän elämänlaatunsa ollut ensisijalla kokonaishoi- dossa.</p>	<p>C / 19 / 20</p>
<p>Steindal, Bredal, Wergeland, Sor- bye, Lerdal.</p> <p>2011</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Norja</p>	<p>Selvittää, onko terveydenhuollon työntekijöillä kivun kirjaamiseen liittyviä eroja syöpäpotilailla ja ei-syöpää sairastavilla potilailla.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Potilasasiakirjojen vertailu (N=220)</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Syöpää sairastavilla kirjattiin enemmän huomioita kivuista kuin ei-syöpää sairastavilla potilailla kolmen viimeisen elinpäivän aikana. Syöpää sairastavilla potilailla oli neljä kertaa kovempaa kipua kirjaamismerkintöjen perusteella. 10 % potilaista ei saanut riittävää kivun- hoitoa kirjaamisen perus- teella.</p>	<p>C / 18 / 20</p>

3 (6)

<p>Ling, Lui, So</p> <p>2011</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Kiina</p>	<p>Selvittää potilasohjauksen vaikutuksia syöpäpotilaiden elämänlaatuun, kivun voimakkuuteen ja kivun ehkäisemiseen.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus määrällisiin tutkimuksiin.</p> <p>(N=4)</p>	<p>Tutkimuksissa oli käytetty eri menetelmiä tutkia, kuinka potilasohjaus vaikuttaa syöpäpotilaiden elämänlaatuun.</p> <p>Kahdessa tutkimuksessa todettiin, että ohjauksella on suuri merkitys potilaan kivun asteeseen, mutta yhdessäkään tutkimuksessa ei ilmennyt suuria eroja ohjauksen vaikutuksella elämänlaatuun.</p>	<p>A / 20 / 20</p>
<p>Bradt, Dileo, Magill</p> <p>2011</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>USA</p>	<p>Verrata musiikkiterapian tai musiikillisen lääketieteen vaikutusta ja perushoidon ja ainoastaan perushoidon tai muiden hoitovaihtoehtojen vaikutusta syöpäpotilailla.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>(N= 30)</p> <p>Satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia ja kvasikokeellisia tutkimuksia</p>	<p>Musiikki oirehoitona voi laskea sydämen sykettä, hengitystiheyttä ja verenpainetta. Todettiin myös, että keskivaikea kipu helpotui mutta vahvaa näyttöä ei löytynyt siitä, että musiikki helpottaisi väsymystä tai fyysistä oloa. Musiikilla oli positiivinen vaikutus potilaiden elämänlaatuun.</p>	<p>A / 18 / 20</p>
<p>Aamondt, Lie, Helleso</p> <p>2013</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Norja</p>	<p>Selvittää, miten kirurgiset sairaanhoitajat arvioivat gastrologista syöpää sairastavien potilaiden palliativisen hoidon toteutumista, kipua ja lisäksi selvittää, miten hoitajien arviointi ja tietotaito vaikuttaa potilaiden jatkohoitopaikkojen valintaan.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Ryhmähaastattelu hoitajille (N= 10)</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Hoitajien suosituksiin potilaiden jatkohoidon järjestämiseksi vaikutti potilaan terveydentilan moniulotteisuus ja vaihtelu sekä jatkohoitopaikan hoitajien osaaminen. Huono yleiskunto ja kipu olivat syitä siirtää potilaat jatkohoitopaikkaan eikä suoraan kotiin. Hoitajilla oli huonoja kokemuksia siitä, kun syöpäpotilaita oli kotiutettu liian nopeasti ja sitten he hakeutuivat uudelleen sairaalahoitoon kipujen vuoksi.</p>	<p>C / 16 / 20</p>

4 (6)

<p>Boveldt, Vernooji-Dassen, Burger, Ijsseldijk, Vissers, Engels</p> <p>2013</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Hollanti</p>	<p>Arvioida kivun prevalenssia ja voimakkuutta sekä sen vaikutusta päivittäisiin toimintoihin syöpätautien avohoidon yksiköiden potilailla. Lisäksi arvioitiin kipulääkityksen riittävyyttä ja pyrittiin tunnistamaan keskivaikeasta vaikeaan kipua ennakoivia merkkejä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kysely syöpäpotilaille (N=428)</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>39 % potilaista kärsi kipua. 20 %:lla oli keskivaikeaa kipua. 62 %:lla kipulääkitys oli riittämätön. Kivun lisäantyyssä kipu vaikutti päivittäisiin toimintoihin. Korkea kivun voimakkuus ja korkea vaikutus päivittäisiin toimintoihin ennakoivat keskivaikeasta vaikeaan kipua.</p>	<p>C / 17 / 20</p>
<p>Gibbins, Bhatia, Forbes, Reid</p> <p>2014</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>UK</p>	<p>Selvittää, miten edennyt- tä syöpää sairastavat potilaat kuvaavat kivun hallintaa ja mitä he haluavat kivun hoidolta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Haastattelu edennyt- tä syöpää sairastavat potilaat (N=12)</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Potilaat pyrkivät ylläpitämään päivittäisiä toimintojaan, roolejaan ja itsenäisyyttä. Potilaat pyrkivät mukautumaan tilanteeseen ja muuttivat tarvittaessa tavoitteitaan. Potilaat kokivat, että kipu ei ollut tärkeää terveydenhuollon työntekijöille ja että heidän oli vaikea keskustella kivustaan ammattilaisten kanssa. Potilaat pitivät tärkeänä kivun syyn selvittämistä.</p>	<p>C / 17 / 20</p>

5 (6)

Wengström, Rundström, Geerling, Pappa, Weisse, Rustoen Williams, Zavratnik, 2014 Tieteellinen artikkeli Tsekki, Tanska, Suomi, Ranska, Saksa, Kreikka, Bulgaria, Alanko- maat, Norja, Slovenia, Ruotsi, Englanti	Selvittää, miten sairaan- hoitajat arvioivat läpi- lyöntikipua. Lisäksi ta- voitteena selvittää mitta- reiden käyttöä sekä selvittää hoitajien itsevar- muutta ja tietoisuutta eri lääkkeistä.	Kvantitatiivinen tutkimus Sairaanhoitajat, jotka työskentelevät syöpä- potilaiden kanssa (N= 1241) Tilastollinen analyysi	Tutkimuksessa alle 50 % hoitajista eivät olleet saaneet minkäänlaista koulutusta läpilyönti- kivusta. 76 % vastaajista kokivat tarvitsevansa lisä- koulutusta. Kuitenkin 60 % hoitajista kokivat olevansa itsevarmoja potilaiden läpilyöntikivun hoidon tukemisessa. Koulutus ja kivun mittaamiseen suun- nitellut kivun arvioinnin mittarit lisäsivät hoitajien kykyä erottaa läpilyönti- kipu kroonisesta kivusta.	C / 18 / 20
Jänkselä 2014 Suomi Pro gradu	Kuvata kotihoidon työntekijöiden kokemuk- sia kuolevan potilaan kotihoitossa esiintynei- stä ongelmista.	Kvalitatiivinen tutkimus Haastattelu (N=10) ja essee (N=1) kotihoiton henkilökunnalle Sisällönanalyysi	Kotihoidon työntekijät kokivat, että hoitotyön järjestämisessä oli ollut ongelmia. Hoitajilla oli kokemuksia ammatilais- ten yhteistyön, hoitamisen suunnitelmallisuuden ja ammattitaidon puutteesta. Ongelmia kotona oli tullut liittyen potilaiden oireisiin, läheisten väsymiseen ja kuoleman hyväksymiseen.	D / 17 / 20
Nguyen, Yates, Osborde 2014 Tieteellinen artikkeli Vietnam Australia	Tutkia vietnamilaisten sairaanhoitajien tietoa palliativisesta hoidosta, siihen liittyviä asenteita ja koettua osaamista.	Kvantitatiivinen tutkimus Kuvaileva kyselytutkimus, joka koostui kolmesta valmiista kyselypohjasta (N= 251)	Hoitajat kokivat oman tieto- tasonsa palliativisesta hoi- dosta heikoksi koskien kivun ja muiden oireiden hoitoa sekä psyykkisten ja hengellisten asioiden hoitoa. Hoitajat kokivat myös epämurkavaksi puhua kuolemasta potilaiden kanssa.	C / 18 / 20

6 (6)

<p>Mendes, Boaventura, Castro, Mendonca</p> <p>2014</p> <p>Tieteellinen artikkeli</p> <p>Brasilia</p>	<p>Selvittää palliativisessa hoidossa olevien syöpäpotilaiden kivun esiintymistä ja elämänlaatua.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus (N= 56)</p> <p>Syöpäpotilaat, jotka käyttivät kipulääkkeitä</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Lähes 95 % potilaista käytti jotain kipulääkettä ja yli 50 % raportoi kivusta kipulääkityksestä huolimatta. Suurin osa, 59 % käytti kivunhoidossa mietoja kipulääkkeitä. Kivun aste vaikutti vastajien elämänlaatuun negatiivisella tavalla. Psykkisillä tekijöillä on suuri vaikutus potilaiden kivun kokemukseen ja sitä kautta heidän elämänlaatuunsa.</p>	<p>D / 16 / 20</p>
<p>Lee, Hyun, Jung, Kang, Keam, Koh</p> <p>2014</p> <p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Etelä-Korea</p>	<p>Selvittää tämän hetkistä tutkimusnäyttöä potilasohjauksen hyödyistä syöpäkivun hoidossa ja hallinnassa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (N= 32)</p> <p>Meta-analyysi</p>	<p>Potilasohjaus vähensi syöpäpotilaiden kipua. Potilasohjaus tulisi ottaa mukaan syöpäpotilaiden kivunhoidossa. Potilaiden ohjaus kipulääkityksen suhteen vähensi turhia sairaalakäyntejä ja samalla parantaisi syöpäpotilaiden elämänlaatua.</p>	<p>B / 18 / 20</p>

Liite 2. Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO HOITOHENKILÖSTÖLLE

TAUSTATIEDOT

Koulutus: Sairaanhoidaja: AMK-taso /opistotason koulutus?

Lääkäri: erikoisala

Työkokemusvuodet sairaanhoitajana / lääkärinä: Alle 5 vuotta, 5–10 vuotta, 10–15 vuotta, 15–20 vuotta, yli 20 vuotta

HAASTATTELUN TEEMAT

Syöpäpotilaan kivunhoidon toteutuminen palliatiivisessa vaiheessa hoitohenkilöstön kokemana

Miten syöpäpotilaan kivunhoito toteutuu?

Mitä menetelmiä kivunhoidossa käytätte?

Mitä hyvää syöpäpotilaan kivunhoidossa on?

Mitä ongelmia syöpäpotilaan kivunhoidossa on?

Miten arvioitte syöpäpotilaan kipua ja kuinka usein?

Miten arvioitte syöpäpotilaan läpilyöntikipua ja miten läpilyöntikivun hoito toteutuu?

Syöpäpotilaan kivunhoidon kehittäminen

Miten kehittäisitte palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoitoa?

SAATEKIRJE

Hyvä tutkimukseen osallistuva!

26.3.2015

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa (90op). Opintoihini kuuluu opinnäytetyö (30op), jonka tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisesta palliatiivisessa vaiheessa eräässä Tampereen kaupungin sairaala- ja kuntoutuspalveluiden yksikössä.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa hoitotyön opiskelijoille ja hoitohenkilöstölle syöpäpotilaan kivunhoidosta palliatiivisessa vaiheessa ja kehittää kivunhoidon laatua. Osallistumiseen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Tutkimus on laadullinen tutkimus ja aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Haastattelut toteutetaan keväällä 2015 ja haastattelut nauhoitetaan. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastatteluista kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti. Haastattelujen avulla saatu aineisto on ainoastaan tutkijan nähtävillä.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyöni tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä eikä työn tuloksista yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Valmis opinnäytetyöni julkaistaan elektronisessa Theseus-tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.



Sini Louhema

YAMK-opiskelija, Tampereen ammattikorkeakoulu

sini.louhema@health.tamk.fi, puh. 044-365XXXX

SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoidon toteutumisesta palliativisessa vaiheessa. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkijalle.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä missä kohtaa tutkimusta tahansa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Osallistujan nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottajan
allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän nimenselvennys

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
”...ja tosi huonosti käytetään sitten tässä palliatiivisessa vaiheessa, niin tota ei uskalleta siirtyä morfiinin käyttöön...”	Morfiinin käytön vähäisyys palliatiivisessa vaiheessa
”...ei ole ehkä kokemusta vielä tai ei uskalleta pistää...”	Hoitajien kokemattomuus vaikuttaa morfiinin antamiseen
”kyllä niitä usein joudutaan kysymään päivystävältä viikonloppuna, et mitenkä nyt mennään eteenpäin jos on hyvin kipee potilas”	Viikonloppuisin päivystävän lääkärin konsultaatiot kivuliaan potilaan lääkehoidossa
”just henkistä kohtaamista”	Henkinen kohtaaminen
”jos potilas on kivulias, niin kipua hoidetaan...”	Kivunhoito kun on kipua
”...et ei oo millään muulla väliä, että se on tärkein asia, että potilas olisi kivuton”	Potilaan kivuttomuus tärkeintä
”mun mielestä ainakin yks ongelma on se, et se kivun määrittäminen on hirveen vaikeeta...”	Kivun määrittäminen vaikeaa
”kyllä mun mielestä näillä potilailla on kuiteski se peruskipulääke aina siellä”	Potilailla on peruskipulääkitys pohjalla
”...vois tehdä jonkun kipulääkeohjeen...”	Ohjeet palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidosta
”lisäkoulutus, tietojen päivittäminen ei oo ikinä pahitteeksi”	Lisäkoulutus

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Morfiinin käytön vähäisyys palliativisessa vaiheessa Potilailla on peruskipulääkitys pohjalla	Kivun lääkehoidon toteutumisen arviointi
Hoitajien kokemattomuus vaikuttaa morfiinin antamiseen	Kokemattomuus lääkehoidossa
Viikonloppuisin päivystävän lääkärin konsultaatiot kivuliaan potilaan lääkehoidossa	Päivystävän lääkärin osallistuminen
Henkinen kohtaaminen	Kivun lääkkeetön hoito
Kivunhoito kun on kipua Potilaan kivuttomuus tärkeintä	Kivuttomuus
Lisäkoulutus	Koulutusta hoitohenkilöstölle
Ohjeet palliativisen vaiheen syöpäpotilaan kivunhoidosta	Kivun hoito-ohjeet
Kivun määrittäminen vaikeaa	Kivun arvioinnin nykytilan toteutuminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Kipulääkkeet kivun hoidossa	Kivun lääkehoito	Kivunhoidon toteutuminen	Hoitohenkilöstön kokemukset syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta
Potilaan perushoito Henkinen tuki Potilaan ohjaaminen	Kivun lääkkeetön hoito	Kivunhoidon toteutuminen	
Yksilöllinen kivunhoito Kivuttomuus	Kivunhoidon tavoite	Kivunhoidon toteutuminen	
Päivystävän lääkärin osallistuminen Hoitajien osallistuminen Anestesiaalääkärin osallistuminen Kotiutuvan potilaan kivunhoitosuunnitelma Kivun lääkehoidon toteutumisen arviointi Kipulääkityksen vaikuttavuuden arviointi	Syöpäkivun hoidon nykytilan arviointi	Kivun hoidon toteutuminen	

4(6)

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄ LUOKKA
Havainnointi Erilaiset mittaukset Kipumittarit Sanallinen viestintä Kivun arvioinnin nykytilan toteutuminen Kivun kirjaaminen Kivun raportointi	Kivun arviointi	Kivunhoidon toteutuminen	Hoitohenkilöstön kokemukset syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Selkeät hoitolinjaukset Syöpäpotilaan kivun arviointikavake Kivun hoito-ohjeet	Kivunhoito-ohjeiden kehittämisen	Kivunhoidon kehittäminen	Hoitohenkilöstön kokemukset syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta
Kivunhoito kokonaisvaltaisemmaksi Lääkehoitosuunnitelmien kehittäminen	Kivun lääkehoidon kehittäminen	Kivunhoidon kehittäminen	
Anestesia lääkäri osaksi potilaan kivunhoidon suunnitteluun Omahoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, sairaalapastori osaksi kivunhoidon suunnitteluun Syöpähoitajan ammattitaidon hyödyntäminen Lääkärien osallistumisen lisääminen	Moniammatillisen yhteistyön lisääminen	Kivunhoidon kehittäminen	

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ- LUOKKA
Kokemattomuus lääkehoidossa Tiedonpuute ki- vunhoidosta Lääkehoidon toteutumisen arvioinnin haasteet Kivun yksilöllisyys Puutteellinen hoi- tosuunnitelma	Haasteet syöpäpoti- laan kivunhoidossa	Kivunhoidon kehittäminen	Hoitohenkilöstön kokemukset syöpä- potilaan palliatiivi- sen vaiheen kivun- hoidon toteutumi- sesta
Lisäkoulutus hoi- tohenkilöstölle Lisäkoulutus ki- vun seurannasta ja arvioinnista sekä syöpäkivun hoidosta	Koulutus kivunhoi- don kehittämisen apuna	Kivunhoidon kehittäminen	