



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

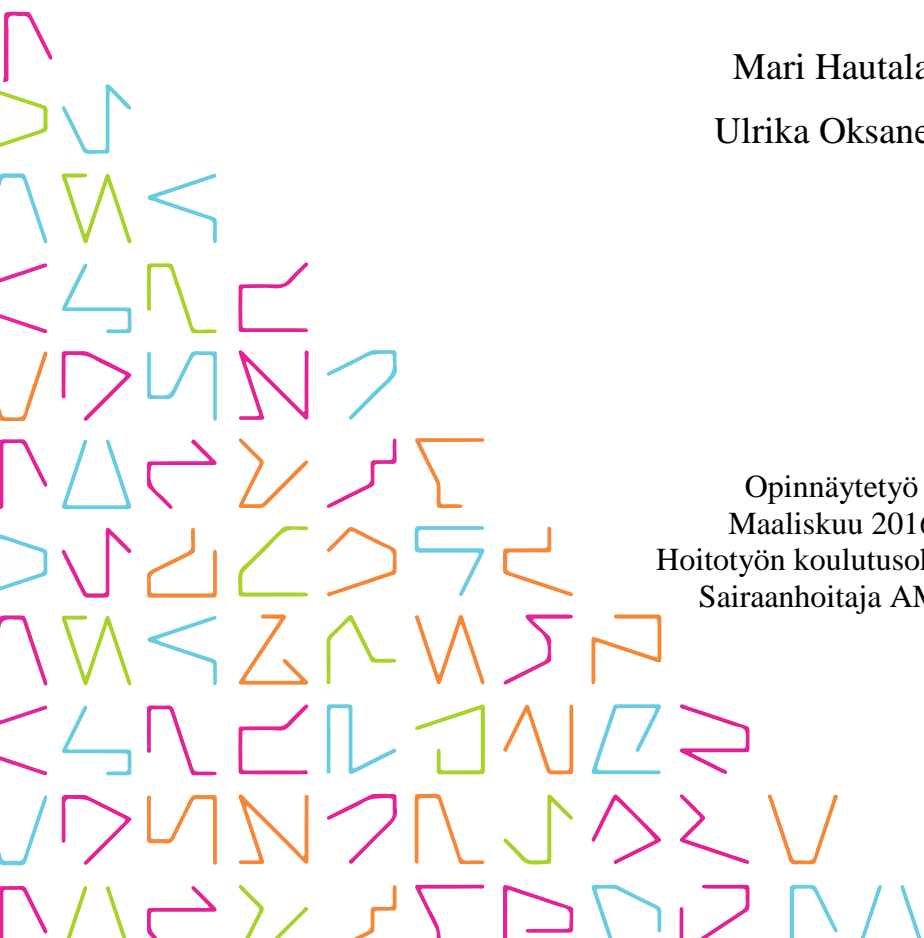
”KUN EI OLE ENÄÄ MITÄÄN TEHTÄVISSÄ, ON VIELÄ PALJON TEHTÄVISSÄ”

Hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden
loppuvaiheen kivunhoidosta

Mari Hautala

Ulrika Oksanen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

HAUTALA MARI & OKSANEN ULRIKA:

”KUN EI OLE ENÄÄ MITÄÄN TEHTÄVISSÄ, ON VIELÄ PALJON TEHTÄVISSÄ”

Hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 4 sivua

Maaliskuu 2016

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Työn tarkoituksena oli selvittää millaisia näkemyksiä hoitajilla on gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada konkreettista ja kokemusperäistä tietoa hoitajilta syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta sekä lisätä hoitajien tietoisuutta kivunhoidon merkityksestä. Tavoitteena oli myös kannustaa hoitajia ottamaan enemmän vastuuta kivunhoidon toteutumisesta, sillä hoitajien kiputietämyksen ja varmuuden lisääntyessä loppuvaiheen syöpäpotilaiden kivunhoidolla on mahdollisuus parantua entisestään. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää hoitajien näkökulmasta millaista gynekologisen syöpäpotilaan kipu on ja miten kipua voidaan parhaiten hoitaa. Lisäksi tehtävänä oli selvittää millaisena hoitajat näkevät ja käsittävät loppuvaiheen syöpäpotilaan kivunhoidon ja sen toteutumisen.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä, johon aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastattelut toteutettiin loka–marraskuun 2015 aikana ryhmähaastatteluina joissa haastateltiin hoitajia kolmen hengen ryhmissä. Tulosten pohjalta hoitajille laadittiin apuvälineeksi ehdotukset gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoitotyöhön. Työelämätaho halusi kivunhoidon ehdotukset vain omaan käyttöön, joten niistä on kerrottu pohdintaosuudessa, mutta ne eivät ole julkaisutavan työn liitteenä. Haastatteluiden perusteella voitiin päätellä, että hoitajilla oli tietämystä sekä lääkkeettömistä että lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä. He myös osasivat arvioida potilaan kipua monin eri keinoin. Suurimpana ongelmana ilmeni hoitolinjauksen puuttuminen. Kaikkien potilaiden kanssa ei pidetty hoitoneuvotteluita joissa olisi päätetty hoitojen jatkamisesta ja tämän vuoksi potilaat olivat tietämättömiä ennusteestaan. Hoitajien mielestä osaston lääkäreillä oli hyvät tiedot ja osaaminen kivunhoidosta, mutta palliatiivisen linjauksen puuttuessa kivunhoitoon ei kiinnitetty huomiota riittävästi.

Palliatiivisen linjauksen puuttuminen vaikeutti potilaiden hoitoa. Opinnäytetyön tilanteessa yksikössä on meneillään palliatiivinen hanke jonka tarkoituksena on kehittää linjauksia ja lisätä potilaan tietoa sairautensa vaiheesta. Hankkeen toteutumisesta ja sen tuomista muutoksista voisi saada mielenkiintoista tutkimustietoa. Jatkossa voisi myös tutkia kivun ja sen hoidon kirjaamista, sekä kirjaamisen yhdenmukaisuutta. Lisäksi voitaisiin tutkia syöpäpotilaita hoitavien poliklinikoiden ja osastojen kivunhoitokäytäntöjä sekä yhtenäistää niitä. Syöpäpotilaiden toiveista kivunhoidon suhteen sekä kokemuksia sen toteutumisesta voisi tutkia lisää jotta kivunhoitoa voitaisiin kehittää potilaslähtöisemmäksi.

Asiasanat: syöpäkipu, kivunhoito, gynekologinen syöpäpotilas, palliatiivinen, eettisyys, hoitajien näkemykset

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

HAUTALA, MARI & OKSANEN, ULRIKA:
“When There is Little You can Do, You Can Do a Lot”
Nurses’ Perceptions on Palliative Pain Management among Gynaecological Cancer Patients

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 4 pages
March 2016

This study was conducted in co-operation with Pirkanmaa Hospital District. The purpose of this study was to explore nurses’ perceptions on gynaecological cancer patients’ palliative pain management. The objective of this study was to collect concrete and experiential information from nurses and raise their awareness of the importance of pain management.

This approach of this study was qualitative. The data were collected by theme interviewing groups of three nurses between October and November in 2015. According to the results of this study nurses had knowledge about non-medicinal and medicinal methods of pain relief. The study discovered that the biggest problem was the lack of treatment guidelines. Lack of palliative policies caused that the pain treatment was not given enough attention. Based on the results there were made suggestions for nurses what they can use in palliative pain management among gynaecological cancer patients.

A potential further study could concentrate on documenting pain and its treatment, as well as the conformity of them. Besides, the pain management practices of cancer clinics and wards could be examined with the purpose of developing the treatment into more patient-centered direction.

Key words: cancer pain, pain treatment, gynecological cancer patient, nurses perceptions

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Gynekologinen syöpäpotilas	8
3.2	Gynekologiset syövät	10
3.3	Kivunhoito	10
3.3.1	Kivun tunnistaminen	11
3.3.2	Syöpäkipu.....	12
3.3.3	Lääkkeet syöpäkipun hoidossa	13
3.3.4	Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät	15
3.3.5	Kivunhoidon arviointi ja dokumentointi	16
3.4	Hoitajien näkemykset kivunhoidosta.....	18
3.5	Potilaiden näkemyksiä saamastaan kivunhoidosta	18
3.6	Eettinen osaaminen kivunhoidossa	19
3.7	Palliativinen hoito ja saattohoito	20
3.8	Palliativinen kivunhoito.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus	23
4.2	Aineistonkeruumenetelmä	23
4.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	25
5	TULOKSET	27
5.1	Gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoitoon liittyvät erityispiirteet....	27
5.2	Hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoidosta ...	28
5.3	Palliativinen hoito osana gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyötä....	33
6	POHDINTA.....	36
6.1	Tulosten tarkastelua	36
6.2	Eettisyys.....	39
6.3	Luotettavuuden tarkastelua	39
6.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	40
6.5	Pohdintaa opinnäytetyöprosessista	42
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	48
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	48
	Liite 2. Sisällönanalyysi	49
	Liite 3. Saatekirje	50
	Liite 4. Suostumus	51

1 JOHDANTO

Suurten ikäluokkien vanhetessa ja ihmisten eläessä pidempään, syöpä kuolinsyynä yleisyy. Vuonna 2013 syöpään kuolleiden naisten viidenneksi yleisin kuolinsyy oli munasarjasyöpä ja yhdeksänneksi yleisin kohdunrunгон syöpä (Suomen Syöpärekisteri 2015). Syöpä saattaa kuitenkin kohdata myös nuoria keski-ikäisiä naisia, sillä esimerkiksi kohdunkaulasyövässä suurin ilmaantuvuus on 35 – 39-vuotiailla naisilla ja sairastuneista lähes puolet onkin alle 45-vuotiaita. (Grénman & Leminen 2013, 623). Syövän yleinen oire on kipu ja hyvän kivunhoidon tarkoituksena on parantaa syöpäpotilaan loppuvaiheen elämänlaatua. Sairaanhoidajan tehtävänä on lievittää potilaan kärsimyksiä ja näin ollen edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa sekä vastata yhdessä kollegoidensa kanssa siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvää ja, että sitä parannetaan jatkuvasti (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014).

Opinnäytetyömme aiheena ovat hoitajien näkemykset gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta ja sen toteutumisesta. Hoitajien osaamista ja tietoa kivunhoidosta on tutkittu kohtalaisesti, kuten myös potilaiden kokemuksia saamastaan kivunhoidosta. Toisaalta hoitajien näkemyksiä ja asenteita kivunhoidosta ja etenkin palliatiivisen syöpäkivun hoidosta on tutkittu varsin vähän. Vaikka lääkäri määrääkin annettavat kipulääkkeet, hoitajilla on tärkeä rooli hyvän kivunhoidon toteutumisessa. Kiinnostuimme aiheesta, sillä kivunhoito on tärkeä osa syöpäpotilaan hoitotyötä. Hyvä kivunhoito on mielestämme todella tärkeää, vaikkakaan meillä ei ollut syöpäpotilaiden hoidosta aikaisempaa kokemusta. Edellisissä työpaikoissamme olemme havainneet puutteita kivunhoidossa, sekä asenteissa kivunlääkitsemisen suhteen. Lähdimme kuitenkin tutki-
maan asiaa avoimin mielin ja saimme yllättyä positiivisesti, sillä hoitajien asenteissa ei ollut puutteita.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin kanssa. Työelämä-
tahon toiveena oli saada jatkoa Kolun ja Pirhosen (2015) jo aiemmin tekemään kvantita-
tiiviseen opinnäytetyöhön, jossa käsiteltiin naistentautien leikkausten ja sektioiden pos-
toperatiivista kivunhoitoa sairaanhoidajien ja kätilöiden näkökulmasta. Tästä kehittämis-
ehdotukseksi oli noussut tutkimuksen jatkaminen tekemällä hoitajien käyttöön yhteisiä
ehdotuksia esimerkiksi kivun arviointiin, kipumittareiden määrittelyyn ja kivun arvioin-

nin ajankohtien määrittelyyn (Kolu & Pirhonen 2015, 54). Työelämäpalaverissa päädyttiin yhdessä työelämätahon kanssa siihen, että opinnäytetyöstämme tulee laadullinen opinnäytetyö, jonka tulosten pohjalta laadimme hoitajille apuvälineeksi ehdotukset gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivun hoitotyöhön.

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoitoon osallistuvia hoitajia. Toteutimme haastattelut teemahaastatteluina pienissä ryhmissä ja analysoimme haastatteluista saadun aineiston aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli saada aitoa ja kokemuksiin perustuvaa tietoa hoitajilta, jotka työskentelevät yksikössä jossa hoidetaan muun muassa gynekologisia syöpäpotilaita.

Opinnäytetyössämme on aluksi osuus teoreettisista lähtökohdista. Näitä seuraa menetelmälliset lähtökohdat sekä aineistonanalyysi. Tulokset sekä pohdinta löytyvät työn loppuosasta. Valitsimme työmme nimeksi eräästä haastattelusta nousseen autenttisen lainauksen, koska mielestämme se herättää lukijan mielenkiinnon ja kuvaa aihettamme hyvin.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia näkemyksiä hoitajilla on gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta.

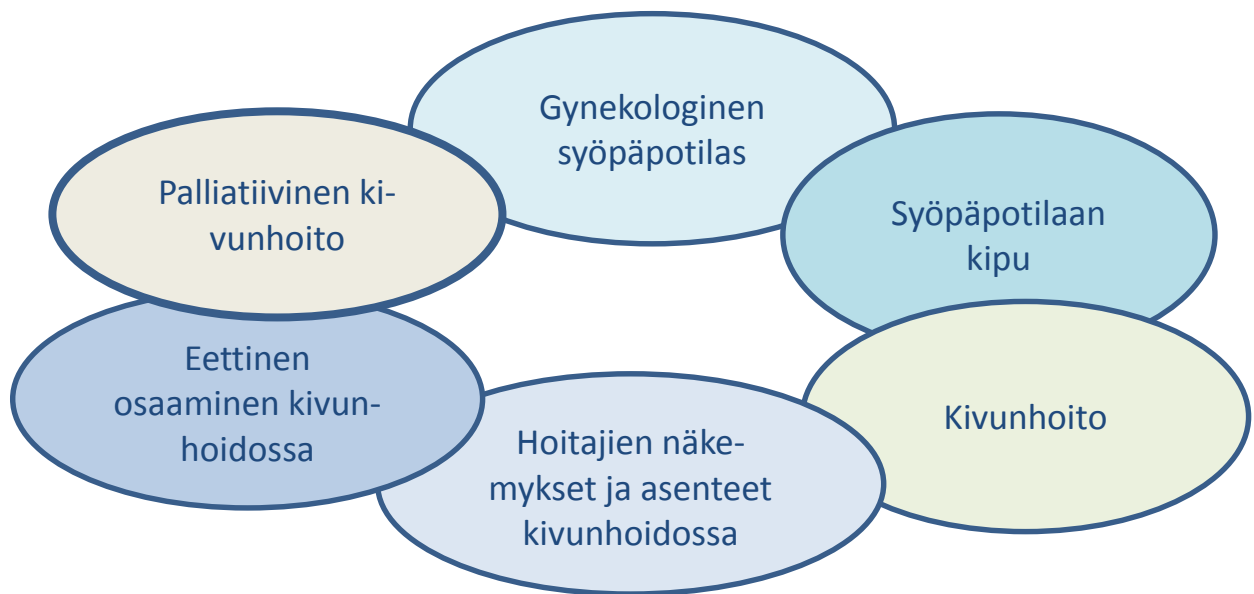
Opinnäytetyömme tavoitteena on saada konkreettista ja kokemusperäistä tietoa hoitajilta gynekologisen syöpäpotilaan loppuvaiheen kivunhoidosta sekä lisätä heidän tietoisuuttaan kivunhoidon tärkeydestä. Tavoitteena on lisäksi kannustaa hoitajia ottamaan enemmän vastuuta kivunhoidon toteutumisesta, sillä hoitajien kiputietämyksen ja varmuuden lisääntyessä paranee loppuvaiheen syöpäpotilaiden kivunhoito entisestään.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää hoitajan näkökulmasta:

- millaista on gynekologisen syöpäpotilaan kipu
- miten kipua voidaan hoitaa
- millaisena hoitajat näkevät ja käsittävät potilaan kivunhoidon

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän työn keskeiset käsitteet ovat gynekologinen syöpäpotilas, syöpäpotilaan kipu ja kivunhoito, palliatiivinen kivunhoito, hoitajien näkemykset ja asenteet sekä eettinen osaaminen kivunhoidossa. Nämä ovat esitettyinä opinnäytetyön viitekehyksessä (kuvio 1). Sanalla hoitaja tarkoitamme kaikkia syöpäpotilaan kivun hoitoon osallistuvia sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä kättilöitä.



KUVIO 1. Gynekologisen syöpäpotilaan loppuvaiheen kivunhoitoon vaikuttavat tekijät ja opinnäytetyöemme kannalta keskeiset käsitteet.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet on valittu sen pohjalta mitä tietoa tarvitaan hoitajien kipukäsitysten selvittämiseen ja sen miten gynekologisen syöpäpotilaan loppuvaiheen kivunhoito eroaa muusta kivunhoidosta.

3.1 Gynekologinen syöpäpotilas

Gynekologista syöpää sairastava on usein sairaalan pitkäaikainen potilas. Syövän hoito jaetaan hoitajaksoihin, joissa käytetään erilaisia syövän hoitomenetelmiä. Useimmin gynekologinen syöpä todetaan naistentautien poliklinikalla, jonne potilas on hakeutunut normaalista poikkeavien oireiden vuoksi. Mikäli tutkimusten jälkeen todetaan, että syöpä voidaan leikata, seuraa poliklinikkakäyntien jälkeen yleensä sairaala- ja osastohoitovaihe.

Tarvittavat säde- ja sytostaattihoidot annetaan poliklinikan kautta ja myös syövän jälki-seuranta tapahtuu sieltä käsin usean vuoden ajan. Syöpää sairastavia potilaita hoidetaan sekä poliklinikalla, että vuodeosastolla. Jotta potilaalle voidaan taata yksilöllinen ja hyvä hoito, on näiden yksiköiden henkilökuntien välinen yhteistyö hyvin tärkeää. (Eskola & Hytönen 2008, 354–355.)

Syöpään sairastuminen on potilaalle aina kriisi ja tieto syövästä herättää usein ajatuksia kuolemasta. Yleensä syöpä kehittyy hitaasti, jopa useamman vuoden ajan, mutta se voi ilmetä nopeastikin. Gynekologinen syöpä aiheuttaa yleensä pysyviä muutoksia seksuaalisesti herkällä alueella ja tämän vuoksi syöpään sairastumisen myötä naisen kokemus ja käsitys omasta kehosta voi muuttua. Esimerkiksi kohdun poistaminen voidaan tulkita naiseuteen liittyväksi menetykseksi ja tämä saattaa aiheuttaa potilaassa monenlaisia tunteita, kuten häpeää tai pelkoa. Syöpään sairastuminen ja uudenlaiseen naiseuteen kasvaminen on useimmiten pitkä prosessi ja potilas tarvitsee siihen aikaa. Psykkistä tukea antamalla voidaan tukea potilaan sopeutumista vakavaan sairauteen. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan vankkaa asiantuntemusta sekä herkkyyttä nähdäkseen missä potilas eniten apua tarvitsee. Potilaan lisäksi puolisoa ja muita läheisiä tulee muistaa tukea syöpään sairastumisen aiheuttaman kriisin aikana. (Ihme & Rainto 2014, 219–221.)

Syöpäpotilaat tarvitsevat tietoa omasta sairaudestaan ja rohkaisua arjesta selviytymiseen. Potilaat odottavat hoitajilta muun muassa aikaa, empaattista suhtautumista sekä sosiaalista tukea. Yksilövastuisten hoitotyön toteuttaminen luo parhaat mahdollisuudet hyvälle ja pitkäaikaiselle vuorovaikutussuhteelle hoitajan ja potilaan välille. (Eskola & Hytönen 2008, 354–355.) Turkissa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajan kohdatessa potilaan, hänen tulisikin ensimmäisenä selvittää ja arvioida potilaan tarpeet, toiveet ja näkemykset (Gülsüm 2012, 639). Potilaan luottamus hoitohenkilökuntaan ja hoitojen onnistumiseen kasvaa hyvän ja toimivan hoitosuhteen kautta. Syöpäpotilaan pelon ja epätoivon kohtaaminen sekä sairauden myötäeläminen edellyttävät hoitajalta jatkuvaa ammatillista kasvua ja erityisiä taitoja. Näitä taitoja ei voi oppia pelkästään kirjoista, sillä hoitajan ammattitaito kehittyy potilaan hoitamisen ja tästä syntyvien kokemusten kautta. (Eskola & Hytönen 2008, 355–357.) Lisäksi jatkuva ammatillinen koulutus on tarpeen, sillä syövästä aiheutuvan kivun hoitoon tulee paneutua kokonaisvaltaisesti. Kivun hoidolla on yhtä suuri merkitys kuin millä tahansa muulla syöpäpotilaalle annetulla hoidolla. (Paija 2004.)

3.2 Gynekologiset syövät

Gynekologisella syövällä tarkoitetaan syöpää joka esiintyy naisen genitaalialueella tai sisäisten sukuelinten alueella. (Grénman & Leminen 2013, 623). Eri syövät aiheuttavat erilaisia oireita potilaalle. Lisäksi syövän sijainti, syöpäkasvaimen koko ja mahdolliset metastasit eli etäpesäkkeet sekä erilaiset syöpähoidot vaikuttavat potilaan oireisiin ja kiputiloihin. (Hamunen 2003, 28.) Yleisin gynekologinen syöpä on kohdunrunkosyöpä joka kattaa noin puolet kaikista gynekologisista syöpätapauksista. Muita syöpiä ovat munasarja- ja munanjohdinsyöpä, kohdunkaulasyöpä, ulkosynnytynsyöpä, kohtusarkoomat, emätinsyöpä ja istukkasyöpä. (Grénman & Leminen 2013, 621–622.) Kaikista eniten gynekologisia syöpiä todetaan 60 - 65-vuotiailla naisilla (Ihme & Rainto 2014, 218). Suomen Syöpärekisteri on pitänyt vuodesta 1953 lähtien syöpärekisteriä kaikista Suomessa todetuista syöpätapauksista (Suomen Syöpärekisterin tehtävät). Taulukossa 1 on esitelty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella esiintyneitä gynekologisia syöpätapauksia ja syöpäkuolemien lukumääriä vuonna 2013.

TAULUKKO 1. Vuonna 2013 esiintyneiden syöpätapauksien määrät ja syöpäkuolemien lukumäärät Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella (Suomen Syöpärekisteri 2015).

Naisten sukuelimissä sijaitsevat syövät	Syöpätapauksien määrä vuonna 2013	Syöpäkuolemien määrä vuonna 2013
kohdunrunkosyöpä	80	20
munasarjasyöpä	35	24
muut naisen sukuelinsyövät	26	11
kohdunkaulasyöpä	19	4
Kaikki yhteenlaskettuna	160	59

3.3 Kivunhoito

Potilas on aina itse oman kipunsa asiantuntija ja hyvän kivunhallinnan tarkoituksena onkin parantaa kivuista kärsivän potilaan elämänlaatua (Vainio 2004a, 5). Pitkään esiintyneet kivut vaikuttavat potilaan arjessa selviytymiseen ja voivat aiheuttaa jopa taudin etenemisen potilaan henkisen jaksamisen huonontuessa. Monilla potilailla pelkästään pelko vaikeasta syöpäkivusta saattaa aiheuttaa ahdistusta. (Paija 2004.) Tämän vuoksi kipulääkitys syövän aiheuttamiin kipuihin tulee aloittaa jo mahdollisimman varhaisessa vai-

heessa eikä odottaa, että ne pahenevat sietämättömiksi. Kipulääkkeiden teho on parhaimmillaan kun niitä käytetään säännöllisesti, eikä vain tarvittaessa pahimpaan kipuun. Kivun ennaltaehkäisy on helpompaa kuin sietämättömän kivun hoitaminen. (Vainio 2004a, 81.) Kivunhoidolla tarkoitetaan muun muassa kivun tunnistamista, arviointia ja kivunhoidon toteutumista. Kivunhoidon toteutumisen, kuten muunkin hoitotyön tulisi aina olla näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jonka tavoitteena on yhdistää parasta tietoon ja kokemukseen perustuvaa näyttöä ja toteuttaa kivunhoitoa ja hoitosuosituksia yksittäisen potilaan parhaaksi. (Kalso, Vainio & Haanpää 2009, 173.)

3.3.1 Kivun tunnistaminen

Pätärin (2014) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kahdelle päivystyspoliklinikalle tekemässä tutkimuksessa kivun arvioinnin keskeisimmiksi menetelmiksi nousi potilaan haastattelu ja havainnointi, joita täydennettiin potilaan omilla kertomuksilla ja tuntemuksilla. Potilaaseen tutustuminen oli tärkeää kipua arvioitaessa. Sairaanhoitajat havainnoivat potilaan ilmeitä, eleitä, kehon kieltä, liikkumista, käytöstä sekä psyykkistä olemusta. Potilaan haastattelu katsottiin mielekkäimmäksi ja tärkeimmäksi kivun arvioinnin menetelmäksi. Haastattelemalla hoitajat pyrkivät saamaan selville potilaan kokemukset kivun voimakkuudesta ja luonteesta, sillä kipu on subjektiivinen kokemus ja jokaisen kipukokemus on erilainen. Kipua arvioitiin myös vitaalielintoimintojen eli verenpaineen, pulssin, hengitystiheyden, happisaturaation ja kehon lämmön perustella, sekä palpoimalla eli tunnustelemalla potilaan kipukohtaa. Kivun arvioinnissa käytettiin apuna lisäksi erilaisia kipumittareita. Haasteena oli kuitenkin se, että potilaat eivät ymmärtäneet mittareita oikein tai vähättelivät ja aliarvioivat kipuaan. Mittarit olivat kuitenkin hyväksi avuksi, varsinkin jos potilaalla ja hoitajalla ei ollut yhteistä kieltä. (Pätäri 2014, 23–26.)

Hovin ja Laurin (1999) tekemän tutkimuksen mukaan potilaan syöpäkivun voimakkuuden arviointi on haasteellista ja siinä on selviä eroja hoitajien ja potilaiden tekemien kivun arviointien välillä. Useimmiten hoitajat arvioivat potilaan kivun pienemmäksi kuin miten potilaat sen itse kokivat. Mitä voimakkaammaksi potilaan kipu kasvoi, sen enemmän eroja kivun arvioinnissa oli hoitajien ja potilaiden kesken. Yhtenä syynä kipujen virheelliseen arvioimiseen oli hoitajien koulutuksen tai työkokemuksen puute. Hoitajat joilla oli vähemmän tietoa tai kokemusta esimerkiksi morfiinin käytöstä, aliarvioivat potilaan kivun määrää kun taas hoitajat joilla taas oli enemmän kokemusta, onnistuivat paremmin

potilaan kivun arvioimisessa. Lisäksi tiedon puute eri kipulääkityksistä ja niiden vaikutuksista vaikutti hoitajien ja potilaiden kivun arvioinnin eroavaisuuksiin. (Hovi & Lauri 1999, 213–217.)

3.3.2 Syöpäkipu

Monilla syöpäpotilailla voi olla samanaikaisesti kahdesta neljään erilaista kiputilaa eri puolilla kehoa. Syövän edetessä myös kivut yleistyvät ja levinnyttä syöpää sairastavilla loppuvaiheen potilailla jopa 50 – 90 %:lla on kipuja. Syöpäpotilaan kivulla tarkoitetaan erilaisia syövän aiheuttamia lyhytaikaisia ja äkillisiä tai kroonisia eli pitkäaikaisia kiputiloja. (Kalso ym. 2009, 478.) Hyvän ja onnistuneen kivunhoidon tavoitteena on kipujen lievittäminen, sekä lisäksi usein pitkään jatkuneesta ja kroonistuneesta kivusta johtuvien univaikeuksien, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden hoitaminen (Vainio 2004a, 5).

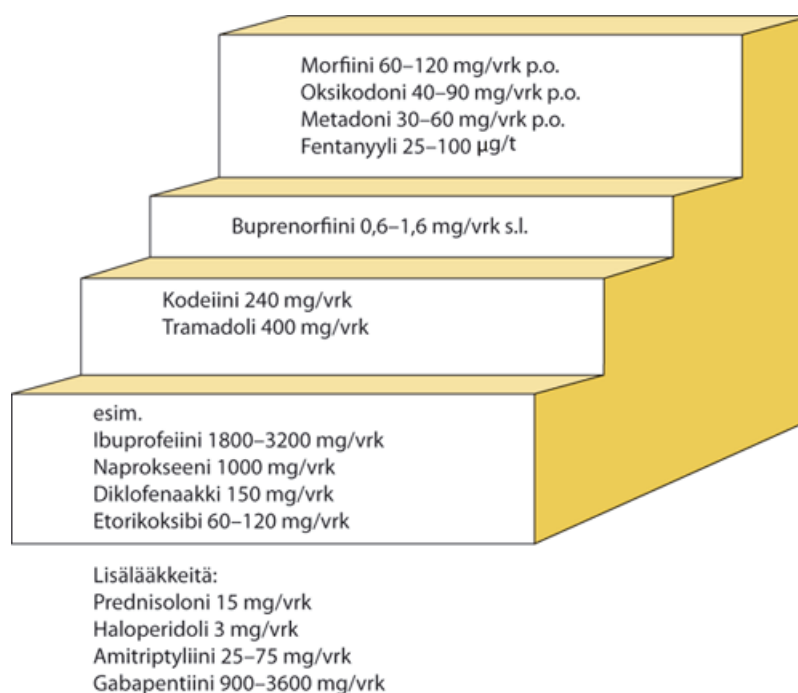
Syöpäkipu voidaan jakaa pääasiassa kolmeen eri ryhmään, nosiseptiiviseen eli somaattiseen kipuun, viskeraaliseen ja neuropaattiseen kipuun. Somaattinen eli ruumiillinen kipu voi aiheutua esimerkiksi kasvaimen aiheuttamasta puristuksesta, luun syöpymisestä tai paineen kasvamisesta kudoksen sisällä. Viskeraalinen kipu taas johtuu usein sisäelinten kivuliaasta venyttymisestä ja tällainen kipu on yleensä huonosti paikannettavissa. Viskeraalinen kipu saattaa aiheuttaa myös pahoinvointia, heikotusta, kalpeutta ja hikoilua. Neuropaattista eli hermovauriokipua esiintyy syövän kasvaessa hermokudokseen kiinni tai sen aiheuttaessa hermon puristumisen. Kipu on tällöin erittäin kovaa ja siihen saattaa liittyä sähköiskumaisia tunteita. (Paija 2004.)

Yksi esimerkki syöpäkipusta on niin sanottu läpilyöntikipu, joka tarkoittaa kivun äkillistä pahenemista, ja johon voi olla vaikea löytää sopivaa kivunhoitomenetelmää. Näitä kipuja voivat aiheuttaa itse syöpäkasvain etäpesäkkeineen, erilaiset syöpähoidot tai syövästä johtumattomat syyt. (Hamunen 2003, 28.) Läpilyöntikivut ovat yllättäviä ja lyhyitä, noin alle 30 minuutin kestoisia kipukohtauksia ja ne voivat olla luonteeltaan yhtä aikaa somaattisia, viskeraalisia ja neuropaattisia (Paija 2004). Syöpään liittyvän kivun hoito riippuu kivun syystä ja mekanismeista ja tästä johtuen kivun syy tuleekin aina selvittää perin pohjin. Syöpään liittyvät kivut ovat kuitenkin lähes aina hoidettavissa niihin sopivalla kipulääkityksellä. (Vainio 2004a, 81.)

Suolitukos on erittäin yleinen syövän loppuvaiheessa kipuja aiheuttava komplikaatio. Sen oireet vaihtelevat syövän sijainnista riippuen, mutta yleisoina on ummetus, pahoinvointi, suoliäänten muuttuminen ja viskeraalinen kipu. Suolitukoksen hoitona on potilaasta ja tukoksen sijainnista riippuen joko konservatiivinen eli säästävä hoito tai leikkaushoito. Mikäli potilas leikataan, suolitukoksen aiheuttamat oireet voivat helpottaa välittömästi. Toisinaan leikkaushoidosta joudutaan kuitenkin pidättäytymään, jos potilas on kovin huonokuntoinen, sillä toimenpiteen leikkauskuolleisuus on suhteellisen korkea, jopa 12 – 30 %. (Nal & Pakanen 2001, 384.)

3.3.3 Lääkkeet syöpäkipun hoidossa

Syöpään liittyvien kipujen lääkehoidossa suositellaan noudattamaan WHO:n eli maailman terveysjärjestön käyttämää portaittaista hoitokaaviota (kuvio 2). Ensisijaisesti kipulääke tulisi annostella suun kautta säännöllisesti siten, että kipu pysyy poissa koko vuorokauden. Lievän kivun hoitoon aloitetaan ensimmäisenä tulehduskipulääkkeet, keskivahvan kivun hoidossa tulehduskipulääkkeeseen lisätään keskivahva opioidi ja vaikeaan syöpäkipuun käytetään tulehduskipulääkkeen ja vahvan opioidin yhdistelmää. (Vainio 2004a, 81.)



KUVIO 2. Syöpäkipun porrasteinen hoitokaavio alkuannoksineen (Vainio 2009).

Kipulääke valitaan aina kivun intensiteetin mukaan, ei syövän levinneisyyden tai taudin kulun mukaan (Nal & Pakanen 2001, 381). Annostus katsotaan potilaskohtaisesti ja sitä muutetaan tai nostetaan tarvittaessa kunnes aikaansaadaan sopiva kivunlievitys (Käypä hoito-suositukset 2012). Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavaroista tehtyyn tutkimukseen (Kankkunen, Nousiainen & Kylmä 2009) osallistuneista potilaista suurimmalla osalla oli säännöllinen kipulääkitys ja he käyttivät joko mietoa tai vahvaa opiaattia. Lähes puolella oli käytössä parasetamoli tai tulehduskipulääke, kuten myös kivunhoitoon käytettävä masennus- tai epilepsialääke. (Kankkunen ym. 2009, 15–16.) Läpilyöntikipuun käytetään yleensä lyhytvaikutteisia opioideja jonka vaikutus alkaa noin 30 – 45 minuutissa ja kestää neljästä viiteen tuntia. Vahvat ja pitkävaikutteiset opioidit ovat tehokkaita syövän aiheuttaman kivun hoidossa ja spinaalisia opioideja eli selkärangan kanavaan tai aivoselkäydinnesteen täyttämään tilaan annosteltavia lääkkeitä voidaan käyttää niille potilaille joiden kipua ei millään muilla keinoilla saada hallintaan. Toisinaan pelkkä opioidin vaihto saattaa tehostaa kivunhoitoa ja vähentää sivuoireita, joskus vaihto metadoniin saattaa olla tarpeen. (Käypä hoito-suositukset 2012.)

Jos potilas ei jostain syystä, esimerkiksi pahoinvoinnin, suolitukoksen tai nielemisvaikeuksien vuoksi kykene ottamaan kipulääkettä suun kautta, voidaan kipulääke annostella verisuonikanyylin avulla. Kipulääkkeenä voidaan käyttää myös ihon kautta imeytyviä ja pitkävaikutteisia laastareita. Niiden vaikutus alkaa hitaasti, mutta vaikutusaika on pitkä, noin 72 tuntia. (Paija 2004.)

Monelle potilaalle opioidit aiheuttavat haittavaikutuksina väsymystä, pahoinvointia ja ummetusta ensimmäisinä päivinä, mutta elimistön tottuessa lääkkeeseen oireet vähenevät. Pahoinvointia voidaan lievittää siihen sopivalla lääkityksellä, mutta sen sijaan ummetusvaikutus on yleensä pysyvä ja se ilmenee kaikilla potilailla jossain vaiheessa. Tätä tuleekin hoitaa joko ravitsemuksella ja nesteytyksellä sekä riittävällä kuitujen saannilla tai helpottaa vatsan toimintaa ulostuslääkkeillä. Näin toimimalla voidaan ennaltaehkäistä myös mahdollisen suolitukoksen syntymistä. (Vainio 2004a, 81–82.)

Pitkälle edennyttä syöpää ja sen aiheuttamia kipuja voidaan hoitaa lisäksi säde- ja sytostaattihoidoilla. Tavoitteena on saada kasvainta pienennettyä tai etäpesäkkeitä hävitettyä, jolloin kivutkin yleensä helpottavat. (Vainio 2004a, 81–82.)

3.3.4. Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät

Lääkäri määrää potilaalle tarvittavat kipulääkkeet, mutta hoitajien tehtävänä on huolehtia kivunhoidon toteutumisesta sekä tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta. Mikäli potilas ei enää kykene itsenäisesti liikkumaan, on yksi tärkeimmistä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä asentohoito. (Blomqvist 2000, 135.) Asentohoidossa potilaan asentoa vaihdetaan usein ja hänen ympärilleen asetetaan tyynyjä tukemaan vartalon asentoa tai käsiä ja jalkoja. Lakanat tulee oikaista ja kiristävät potilasvaatteet voidaan vaihtaa esimerkiksi avopaitaan. Näin ehkäistään ihopainaumien sekä uhkaavien ja kivuliiden painehaavaumien synty. (Jäntti 2000, 124.)

Kylmä- tai lämpöhoitoa käyttämällä voidaan myös yrittää lieventää potilaan kipuja paikallisesti. Lämpögeelipusseja voidaan käyttää, sillä lämpöhoito rentouttaa lihaksia ja parantaa pintaverenkiertoa. Vastaavasti kylmähoito vähentää pintaverenkiertoa ja vaikuttaa kudosten aineenvaihduntaan hidastavasti sekä lievittää kouristuksenomaista lihasjännitystä. Kylmä vähentää kipua nopeammin ja pidempään lämpöpusseihin verrattuna. Haavakipuja voidaan myös hoitaa asettamalla kylmägeelipussi haavan päälle. (Blomqvist 2000, 138.)

Yksi kivunhoitokeino on potilaan rentouttaminen ja hierominen, sillä se voi auttaa potilasta suuntaamaan ajatukset pois kivusta. Rentouttamisella on mahdollisuus hillitä kipua ja pelkoa. Se saattaa vähentää kipulääkkeen tarvetta, sillä potilaan lihasten rentoutuessa kipukin vähenee. Rentoutukseen voidaan liittää hengitys- ja mielikuvaharjoituksia tai potilas voi kuunnella omaa lempimusiikkiaan. Hieronnalla voidaan saada potilas rauhoittumaan ja rentoutumaan sekä vähentää potilaan ahdistusta ja tukea hoitosuhteen muodostumista. (Blomqvist 2000, 136–137.)

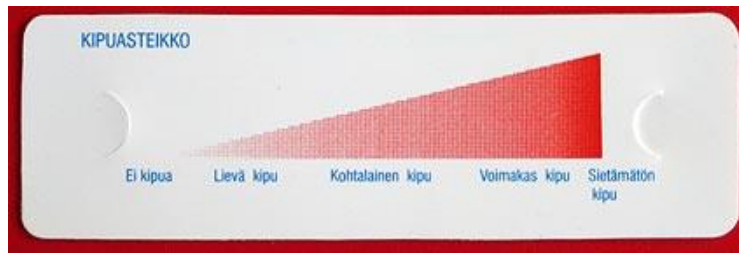
Potilaan kuuntelu ja hänen kanssaan keskustelu ovat yksi merkittävä osa potilaan kivunhoitoa. Hoitaja voi omalla käytöksellään ja kiireettömyydellään auttaa potilasta suhtautumaan tilanteeseen rauhallisesti ja luottavaisesti. Potilaan ja hoitajan keskinäinen luottamus ja siitä syntyvä turvallisuuden tunne auttavat potilasta kestämään kipua paremmin. (Jäntti 2000, 126.) Koskettamalla potilasta, voidaan välittää hänelle tunnetta, että hänestä huolehditaan. Tämä vaatii hoitajalta empatiaa ja kykyä eläytyä potilaan tunteisiin. Eniten hoivaavasta kosketuksesta apua saavat ahdistuneet, vaikeasti sairaat ja kuolevat potilaat. (Blomqvist 2000, 137.)

Joskus syövästä aiheutuvat kivut vaikeuttavat potilaan liikkumista, ja tällöin voidaan kipujen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä käyttää apuna myös fysioterapiaa. Mikäli potilas ei kykene liikkumaan, voi fysioterapeutti käydä raajojen liikeradat läpi sekä auttaa potilasta erilaisissa lihasharjoituksissa ja hieronnassa. (Blomqvist 2000, 140.) Kankkusen ym. (2009, 15–16) tekemän tutkimuksen mukaan lähes kaikki pitkäaikaisesta kivusta kärsivät käyttivät lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä lääkehoidon lisäksi. Näitä olivat liikkuminen, kylmä- ja lämpöhoito, lepo, venyttely, rentoutuminen, hieronta, kipugeeli sekä huomion kääntäminen muualle esimerkiksi musiikin avulla.

Lääkkeettömässä kivunhoidossa tärkeintä on muistaa, että lääkehoidon lisäksi potilaalle tulee antaa juuri sellaista hoitoa, jota hän itse haluaa ja josta hän kokee saavansa parhaimman avun (Blomqvist 2000, 139). Prieurin (2002, 39) potilaiden kipukokemuksia ja tyytyväisyyttä käsittelevän pro gradu -tutkielman mukaan lähes kaikilta tutkimukseen osallistuneilta potilailta oli kysytty kipulääkkeen vaikuttavuutta, mutta vain 17 %:lta oli kysytty muiden kuin lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien vaikuttavuutta. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käyttämällä ei myöskään voida korvata lääkkeellistä kivunhoitoa, mutta niitä voidaan käyttää täydentämään sitä (Blomqvist 2000, 136). Mitä rennompina ja mukavampina potilaalla on, sitä kauemmin kipu pysyy poissa (Jäntti 2000, 124).

3.3.5 Kivunhoidon arviointi ja dokumentointi

Kipua tulee arvioida säännöllisesti ja toistuvasti esimerkiksi kerran työvuoron aikana tai potilaan tilanteen mukaan. Jotta kipua voidaan luotettavasti verrata, tulisi sitä arvioitaessa käyttää aina samaa menetelmää mitä aikaisemminkin on käytetty ja mihin potilas on totunut. Erilaisia kipumittareita, esimerkiksi VAS-asteikkoa (visual analogue scale) (kuvio 3) käytettäessä tulee potilaalle näyttää ja selittää perusteellisesti miten asteikkoa käytetään kivun arvioinnissa. Tarvittaessa hoitohenkilökunnalle tulee järjestää lisäkoulutusta siitä kuinka VAS-asteikkoa käytetään ja nimenomaan kuinka sen käyttö ohjeistetaan potilaalle. (Heikkinen 2016.)



KUVIO 3. Kivun mittaamisessa käytettävä VAS-asteikko (Vaasan keskussairaala 2015).

Kivun kirjaaminen on tärkeä osa potilaan kivunhoitoa ja tarkka kirjaaminen takaa yksilöllisen ja laadukkaan kivunhoidon potilaalle. Kirjaamisen avulla hoitohenkilökunta välittää tietoa toisilleen siitä, mitä lääkettä potilaalle on annettu, miten se on auttanut ja miten lääkitystä on tarkoitus jatkaa. Mikäli aikaisemmista kirjauksista käy ilmi, että potilaan kipulääkitys on riittämätöntä, voidaan näin toimimalla kivunhoidon laatua ja tehoa parantaa. Kivun kirjaamisen avulla myös potilaan omat kiputunteukset välittyvät henkilökunnalle. (Sailo 2000, 97–99.) Prieurin (2002, 36–39) tekemän tutkimuksen mukaan suurimmalta osalta potilaista oli kysytty kivuista kolme kertaa päivässä tai useammin ja lähes kaikki (94 %) potilaista olivat saaneet kipulääkettä niin halutessaan.

Kipua kirjatessa tulisi osastolla olla yhtenäiset käytännöt siitä kirjataanko kipua pelkätään VAS-asteikolla vai myös sanallisesti. Lääkehoidon vaikuttavuutta arvioitaessa kirjaaminen korostuu ja tämän vuoksi kipua tulee arvioida myös lääkkeen annon jälkeen. (Heikkinen 2016.) Mikäli potilas kokee kivun olevan VAS-asteikolla kolme tai enemmän, voidaan todeta lääkehoidon olevan riittämätöntä ja tällöin lääkehoitoon tulisi tehdä tarvittavat muutokset (Heikkinen 2016; Pöyhiä 2014, 114).

Kivun voimakkuuden lisäksi hoitajan tulisi selvittää kivun laatu ja pyytää potilasta sanallisesti kuvailemaan millaista kipu on, onko se esimerkiksi repivää vai pistävää. Samalla voidaan selvittää mitkä tekijät pahentavat tai helpottavat kipua. Useimmiten potilas pelkää kipujen johtuvan syövästä ja kenties sen leviämisestä. Tämän vuoksi kivun taustalla olevien tekijöiden selvittäminen on tärkeää, jotta saadaan tietää mistä kipu johtuu. Kipujen syyn selvittäminen ja potilaalle tilanteen selventäminen voi rauhoittaa potilasta ja lieventää näin ollen potilaan pelkoa. Kivun syystä puhuminen ja esimerkiksi eri lääkkeiden vaikutuksista kertominen herättää potilaassa luottamusta hoitoon ja lääkityksen toimivuuteen ja näin ollen se voi kasvattaa myös potilaan hoitomyönteisyyttä. (Heikkinen 2016.)

3.4 Hoitajien näkemykset kivunhoidosta

Kolun ja Pirhosen (2015) tekemästä opinnäytetyöstä kävi ilmi, että hoitajilla oli kohtalaisen hyvät tiedot ja asenteet kivunhoidosta, mutta erilaiset työympäristöt ja työtehtävät voivat vaikuttaa hoitohenkilökunnan tietoihin ja asenteisiin joko positiivisesti tai negatiivisesti. Lisäkoulutuksen katsottiin vaikuttavan myönteisesti hoitajien tietoihin ja sitä kautta myös asenteisiin. (Kolu & Pirhonen 2015, 33–37.)

Pätärin (2014) tekemän tutkimuksen mukaan osa sairaanhoitajista ajatteli, että potilaan kipukokemukseen vaikutti myös hoitajan varmuus tai epävarmuus kivunhoidossa. He kokivat, että rauhallisuudella ja ammattitaidolla sekä kivusta kertomalla voitiin lievittää potilaan kipua. Psykkisellä tuella potilaan ahdistus lieveni ja hänelle luotiin turvallinen ilmapiiri. Joissakin tilanteissa pelkkä kosketus auttoi lievittämään potilaan kipua. Kivun arvioinnissa ja hoidossa haasteena hoitajat toivat esiin kiireen ja ajanpuutteen. Työkokeuksen taas katsottiin olevan hyödyksi. Kaiken kaikkiaan hoitajilta vaadittiin hyvää tittannetajua, jotta he osasivat toimia kuhunkin tilanteeseen sopivalla tavalla. (Pätäri 2014, 23–36.)

Kanadassa toteutetussa tutkimuksessa (Oberle & Hughes 2000) hoitajat olivat usein huolissaan siitä miten ja millä tavalla tietoa syövästä annettiin potilaalle ja hänen läheisilleen. Heidän kokemustensa mukaan useimmiten potilaalla ei ollut minkäänlaista käsitystä esimerkiksi siitä mistä lääkärin kanssa on keskusteltu, sillä potilas ei ollut ymmärtänyt siitä mitään vaikeaselkoisen keskustelun ja maallikkotermien puuttumisen vuoksi. (Oberle & Hughes 2000, 714.)

3.5 Potilaiden näkemyksiä saamastaan kivunhoidosta

Jotta potilas voisi tehdä oikeita päätöksiä kivunhoitoonsa liittyen sekä hallita nykyistä elämäntilannettaan mahdollisimman hyvin, on hoitajien kyettävä antamaan hänelle riittävästi tietoa ja ohjausta (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 91). Prieurin (2002, 37) tutkimukseen osallistuneista potilaista suurin osa oli saanut tietoa kivusta ja kipulääkityksestä, mutta silti jopa 21 % ei tiennyt mitä kipulääkettä oli saanut. Potilaat kaipaavatkin kivun hoidossa enemmän emotionaalista tukea sekä tietoa taudinkuvaan ja lääkitykseen liittyvissä asioissa (Aalto, Hammar, Nyrö & Salonen 1999, 16). Prieurin

(2002) tutkimuksessa reilusti yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että henkilökunnalta saatu tieto auttoi kestäämään kipua paremmin. Ne potilaat jotka olivat saaneet tietoa kivusta ja sen hoidosta olivat tyytyväisempiä kivunhoitoonsa kuin ne jotka eivät olleet saaneet minkäänlaista tietoa. Potilaiden esittämiä kehitysehdotuksia olivat lääkkeettömien kivunhoitokeinojen käytön lisääminen sekä lisäinformaation saaminen kivusta, kivun aiheuttajasta ja kipulääkityksestä. Potilaat toivoivat lisäksi hoitajilta parempia vuorovaikutustaitoja, aktiivisuutta, potilaiden mielipiteiden huomioimista sekä kivun todesta ottamista (Prieur 2002, 38, 42, 68.)

3.6 Eettinen osaaminen kivunhoidossa

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (2014) mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on lievittää potilaan kärsimystä ja näin ollen huolehtia hyvästä kivunhoidosta. Ohjeissa mainitaan yksilöllisyys, jolla tarkoitetaan, että potilaan kokemaa kipua on hyvin yksilöllistä ja potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun ainutkertaisena yksilönä. Sairaanhoitajan eettinen velvollisuus on myös kehittää jatkuvasti omaa ammattitaitoaan. Sen lisäksi laki potilaan oikeuksista takaa, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Hoitajan kyky kohdata ja lievittää kipua riippuu hoitajan kypsyydestä ymmärtää potilaan kipua ja kärsimystä. Tämä edellyttää, että hoitaja kykenee kohtaamaan potilaan kivut ja kärsimyksen ilman ennakkoluuloja ja potilasta tuomitsematta. Kun hoitaja ymmärtää potilaan oikeuden tuntee kipua, hän pystyy myötäelämään sen kokemista potilaan kanssa. Kivunhoito on myös asennekysymys, sillä usein kipua pidetään luonnollisena osana sairautta ja näin ollen ikään kuin hyväksytään, että syöpää sairastavalla potilaalla on syövän loppuvaiheessa kipuja. (Qvick & Sailo 2000, 63.) Syöpäkivun hoitoon ja kivun hallitsemiseen liittyy riittävän kipulääkityksen lisäksi myös monia muita asioita. Hoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa potilaan kokemuksiin kivunhoidon toteutuksessa ja onnistumisessa. Tieto hoidon jatkuvuudesta ja potilaan mahdollisuus keskustella mieltä vaavavista asioista, lisäävät potilaan tuntemaa turvallisuuden tunnetta, millä on äärimmäisen tärkeä merkitys syöpäkivun hoidossa. (Boström, Sandh, Lundberg, & Fridlund 2004, 238–241.) Inhimillinen lähestymistapa syrjäytyy helposti lääketieteellisen osaamisen tieltä ja potilasta kohdellaan kuin hän olisi mennyt epäkuuntoon. Koulutuksen puute ja

resurssien niukkuus lisäävät tätä huomattavasti. Saattohoidossa inhimillisen ja yksilöllisen lähestymistavan merkitys korostuu entisestään. Terveystieteiden ammattilaisten saama koulutus ja hyvä työnohjaus auttavat parantamaan saattohoidossa olevan potilaan kohtaamista. (Toppinen 2004, 36.) Tätä tukee Prieurin (2002, 47) tekemä tutkimus jossa potilaat pitivät tärkeänä henkilökunnan vuorovaikutustaitoja ja aktiivisuutta, sekä potilaiden mielipiteiden huomioon ottamista.

3.7 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on parantaa hänen ja hänen perheensä elämänlaatua. Kipujen lievittäminen on tärkeä osa palliatiivista hoitoa sillä sen tarkoituksena on saada sairauden aiheuttamat oireet mahdollisimman hyvään hallintaan. (Vainio 2004b, 17.) Syöpäsairauksien hoidossa palliatiiviseen hoitoon lukeutuvat monet erilaiset tukihoidot joilla pyritään rajoittamaan syövän leviämistä, vaikka pysyvän paranemisen mahdollisuuksia ei enää ole (Vainio 2004b, 18).

Opinnäytetyössämme loppuvaiheen hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole, ja kun hoidon päämääränä ei ole elämän pidentäminen (Valvira 2015). Tämä tarkoittaa, että parantamiseen pyrkivä hoito on jo annettu, mutta tauti etenee hoidosta huolimatta (Puolakka ym. 2008).

Palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon siirtyminen edellyttää lääkäriltä eettistä päätöksentekoa siitä, voidaanko potilasta kuratiivisella eli parantavalla hoidolla enää auttaa. Päätöksenteon tulisi tapahtua aina yhteistyössä potilaan, omaisten, hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa. (Vainio 2004b 19.) Erityisesti hoitajien ja lääkäreiden yhteistyön tekeminen olisi tärkeää. Jotta he voisivat tehdä yhteistyötä, tulisi molempien ammattiryhmien eroavaisuuksia ymmärtää, varsinkin kun on kyse hoidot päätävän päätöksen teon vaikeudesta ja sen eettisyydestä. Näiden kahden ammattiryhmän välillä eettiset ongelmat ilmenevät erilaisina, sillä lääkärit kokevat usein kantavansa taakkaa vaikeiden ja raskaiden päätösten tekemisestä ja määräysten antamisesta, kun taas hoitajille taakan kantaminen merkitsee elämistä sellaisten päätösten kanssa, jotka joku toinen on tehnyt. Lääkäreiden myös oletetaan tekevän oikeita päätöksiä, vaikka tietoa siitä, mikä oikea päätös olisi, ei

ole. (Oberle & Hughes 2000, 708–714.) Saattohoitopäätöksen tekeminen saattaakin tuntua monista lääkäreistä liian vaikealta ja usein pitkälle edennyttä ja parantumatonta syöpää sairastavaa potilasta on hoidettu liian tehokkaasti ja näin ollen hänen elämänsä on saatettu pitkittää tarpeettomasti (Vainio 2004b 19). Joskus myös potilaan ja lääkärin käsitykset sairauden hoidosta ja hoidon päämäärästä saattavat erota toisistaan. Potilas saattaa itse arvioida hoitojen tähtäävän pysyvään paranemiseen ja monesti tämä saattaa johtua siitä, että potilas ei ole ymmärtänyt missään vaiheessa, ettei sairautta voida enää parantaa. (Hietanen 2004, 20.)

Potilaan asemaa ja oikeuksia säätelevä normisto on lisännyt merkitystään potilaan hoidossa. Näin ollen potilaan oikeus päättää hoitoon liittyvistä asioista korostuu. (Lahti 2004, 27.) Tämän vuoksi saattohoidossa olevan potilaan ja hänen omaistensa kanssa tulisi pitää saattohoitoneuvottelu johon osallistuu lääkärin lisäksi myös hoitohenkilökuntaa. Neuvottelussa keskustellaan potilaan tilanteesta ja esitetään kaikki mahdolliset hoitovaihtoehdot, kerrotaan taudin kulku ja ennakoitavissa olevat oireet. Saattohoitoneuvottelussa keskustellaan ja sovitaan saattohoitoon siirtymisestä sekä potilaan toiveista hoidon suhteen. Samalla laaditaan hoitosuunnitelma joka keskustelun lisäksi kirjataan potilastietoihin siten, että se on koko hoitohenkilökunnan nähtävillä. Saattohoitoneuvotteluiden toteuttamisessa on kuitenkin paljon puutteita. Neuvotteluita ei aina pidetä, tai niissä ei käsitellä kaikkia oleellisia asioita. Kaikki osapuolet eivät aina osallistu neuvotteluihin tai niitä ei kirjata niin, että tieto olisi kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa. Hoitoneuvottelun kautta yhteisten hoitolinjausten tekeminen lääkärin, hoitajan, potilaan ja omaisten kanssa helpottaa potilaan hoitoa, sekä auttaa potilasta ja omaisia ymmärtämään missä sairauden vaiheessa mennään, vaikka sairauden kulkua olisikin vaikea ennustaa. Kun hoitosuunnitelma on asiallisesti kirjattu, on sen toteutumisen tarkkailu helpompaa. (Toppinen 2004, 34–35.)

3.8 Palliatiivinen kivunhoito

Hyvän palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon edellytys on, että potilaalle annetaan kuolevan potilaan identiteetti. Se mahdollistaa uuden hoitolinjauksen jolla potilas saa parempaa kivunhoitoa eikä hänen tarvitse kärsiä hoitojen sivuvaikutuksista. (Hänninen 2006, 15.) Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliatiivisen hoidon vaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Keskeistä on kivun ja

muiden oireiden lievitys, ja palliatiivisen hoidon päämäärä onkin potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. Palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (Saattohoito 2003.) Hoitajien kokemusten mukaan palliatiivisessa hoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito perustuu potilaan omiin tarpeisiin ja sen tulisi sisältää paljon muutakin kuin pelkkää fyysisen kivun hoitamista. Potilaan voimavarojen tukeminen auttaa usein potilasta pääsemään oman kyvyttömyytensä ja kärsimyksensä yli, jopa usein loppuelämän viimeisillä hetkillä. (Seyedfatemi, Borimnejadm, Hamooleh, & Tahmasebi 2014, 71–73.)

Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden tavallisimpia oireita on kipu, joten kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien on tunnettava kivunhoidon perusteet. Suurin osa kivuista on hallittavissa yksinkertaisin lääkkeellisin keinoin, kun potilasta kuunnellaan ja seurataan huolellisesti. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 391.) Kivun hallinnassa ja oireiden lievittämisessä auttavat myös empaattinen ja kuunteleva hoitosuhde, sillä osalle potilaista kipuun liittyy myös elämän loppuvaiheeseen liittyviä huolenaiheita ja suruja (Heiskanen ym. 2013, 385). Syöpäpotilaan kipujen selvittämisessä ja hoidossa tulee aina ottaa huomioon myös muut tautiin liittyvät tunteet kuten pelko, ahdistus ja masennus, jotka vaikuttavat merkittävästi myös kivun kokemiseen ja hoitotulokseen. (Kalso ym. 2009, 479).

Ruotsalaisen tutkimuksen (Boström, Sandh, Lundberg & Fridlund, 2004) mukaan potilaan kokema kipu ja sen hallitseminen oli suorassa yhteydessä potilaan kokemaan turvallisuuden tunteeseen sekä hoidon jatkuvuuteen samalla hoitojaksolla. Potilaat myös kokivat, että palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä hoidon taso oli parantunut, riippumatta siitä oliko kivunhoito ollut optimaalista. (Boström ym. 2004, 238.)

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössämme käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kurkelan (luettu 26.7.2015) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkija ei sekoita uskomuksiaan ja asenteitaan tutkimuskohteeseen, vaan pyrkii ymmärtämään haastateltavan näkökulmia sekä olemaan vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Seuraavassa tarkastellaan lähemmin miksi laadullinen tutkimus valikoitui metodiksemme, sekä sen tekemisen eri vaiheita.

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus on tulkitsevaa ja ymmärtävää ja siinä halutaan ymmärtää ihmisten todellisuutta, kokemuksia sekä ilmiöitä ja niiden välisiä suhteita (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 20). Halusimme selvittää nimenomaan hoitajien näkemyksiä kivunhoidosta ja tähän laadullinen tutkimus sopi. Näkemykset ja kokemukset ovat aina henkilön omakohtaisia, vaikka tutkittavan näkemykset eivät tulekaan koskaan täysin ymmärretyksi. Tähän vaikuttavat tutkijan ja tutkittavan erilaiset ymmärrykset tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2015, 118–119.) Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat tietävät tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon ja heillä on oma-kohtaista kokemusta asiasta. Tutkimukseen osallistuvien tulisi tämän vuoksi olla tarkoitukseen sopivia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 85–86.)

Olemme käyttäneet teorian etsimisessä Medic-, Cinahl- ja Pubmed- tietokantoja. Englanninkielisissä tietokannoissa hakusanoina käytimme muun muassa nurses, experiences, perceptions, ethical problems, cancer ja pain. Suomenkielissä tietokannoissa hakusanoina olivat sairaanhoitaja, eettisyys, syöpäpotilas, kipu ja syöpäkipu. Lisäksi teoriaa kerättiin erilaisista hoitotieteen ammattilehtien julkaisuista.

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Keräsimme aineiston puolistrukturoiduilla ryhmähaastatteluilla, joissa haastattelimme gynekologisten syöpäpotilaiden hoitoon osallistuvia hoitajia kolmen hengen ryhmissä.

Puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu sopii tilanteisiin joissa halutaan saada selville arvostuksia, ihanteita ja perusteluja (Metsämuronen 2006, 239). Ryhmähaastattelu puolestaan mahdollistaa monipuolisemman aineiston saannin, koska ryhmän jäsenet voivat aktivoida toisiaan tuomaan esiin yhteneviä tai eriäviä mielipiteitä sekä täydentää toisiaan (Pötsönen & Välimaa 1998, 3).

Ryhmähaastattelut toteutettiin etukäteen määritellyillä teemoilla. Laadimme haastattelujen teemarungon (liite 1) ja apukysymykset kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta. Teemat perustuivat opinnäytetyömme teoreettisiin lähtökohtiin eli siihen mitä aiheesta jo ennestään tiedettiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.) Teemat suunniteltiin siten, että hoitajien omat kokemukset syöpäpotilaan kivunhoidosta tulivat mahdollisimman hyvin esille ja, että heillä oli mahdollisuus esittää myös kivun hoitamiseen parantamisehdotuksia. Teemarungon avulla haastattelu saatiin pysymään halutussa aiheessa ja apukysymyksillä hiljaisemmatkin haastateltavat saatiin aktivoitua paremmin mukaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 46; Aaltola & Valli 2010, 28–29, 36–38.)

Haastattelut suoritettiin kolmen hengen ryhmissä, jotta haastattelutilanteet olisivat mahdollisimman hienotunteisia ja luontevia. Haastattelukertoja oli kolme. Ryhmän pieni koko helpotti haastatteluiden litterointia ja analysointia. (Kylmä & Juvakka 2007, 84.) Haastattelun aikana meistä toinen ohjasi keskustelua ja toinen kirjasi huomioitaan keskustelun kulusta. Haastattelun jälkeen äänitykset litteroitiin eli auki kirjoitettiin tekstimuotoon ja analysoitiin jälkikäteen. (Pötsönen & Välimaa 1998, 9.) Litteroitua materiaalia kertyi yhteensä 31 sivua. Haastatteluihin oli varattu tunti aikaa, mutta ryhmän jäsenistä ja heidän aktiivisuudestaan riippuen haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Haastateltavat valikoituivat työn tilanneen osaston puolesta ja työvuoroilla oli vaikutusta haastateltavien valintaan sekä haastatteluiden toteutumiskohtaan. Haastateltavat olivat ammatiltaan perus- ja sairaanhoitajia, sekä kätilöitä ja heidän työkokemuksensa yksikössä vaihteli muutamasta vuodesta kymmeneen vuosiin.

Ryhmähaastatteluiden lisäksi haastattelimme palliatiivisen poliklinikan kipuhoidtajaa saadaksemme lisää tietoa hoitajille tehtäviä suosituksia varten. Tämä haastattelu toteutettiin tammikuussa 2016 ja äänitettiin haastateltavan luvalla, mutta aineistoa ei litteroitu vaan sitä käytettiin erillisenä lähteenä hoitajille tehtävien suositusten tarkistamisessa, sekä opinnäytetyön teoriaosuuden täydentämisessä.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavasta ilmiöstä saadaan kuvaus tiivistetyssä muodossa. Aikeisempi teoretieto ei ohjaa sisällönanalyysia, sillä lopputulos on ainoastaan aineistolähtöinen. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 103.)

Aloitimme sisällönanalyysin litteroimalla äänitetyt haastattelut sanasta sanaan. Tämän jälkeen määritimme analyysiyksikön. Päätimme, että parhaiten vastauksia tutkimustehtäväämme saimme, kun analyysiyksikkö vaihteli yksittäisestä sanasta ajatuskokonaisuuteen joka saattoi sisältää useamman lauseen. Litteroidusta aineistosta alleviivasimme kaikki tutkimustehtäväämme liittyvät asiat jotka listasimme ja redusoimme eli pelkistimme (taulukko 2). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Pelkistettyjä ilmauksia oli yhteensä noin 250 kappaletta.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistämisestä.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>Monet naiset määrittelee itensä hyvin paljon sen oman niinku kehonkuvan kautta</i>	Kehonkuvan kautta itsensä määrittelemine
<i>Tuntuu, että ei hoida vaan sitä naista vaan hoitaa sitä koko perhettä Kokonaisvaltaista</i>	Kokonaisvaltaisuus ja perheen huomioiminen
<i>Gynekologiset elimet on monelle tosi tärkeet ja jotkut ei pidä sitä minään.</i>	Gynekologisten elinten merkitys
<i>Onks nainen niin kiltti jo niinku olemassaolossaan, että tuntuu, et ei ainakaan niinku uskalla vaatia tarpeeks.</i>	Naisen kiltteys ja vaatimattomuus

Seuraavaksi klusteroimme eli ryhmittelimme aineiston. Kävimme useaan kertaan läpi listattuja alkuperäisilmauksia ja etsimme niistä samankaltaisuuksia jotka ryhmittelimme. Ryhmitellyistä ilmauksista syntyi alaluokkia joille annoimme niitä kuvaavat nimet (taulukko 3). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tutkija päättää millä perusteella eri ilmaukset kuuluvat samaan tai eri luokkaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101).

TAULUKKO 3. Esimerkkejä alaluokkien muodostamisesta.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Neuropatiatyyppinen kipu	Hoidoista aiheutuva kipu
Leikkaushaavoista johtuva kipu	
Hoitoihin liittyvä kipu	
Syöpäkasvaimen vaikutus kipuun	Syöpäkasvaimen erilaisuuden vaikutus kipuun
Syöpäpotilaan kivun todellisuus	
Syöpäkasvaimen koon vaikutus kipuun	
Kasvaimesta johtuva kudosten venymisen aiheuttama kipu	
Kasvaimesta johtuva hermokipu	
Syövän etenemisen vaikutus kipuun	
Paikallisen syövän aiheuttama kipu	
Syöpäkipujen moninaisuus	

Aineiston ryhmittelyä seuraa abstrahointi, jossa aineistosta valittu tieto yhdistellään ja luokitellaan. Alaluokkien muodostamisen jälkeen jatkoimme ryhmittelyä siten, että samaan asiaan viittaavat alaluokat yhdistettiin niitä parhaiten kuvaavalla nimellä yläluokiksi (taulukko 4). (Tuomi & Sarajarvi 2009, 111.) Yläluokkia muodostui 12 joita yhdistelemällä syntyi kolme pääluokkaa. Taulukko aineiston analyysistä ilman pelkistystyö on liitetty työhömmme (liite 2).

TAULUKKO 4. Esimerkkejä yläluokkien muodostumisesta.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Syöpäkasvaimen erilaisuuden vaikutus kipuun	Gynekologinen syöpäkipu
Hoidoista aiheutuva kipu	
Syövän etenemisen aiheuttama kipu	
Komplikaatioiden aiheuttama kipu	
Syöpään liittyvät tunteet	Tunteiden huomioiminen gynekologisten syöpäpotilaiden hoidossa
Psykyen vaikutus kipuun	

5 TULOKSET

Tässä luvussa on esitelty opinnäytetyömme keskeiset tulokset analyysin pohjalta muodostuneiden kolmen pääluokan alle jaoteltuna. Pääluokat olivat *Gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoitoon liittyvät erityispiirteet*, *Hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoidosta* sekä *Palliatiivinen hoito osana gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyötä*. Pääluokkien alla on tummennetulla fontilla niihin kuuluvat yläluokat ja tekstissä alaluokat on merkitty erottuvaksi kursivoidulla fontilla. Autenttiset lainaukset on erotettu tekstistä sisennyksellä.

5.1 Gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoitoon liittyvät erityispiirteet

Kivunhoidossa huomioitavat naiseuteen liittyvät ominaisuudet

Haastatteluissa korostui *perheen merkitys* gynekologisten syöpäpotilaiden hoidossa. Perhe oli alusta asti mukana potilaan hoidossa sillä hoito oli kokonaisvaltaista, lapset ja puoliso sekä muut läheiset huomioivaa. *Intimiteetin merkitys* sekä *ulkonäköön liittyvät muutokset* tuli huomioida potilasta hoidettaessa. Gynekologiset elimet voivat olla toisille todella merkitykselliset. Syövän ollessa intiimillä alueella joudutaan intimizeettiä rikkomaan. Naiseuteen liittyvät *luonteen piirteet* korostuivat haastatteluissa. Haastateltavat näkivät, että naiset olivat tyytyväisiä, kiitollisia, tunteikkaita, vaatimattomia sekä kestivät kipua vaikka hammasta purren.

– *jonkun niinkun kipu voi jo nousta sellasesta asiasta [hiusten lähtö].*

Tunteiden huomioiminen gynekologisten syöpäpotilaiden hoidossa

Syöpään liittyvistä tunteista eniten keskustelua herätti häpeän ja syyllisyyden tunteet. Hoitajat kokivat potilaiden ajattelevan, että he ovat omalla toiminnallaan itse aiheuttaneet sairastumisensa. Lisäksi seksuaalisuus herätti potilaissa monia tunteita. Haastateltavien mielestä gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoidossa tulee huomioida naiseuteen liittyvien ominaisuuksien lisäksi tunteet, sillä useimmiten naiset määrittelevät itsensä kehonkuvan kautta. *Psyyken vaikutus kipuun* korostui haastatteluissa, joten psykologisen tuen merkitystä ei tulisi vähätellä. Potilailta oli sekä fyysistä, että psyykkistä kipua ja pelko lisäsi kivun kokemista. Toisaalta myös kipu aiheutti ahdistusta.

Olenko itse aiheuttanut omalla toiminnallani tätä syöpää, se on aikalailla myös semmonen iso asia ja liittyy siihen kipuun myös.

Gynekologinen syöpäkipu

Hoitajat kertoivat, että syövästä aiheutuvat kivut ovat usein hankalia ja moninaisia. Syöpäkipu saattoi johtua erilaisista yksittäisistä seikoista, tai niiden yhdistelmästä. Syöpäkiput ovat aina todellisia eikä niitä tule vähätellä. *Syöpäkasvaimen erilaisuus vaikutti kipuun* sillä kasvaimen koko tai siitä aiheutuva kudosten venyminen aiheutti kipua. Syövän sijainnista riippuen kipu saattoi olla paikallista tai kasvaimen aiheuttamaa neuropatia-tyypistä hermokipua. *Hoidoista aiheutuva kipu* voi olla leikkauksen jälkeistä kipua tai leikkaushaavoista johtuvaa kipua. Etäpesäkkeiden laaja levinneisyys ja syövän loppuvaiheessa askiteksen ja pleuranesteen kertyminen olivat syövän *etenemisen aiheuttamaa kipua*. Suoliston toiminnan häiriöt kuten suolilama, -tukos tai suolen perforaatio olivat haastateltavien mukaan yleisiä ja olivat *komplikaatioiden aiheuttamia kipuja*.

Voi olla hyvin kovaa kipua ja hirveitä tuskia.

Se ei ole korvien välissä se kipu. Että kyllä se sitten on todellista. Syöpäpotilailla.

5.2 Hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoidosta

Syöpäkipun arviointiin vaikuttavat seikat

Haastatteluista ilmeni, että *kipua arvioitiin kysymällä ja havainnoimalla* siten, että kivun luonteesta kysyttäessä potilas arvioi kipua sanallisesti. Havainnoinnilla tarkoitettiin potilaan kasvojen ilmeiden, eleiden sekä kehonkielen tarkkailua. VAS- asteikkoa käytettiin myös apuna. Potilaiden fyysistä olemusta, eleitä, ilmeitä ja ääntelyä tulkitsemalla, sekä vitaalielintoimintoja tarkkailemalla ja niiden muutoksia seuraamalla pystyttiin arvioimaan kommunikointiin kykenemättömän potilaan kipua.

— — pitää sitten myös käyttää näitä omia aistejansa.

Kipulääkityksen vaikutusta arvioitiin potilaalta kysymällä sekä arvioiden kirjaamisella. Kipulääkityksen riittävyttä seurattiin kirjauksista. Kivun arvioinnin haasteina hoitajat näkivät kivun kokemisen subjektiivisuuden sekä sen, että osa potilaista ei ymmärtänyt tuntevansa kipua tai eivät halunneet myöntää sitä edes itsellensä. Hoitajat kokivat, että osa potilaista ei lisäksi ymmärtänyt tai osannut arvioida kipuaan VAS-asteikon mukaan. Hoitajien mukaan ne potilaat jotka saivat vielä palliativista hoitoa syövän etenemisen hidastamiseksi tai kipujen lievittämiseksi, saattoivat myös vähätellä kipujaan ja oireitaan hoitojen saamiseksi.

Kun ne haluaa niitä hoitoja, niin ne vähättelee niitä neuropatiaoireita ja kipuja ja vähättelee oikeastaan kaikkee. Kunhan sais vaan vielä yhden hoidon.

Kivunlievitysmenetelmät gynekologisten syöpäpotilaiden hoidossa

Tuloksista ilmeni, että monet gynekologiset syöpäpotilaat pärjäävät pitkään pelkillä peruskipulääkkeillä. Haastateltavat suosivat suun kautta otettavien pitkävaikutteisten lääkkeiden käyttöä kivunhoidossa mahdollisimman pitkään, sillä lääkkeen oton helppous ja lääkityksen tasaisuus oli heidän mielestään tärkeää. Tämän vuoksi myös laastarityyppisten kipulääkkeiden käyttö koettiin hyväksi. Hoitajien mukaan sopivan kipulääkityksen löytäminen vei toisten potilaiden kohdalla enemmän aikaa. Lisäksi pohjalääkityksen tarkistaminen oli tärkeää ennen opiaattilääkityksen aloittamista. Epiduraalisen kivunlievityksen käyttö oli harvinaista, kiputilanteen pahentuessa sietämättömäksi oli kuitenkin mahdollisuus sedatoida potilas.

– – mahdollisimman vähällä määrällä ettei sun tarttis antaa sitä kipulääkettä puolen tunnin välein.

Kivunhoidon asiantuntijoiden konsultoiminen oli mahdollista tilanteissa joissa oma tietämys kivunhoitoon ei riittänyt. Hoitajat konsultoivat palliativisen puolen kipuhoidattajaa tai lääkäriä, lisäksi lääkäri saattoi konsultoida anestesiaalääkäriä kivunhoitoon liittyvissä asioissa. Haastateltavien mukaan kynnys soittamiseen oli matala. Hoitajat korostivat haastatteluissa, että kivunhoitoon oli aina kiinnitetty huomiota.

Gynekologisten syöpäpotilaiden suolentoimintavaikeuksien vuoksi *suolen toiminnasta huolehtiminen* oli osa kivunhoitoa. Haastateltavien mielestä opiaatteja määrättäessä tulisi

sekä lääkärin, että hoitajan huomioida potilaan laksatiivien säännöllinen käyttö. Toisinaan syövän edetessä avanneleikkauksella voitiin helpottaa potilaiden pahoinvointia ja suolentoimintavaikeuksia. Haastateltavien mukaan avanneleikkaukset tehtiin joidenkin potilaiden kohdalla valitettavasti liian myöhään. Potilaat olisivat hyötäneet leikkauksesta enemmän jos se olisi tehty aikaisemmin. *Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä* suositettiin lääkehoidon lisänä, koska niiden käyttö oli lääkäristä riippumatonta. Haastateltavat käyttivät asentohoitoa lievittämään kipua sekä ehkäisemään painaumia. Lisäksi käytettiin kylmä- ja kuumahoitoa, aquarakkuloita, lisähappea sekä hyödynnettiin fysioterapeuttia liikkumiseen liittyvissä kivuissa. Tärkeitä lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä olivat myös keskusteleminen, kuunteleminen, huomioiminen sekä myötätunnolla hoitaminen.

No tietysti lääkkeettömät ne me pystytään hoitajat itse hoitaan.

Oikaista lakanat ja katsoa, että siellä ei ole mikään kurtussa missään.

Syöpäpotilaiden kivunhoidon tavoitteet

Kivunhoidon tavoitteena oli *kipujen lievittäminen ja lisäkivun välttäminen*. Haastateltavat näkivät, että kivun syyn tutkiminen, lääkityksestä johtuvien sivuvaikutusten huomioiminen ja hoitaminen sekä kivunhoidon yksilöllisyys olivat tärkeitä syöpäpotilaan hoidossa. Tavoitteena oli kohtuullisen ja levossa suhteellisen kivuttoman olotilan aikaansaaminen sekä jännittyneisyyden ja pelon vähentäminen. Potilaan kuunteleminen sopivista kipulääkkeistä ja potilaan toiveiden huomioiminen antoivat arvokasta tietoa. Hoitajat kokivat, että avunsaannin kokemuksen aikaansaaminen potilaalle ja potilaan tarpeisiin välittömästi vastaaminen oli tärkeää. Hoitajien mielestä kipujen lievittäminen parhaaksi mahdolliseksi, sekä lisäkivun välttäminen, esimerkiksi pistämisen välttämällä siitä aiheutuvan kivun vuoksi, koettiin myös merkittäväksi.

– – että potilaalla on se tunne, että hän saa sen avun kun hän tarvitsee eikä sitten siitä tunnin päästä.

Kivun lääkitsemisen haasteet

Kipulääkkeen ottamatta jättäminen koettiin hoitajien mielestä haasteeksi kivunhoidon onnistumisessa. Haastateltavat kertoivat, että potilaat eivät aina hae lääkkeitä apteekista tai kivusta huolimatta jättävät kipulääkkeet kotona ottamatta. *Hoitajista riippumattomia kipulääkityksen puutteita* olivat lääkäreiden riittämätön paneutuminen kivunhoitoon sekä

uudempien lääkäreiden kokemattomuus jonka vuoksi heidän puutteelliset tietonsa vaikuttivat kivunhoitoon. Hoitajat kokivat myös, että kipulääkkeen annostusta ei nostettu aina riittävästi, kipulääkkeitä vaihdettiin annosnostoa kokeilematta ja kipulääkityksen suunnittelusta puuttui systemaattisuus ja realismi. Tämän vuoksi osa potilaista joutui kärsimään kivuista. Haastateltavat kokivat, että *kivunhoidon epäonnistumiseen* liittyi kivunhoidon haastavuus ja moninaisuus. Hoitajien mielestä kivunhoitoon kiinnitettiin potilaan osastolla ollessa paljon enemmän huomiota, kuin potilaan käydessä poliklinikalla kontrolloissa.

— — *ei suostunut ottaan niitä, ja se oli tosi kipee.*

Kehitysehdotukset kivunhoitoon

Hoitajan keinoja vaikuttaa potilaan lääkitykseen olivat hoitajan periksiantamattomuus kunnes lääkitys saatiin kohdalleen sekä lääkäreiden kanssa keskusteleminen. Kokeneen hoitajan mielipiteellä oli merkitystä lääkärille, sillä he saattoivat ehdottaa potilaalle sopivaa lääkitystä. Kipulääkitykseen vaikutettiin pääasiassa lääkärinkierrolla. Haastateltavat kokivat, että he toimivat potilaiden asianajajina ja lisäksi hoitajan persoonalla oli vaikutusta kivunhoitoon. Hoitajat toivoivat *lääkäreiltä ohjeita kipulääkityksen nostoon* potilas-kohtaisesti, jotta kipulääkityksen ollessa riittämätön hoitajat voisivat itsenäisesti nostaa lääkitystä lääkärin ennalta määräämien ohjeiden mukaisesti. Hoitajat toivoivat myös, että lääkäreillä olisi selkeät jatkosuunnitelmat tilanteisiin joissa kipulääkitys on riittämätön.

Kun lääkäri laittaa sen kipulääkityksen, niin se oikeesti sit laittaa sinne, että jos tämä ei auta, niin laita näin ja näin tai näin.

Ois helppo kun sillä jo pääsis aika pitkälle kun olis semmoset sitku- sitku-ohjeet.

Haastateltavat toivoivat, että *kipuun ja sen hoitoon paneuduttaisiin* enemmän. Kivun voimakkuuden muuttuminen lyhyenkin ajan kuluessa tulisi huomioida. Haastateltavat kertoivat, että potilaita tulee osastolle päivystyksen kautta kivunhoitoon. Näiden potilaiden kohdalla kipulääkitys tulisi tarkistaa päivystyksessä ennen osastolle tuloa, sillä kivunhoitoon tuleva potilas ei pärjää osastolla jo olemassa olevalla kipulääkityksellä mikäli hän ei kotonakaan sillä pärjännyt. Lääkäreiden tulisi myös määrätä potilaille kotiin tarvittaessa

otettavia voimakkaampia kipulääkkeitä, jotta heidän ei tarvitsisi kivun vuoksi hakeutua päivystykseen.

Lääkärien pitäis enemmän määrätä tarvittaviin niitä tujumpia kipulääkkeitä, että ei päästettäis sitä syöpäpotilaan kipua siellä kotona esim. niin kovaksi, että sen pitää tulla tänne saamaan esim. se Oxynorm.

Syöpäpotilaiden hoidossa käytettävien kipulääkkeiden ohjeiden tarpeellisuus ilmeni myös haastatteluista. Hoitajilla oli kiinnostusta syöpähoidossa käytettävien kipulääkkeiden oppaaseen ja he kokivat uusien ohjeiden olevan tarpeelliset. Lääkäreille toivottiin myös helposti saatavilla olevia ohjeita lääkkeistä. Haastateltavat kertoivat, että yksiköstä löytyy hoitajille yleiset ohjeet kipulääkkeistä, mutta heillä ei ollut tietoa miten paljon niitä käytetään.

Omahoitajuuden merkitys gynekologisten syöpäpotilaiden hoidossa

Omahoitajuudella oli haastateltavien mielestä kokonaisvaltainen merkitys potilaan hyvinvointiin, silti sen toteutuminen oli heidän mielestään puutteellista. Hoitajat kertoivat, että osastolla katsotaan mahdollisuuksien mukaan potilaille samat hoitajat. Etenkin kuolevaa potilasta hoidettaessa pyritään järjestämään, ettei potilaalla olisi liian montaa hoitajaa. Toisaalta huomioidaan myös hoitajan jaksaminen, sillä pitkään jatkuva hoitosuhde voi olla raskas. *Potilaat hyötyivät omahoitajuudesta*, koska tuttu hoitaja synnytti turvallisuuden tunteen ja potilaat kiintyivät tuttuun hoitajaan. Hoitajat ajattelivat, että potilaille oli helpompaa kun heillä oli hoitojakson aikana samat hoitajat. Näin heidän ei tarvinnut kertoa asioitaan aina uudelleen. *Omahoitajuuden hyötyjä hoitajan kannalta* oli potilaan asioihin perehtyminen ja niistä tietäminen. Hoitajilla oli myönteinen suhtautuminen omahoitajuuteen. He kertoivat kivun arvioinnin olevan helpompaa kun tuntee potilaan pitkän hoitosuhteen aikana, myös kivun muuttumisen seuraaminen oli yksinkertaisempaa.

Pystyy sitä kipua paremmin arvioimaan kun on nähnyt pitkältä aikaväliltä sitä potilasta. Tietää, että onko se muuttunut johonkin suuntaan se kiputilanne.

5.3 Palliatiivinen hoito osana gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyötä

Gynekologisten syöpäpotilaiden palliatiivinen hoito

Palliatiivisen linjauksen tekeminen ajoissa mahdollistaisi hoitajien mielestä sen, että potilaalle voitaisiin järjestää riittävä kipulääkitys ja apuja mahdollisimman pitkään kotona olemisen turvaamiseksi, mikäli potilas näin haluaisi. Haastateltavien mielestä palliatiivinen linjaus antaisi luvan puhua syövän loppuvaiheessa olemisesta ja kuolemasta. Hoitajat kertoivat, että kun päätös hoidon muuttamisesta loppuvaiheen hoidoksi tehtiin, voitiin tarpeettomia lääkkeitä lopettaa ja keskittyä kipulääkitykseen. Tällöin loppuaika pyrittiin tekemään mahdollisimman hyväksi, sillä loppuvaiheessakin oli vielä paljon tehtävissä.

Kotona tietenkin niin kauan kuin siellä pärjää, mut siellä pitäis olla sit se kipulääkityskin kohdallaan ja avut ja muut.

Haastateltavat kertoivat, että *palliatiivisen hoitolinjauksen puuttumisen* vuoksi potilaat olivat tietämättömiä syöpänsä ennusteesta, eikä heille kerrottu, että sairaus oli jo loppuvaiheessa. Loppuvaiheen määrittely oli myös epäselvää eivätkä hoitajat välttämättä tienneet kenellä potilaista oli menossa parantavat ja kenellä palliatiiviset hoidot. Hoitajat kokivat, että heillä ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa lääkärin kantaan potilaan siirtämisestä saattohoitokotiin. Loppuvaiheen linjaus oli epäselvää ja sen puheeksi ottamisen puuttuminen hankaloitti hoitajien työtä, koska usein potilaat varmistivat hoitajalta lääkärin kertoman tiedon.

– –ja tietää millä tavalla mä nyt potilaalle puhun. Mitä sille on lääkäri puhunut ja puhunko mä ihan ristiin.

Palliatiivisen linjauksen puuttuminen aiheutti ongelmia, sillä potilaiden toiveita ylläpidettiin turhaan ja he saattoivat kuolla ennen kuin saivat tietää ennusteestaan. Hoitajien kertoman mukaan potilaat kuolivat osastolla hoitokodin sijaan, koska linjausta ei tehty ajoissa. Potilaiden ollessa jo todella huonokuntoisia, ei heitä enää sen vuoksi voitu siirtää saattohoitokotiin. Potilas saattoi saada sytostaatteja palliatiivisesti tietämättään, että niillä ei ollut parantavaa vaikutusta. Tämän vuoksi he uskoivat vielä parantuvansa. Mikäli potilas sai aktiivihoitoja niitä tarvitsemattaan, ei hänelle voitu aloittaa voimakkaampaa ki-

pulääkitystä kuten esimerkiksi morfiinitiputusta. Hoitajien näkemysten mukaan *syitä hoitolinjauksen puuttumiseen* oli lääkäreiden halu parantaa kaikki sekä se, että lääkäreiden oli vaikeaa luopua potilaan hoidosta.

– – *se on vaikea luopumisen tuska, myös lääkärille.*

Haastatteluissa esiin tulleita *kehitysehdotuksia palliatiiviseen linjaukseen* oli hoitajan mukana olon tarpeellisuus poliklinikkakäynneillä, jotta potilaan toiveet tulisi kartoitettua ajoissa ja hoitajatkin tietäisivät mitä lääkäri on potilaan kanssa keskustellut. Lisäksi hoitajat toivoivat, että hoitolinjaukseen näkyisi selkeästi potilastiedoissa. Haastateltavat kertoivat, että hoitolinjauksen puuttumisesta oli keskusteltu osastokokouksissa ja käytäntöjä yritetty parantaa siinä kuitenkin onnistumatta. Yksikössä on lisäksi vireillään palliatiivinen hanke jolla hoitajat toivoivat olevan positiivista vaikutusta hoitolinjauksiin.

Kuolevan syöpäpotilaan hoito

Kuolevan potilaan hoito koettiin tärkeänä *osana hoitotyötä* ja siinä korostui kuoleman luonnollisuus. Hoitajien näkemysten mukaan *kuolevan potilaan hoitaminen* oli raskasta ja haastavaa, sillä jokainen kuolema oli erilainen. Heidän mielestään joidenkin potilaiden kohdalla kuolema oli rankempaa, mutta toisaalta oli myös hyviä ja helppoja kuolemia. Tähän vaikutti potilaan ja omaisten suhtautuminen lähestyvään kuolemaan. *Kiireettömyyden tärkeys kuolevan potilaan hoidossa* nousi jokaisessa haastatteluissa esiin. Kiireen määrää ei voitu ennalta tietää ja hoitajat kokivat, että joutuivat kiireessä kuolevia potilaita hoitamaan. Kuolevan potilaan hoidossa puhtaudesta huolehtiminen ja *hyvä perushoito potilasta liikaa rasittamatta* olivat tärkeitä kaikille haastateltaville. Tällä haluttiin taata potilaalle tunne hyvästä huolehtimisesta kuolemaan saakka.

– – *enemmän saisi olla aikaa, et sit kun seuraava kuolee, niin sit mulla on aikaa, mutta sun kanssa mulla ei nyt oo.*

Omaisten huomioiminen kuolevan potilaan hoidossa

Omaisten merkitys kuolevan potilaan hoidossa oli haastateltavien mielestä tärkeä tiedostaa, sillä omaisten suhtautuminen kuolemaan vaikutti hoitotyöhön. Hoitajat kertoivat, että omaisten läsnäolo kuolevan potilaan luona oli välillä haastavaa. He joutuivat harkitsemaan puheitaan omaisten läsnä ollessaan, sillä omaisilla ei ollut samanlaista tietämystä

asiasta kuin hoitajilla. Omaisten yritykset vaikuttaa potilaan hoitoon johtuivat haastatteluvien mielestä usein *omaisten epärealistisista ajatuksista ja niiden ymmärtäminen* oli tärkeää. Toisinaan hoitajat lääkitsivät potilasta omaisten pyynnöstä vaikka potilas ei hoitajan näkökulmasta sitä välttämättä olisi tarvinnutkaan. Omaisten suhtautumista kuolemaan voitiin helpottaa keskustelemalla tosiasioista sekä järjestämällä psykiatrisen sairaanhoitajan käynti potilaan luo omaisten paikalla ollessa. Loppuvaiheessa olevan potilaan vielä mahdollisesti osastolta kotiutuessa oli omaisia tärkeää ohjeistaa kipulääkityksestä, jotta he osasivat potilasta tukea ja auttaa kipujen kanssa pärjäämisessä.

– *vähän niinkun lääkitään niitä omaisia ja hoidetaan niitä.*

Omaisten huomioiminen kuolevan potilaan hoidossa ilmeni hoitajien haastatteluissa pientenkin asioiden merkityksenä, kuten mehun tai kahvin tarjoamisena. Omaisten osastolla olon, yhden hengen huoneen ja yöpymisen mahdollistaminen olivat merkityksellisiä asioita kuolevaa potilasta hoidettaessa. Hoitajat myös korostivat inhimillisyyttä kuolevan potilaan ja omaisten huomioimisessa.

6 POHDINTA

Tässä osiossa on pohdintaamme tuloksista sekä opinnäytetyön luotettavuudesta ja eettisyydestä. Lopussa on vielä kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset, sekä pohdintaa opinnäytetyön prosessista.

6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tuloksista mielestämme tärkein oli, että hoitajat todella halusivat parantaa gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoitoa. He tiedostivat siihen liittyvät puutteet ja olivat yrittäneet saada muutosta aikaan. Hoitajat olivat kiinnostuneita ja halusivat lisää koulutusta kivunhoidosta. Tätä tukee Garcian, Whiteheadin ja Winterin (2015, 31) tutkimusartikkeli syöpäkivun hoitamisesta. Siinäkin hoitajat kokivat, että heillä ei nykyisellä koulutuksellaan ja työkokemuksellaan ollut riittäviä valmiuksia syöpäkivun hoitoon. Lahden ym. (2007) mukaan hoitajien asenteet kivunhoitoon olivat ristiriitaisia, hoitajien mielestä kivunhoidosta oli vaikea saada ajankohtaista tietoa, eikä työaika riittänyt tiedon etsimiseen (Lahti ym. 2007, 35). Lisäkoulutus varmasti olisikin tarpeen, sillä Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajien tiedot ja asenteet kivunhoitoon taas parantuivat merkittävästi lisäkoulutuksen avulla (Erkes, Parker, Carr & Mayo 2001, 47–53).

Opinnäytetyössämme hoitajat kuitenkin kokivat, että lisäkoulutuksen puute ei ollut kivunhoidon onnistumisen kannalta ainoa ongelma. Hoitajat toivoivat systemaattisuutta kivunhoidon suunnitteluun. He kokivat, että etenkin uudempien lääkäreiden kokemattomuudella oli vaikutusta kipulääkkeitä valittaessa sekä annosta muutettaessa. Tämän vuoksi hoitajat toivoivat myös lääkäreille ohjeita kipulääkkeistä. Yhtenä kehitysehdotuksena hoitajat toivoivat lääkäreiltä ohjeita kipulääkityksen nostoon, jotta he voisivat itsenäisesti nostaa kipulääkitystä sen ollessa riittämätön. Tämä olisikin kannattavaa, koska se säästäisi sekä hoitajan, että lääkärin aikaa kun lääkityksen suhteen suunnitelma olisi selvillä. Näin myös kivuista kärsivä potilas saisi nopeammin avun, tai kipu ei edes pääsisi yltymään pahaksi.

Hoitajat kertoivat tarvittaessa konsultoivansa asiantuntijoita, mikäli potilaan kiputilanne oli paha eikä heillä ollut keinoja sen helpottamiseen. Heikkisen (2016) haastattelusta kävi ilmi, että potilailla on myös mahdollisuus käydä palliativisella polilla saamassa neuvoja

ja apua kipuihin. Toimiva yhteistyö osaston ja palliatiivisen poliklinikan välillä on siis tärkeää.

Tuloksista ilmeni, että hoitajat kokivat VAS-asteikon käytön toisinaan haastavaksi, koska potilaat eivät aina ymmärtäneet sitä oikein. Tämä vaikeutti kivun arviointia, etenkin VAS:n mukaan. Pätärin (2014, 23–26) tutkimustulokset viittasivat samaan, hoitajien mielestä potilaat eivät aina ymmärtäneet kipumittareita oikein. Kipuhoitajan haastattelusta taas ilmeni, että hoitajilla saattaa olla puutteelliset taidot VAS:n käytön ohjauksesta. Jotta kivun arviointi olisi yhdenmukaisempaa, tulisi VAS:n käytön ohjaukseen kiinnittää enemmän huomiota. (Heikkinen 2016.)

Tuloksista voi päätellä, että hoitajilla oli hyvät tiedot ja taidot lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöön. Niihin kuuluivat tärkeänä osana kuunteleminen, huomioiminen ja myötätunto. Seyedfatemin ym. (2014, 71–73) mukaan hoitajat uskoivat myös, että ymmärtämällä potilaan turhautumista tai aggressiivisuutta ja olemalla hyviä kuuntelijoita, he saattoivat helpottaa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kokemaa kivun tunnetta.

Hoitajien mielestä syöpäpotilaan kivunhoidossa tavoitteena oli kohtuullisen ja levossa suhteellisen kivuttoman olotilan aikaansaaminen. He korostivat, että potilaita ei aina saa kivuttomaksi vaikka kuinka haluaisi. Hovin ja Laurin (1999) tutkimuksessa nousi toisaalta tärkeä kysymys esiin: pitäisikö hoitajien tähdätä kivun lievittämiseen vai onko heidän tavoitteensa poistaa kipu kokonaan? Ainoastaan potilas voi arvioida luotettavasti kivun voimakkuutta ja hänellä on oikeus myös odottaa saavansa kivunlievitystä, joka vaikuttaa ja tähtää kivun poistamiseen täysin, aina kuin se vain on mahdollista. Jos hoitajat eivät pysty ymmärtämään, että kivunhoidossa hoitotyön tavoite on kivun täydellinen poistaminen, niin silloin on todennäköistä, että he myös aliarvioivat todellisen hoitotyön tarpeen. (Hovi & Lauri 1999, 213–217.) On vaikea sanoa, onko asia näin, sillä varmasti hoitajilla on pyrkimys saada potilaan kipu lievittymään kokonaan, mutta onko se aina mahdollista?

Haastateltavat näkivät, että naiset olivat luonteenpiirteiltään tyytyväisiä, kiitollisia, tunteikkaita, vaatimattomia sekä kestivät kipua vaikka hammasta purren. Prieurin (2002, 44–45) tutkimuksessa lähes kolmasosa potilaista oli sitä mieltä, että kivusta valittaminen voi häiritä hoitajaa tai lääkäriä hänen hoitaessaan varsinaista vaivaa. Saman verran vastaajia ajatteli myös, että hyvin käyttäytyvä potilas ei puhu kokemastaan kivusta. Tässä

tutkimuksessa vastaajien sukupuolella ei ollut merkitystä. Voidaanko siis päätellä, että kivun kestäminen hammasta purren ei ole vain naispotilaita kuvaavaa? Osa haastateltavista ei ollut hoitanut miespotilaita, joten heillä ei ollut vertailukohtaa tähän.

Yhtenäisten toimintatapojen puute häiritsi kivunhoitoa, koska osa potilaista tuli osastolle päivystyksen kautta kivunhoitoon. Silti kuitenkin päivystyksessä ei määrätty potilaalle lisää kipulääkettä. Pätärin (2014, 27) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokivat päivystyspoliklinikalla haastaviksi potilaiksi juuri kroonisesta kivusta kärsivät sekä syöpäpotilaat, sillä heillä saattoi olla pitkä kipuhistoria. Tämän vuoksi saattaa olla, että päivystyksestä syöpäpotilaat siirretään suoraan osastolle kivunhoitoon, kipulääkitykseen sen enempää perehtymättä.

Työn tilanneessa yksikössä hoidetaan paljon erilaisia potilaita, joten hoitajat eivät ole erikoistuneet kuolevan potilaan hoitoon. Tämän vuoksi olisikin tärkeää, että hoitolinjaukset tehtäisiin riittävän aikaisessa vaiheessa, jotta potilas voitaisiin siirtää palliatiiviseen hoitoon erikoistuneeseen hoitolaitokseen ajoissa. Palliatiivisen linjauksen puuttuessa potilas saattoi kuolla ennen kuin sai kuulla syöpänsä ennusteesta. Mikäli linjaus olisi tehty hyvissä ajoin, olisi potilas voinut päättää miten ja missä haluaa loppuvaiheensa viettää. Hoitajien näkemys oli, että lääkäreillä oli niin kova halu parantaa kaikki potilaat, että heidän oli sen vuoksi vaikea luopua potilaiden hoidosta. Kuten lääkärit valassaankin vannovat, pyrkivät he parantamaan sairaudet. Toisaalta samassa valassa vannotaan myös, että tutkimuksia ja hoitoja suositeltaessa otetaan tasapuolisesti huomioon niistä potilaalle koituvat hyödyt ja haitat. (Lääkäriinvala 2013.) Yksikössä on juuri meneillään palliatiivinen hanke jonka tavoitteena on yhtenäistää hoitolinjauksia. Hankkeen työryhmässä on mukana kolme lääkäriä ja viisi hoitajaa jotka osallistuvat gynekologisten syöpäpotilaiden hoitoon. Lääkäreille on tarkoitus tehdä tarkistuslista jonka he käyvät läpi kaikkien potilaiden kanssa. Tällöin kaikkien potilaiden kanssa käytäisiin läpi samat asiat vaikka lääkäri vaihtuisi. Näin potilaat ja heidän omaisensa saisivat tietää todellisen tilanteen. Lisäksi kirjaamiseen kiinnitetään huomioita ja esimerkiksi päätös elvyttämättä jättämisestä kirjaetaan ylös. Hankkeessa on otettu huomioon myös WHO:n suositukset sytostaattien antamisesta, sillä niissä on selkeästi rajattu minkä kuntoisille potilaille sytostaatteja voidaan antaa. (Dias 2016.)

6.2 Eettisyys

Ennen haastatteluiden tekemistä opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Lähetimme tutkimuslupahakemuksen mukana saatekirjeen (liite 3) ja suostumuksen (liite 4) jonka haastateltavat allekirjoittivat ennen haastatteluita. Kävimme lisäksi työelämätahon osastotunnilla kertomassa tulevista haastatteluista. Haastattelut olivat niihin osallistuville vapaaehtoisia ja he saivat keskeyttää haastattelun koska tahansa ilman perusteluja. Haastattelut sovittiin tehtäviksi hoitajien työyksikössä heidän työajal- laan. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.) Haastattelumateriaalit säilytettiin siten, että sivulliset eivät saaneet niitä haltuunsa ja salassapidon ehdot toteutuivat. Opinnäytetyön valmis- tuttua kerätty aineisto hävitettiin välittömästi ja asianmukaisesti. Hyvän tieteellisen käy- tännön mukaan noudatimme rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työtä tehdes- sämme. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Leino- Kilpi & Välimäki 2012, 364.) Olemme kuvanneet raportissa työmme vaiheet rehellisesti, sekä verranneet tuloksia asi- allisesti ja kunnioittavasti aiheeseen liittyviin aikaisempiin tutkimuksiin sekä niiden teki- jöihin (Tuomi & Sarajärvi 2011, 132–133).

Olemme raportoineet kaikki aineiston pohjalta ilmenneet tulokset, sillä niiden rehellinen esille tuonti on opinnäytetyön eettisyyden vuoksi tärkeää. Olemme huolehtineet, että haastateltavat pysyvät nimettöminä ja autenttisia lainauksia käyttäessämme haastateltavia ei ole voitu tunnistaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 154–155; Tutkimuseettinen neuvottelu- kunta 2012, 6.)

6.3 Luotettavuuden tarkastelua

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuudella, vahvistettavuudella, reflektiivisyydellä sekä siirrettävyydellä. Uskottavuutta työssämme kuvaa se, että olemme kuunnelleet äänitettyjä haastatteluja sekä lukeneet niitä litteroituina useaan ker- taan tarkistaaksemme tulosten paikkansapitävyyttä. Olemme lisäksi keskustelleet yhdessä tutkimustuloksista, jotta olemme varmistuneet, että olemme ymmärtäneet haastateltavien sanomiset samalla tavalla. Vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä taas kuvaa työn prosessin kuvaus, jota voi seurata raportistamme. Olemme kirjanneet aineistonanalyysin vaiheet sekä haastatteluiden olosuhteet tarkasti ja totuudenmukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Opinnäytetyömme refleksiivisyyden kannalta tulee arvioida miten olemme itse vaikuttaneet aineistoon ja tutkimusprosessiin. Tämä opinnäytetyö on molempien tekijöiden ensimmäinen tutkimusmetodeihin perustuva korkeakoulutason opinnäytetyö. Teemahaastattelurunkoa testattiin ennen haastattelua opiskelutovereilla ja tämän seurauksena kysymyksiin tehtiin vielä tarkentavia muutoksia. Haastattelijana toimiminen oli meille molemmille uusi rooli ja luultavasti tämän vuoksi joitain tarkentavia kysymyksiä jäi esittämättä. Jokainen haastattelu oli erilainen ja eteni eri tavalla. Teemahaastattelun kysymyksiä muokattiin sekä järjestystä vaihdettiin hieman ensimmäisen haastattelun jälkeen, kun huomattiin, että kaikkiin esitettyihin kysymyksiin ei saatu vastausta tai haastateltavat ymmärsivät kysymykset väärin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Hoitajien osaamista ja tietoa kivunhoidosta on tutkittu paljon, kuten myös potilaiden kokemuksia saamastaan kivunhoidosta. Kuitenkaan hoitajien näkemyksiä kivunhoidosta on tutkittu varsin vähän. Vastaavia tutkimuksia ei siis löytynyt, joten emme ole voineet täysin verrata tuloksia.

6.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli saada hoitajilta tietoa gynekologisten syöpäpotilaiden kivunhoidosta sekä lisätä heidän tietoisuuttaan kivunhoidon tärkeydestä. Osoittautui, että hoitajilla oli hyvät tiedot ja asenteet kivunhoidosta. Haastatteluiden pohjalta ilmeni kuitenkin kehittämisehdotuksia jotka toivomme otettavan huomioon jatkossa sekä gynekologisten että muidenkin syöpäpotilaiden hoidossa. Näitä olivat kivun arvioinnin yhtenäistäminen jotta kipu ja sen hoito tulisi arvioitua ja kirjattua samalla tavalla kaikkien hoitajien toimesta. Jatkossa voisikin tutkia kivun ja sen hoidon kirjaamista, sekä kirjaamisen yhdenmukaisuutta. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää miten kirjaaminen vaikuttaa kivunhoitoon. Omahoitajuutta voisi yksikössä kehittää lisää, koska haastatteluissa ilmeni, että sillä on merkitystä potilaan kivun muuttumisen arvioinnissa. Omahoitajuuden toteutuminen on haastavaa yksikössä jossa hoitajat tekevät vuorotyötä, eikä omahoitaja aina ole paikalla. Hoitosuhteiden ollessa pitkiä omahoitajuus varmasti auttaa hoidon suunnittelussa ja tekee potilaiden sekä omaisten sairaalassaolon helpommaksi.

Haastatteluiden pohjalta ilmeni, että kivunhoitoon ei kiinnitetty poliklinikalla huomiota samalla tavalla kuin osastolla, joten tätäkin asiaa olisi mielestämme tärkeä tutkia. Tutkimuksesta saadulla tiedolla voitaisiin kivunhoitoa yhtenäistää jotta syöpäpotilaat eivät joutuisi hakeutumaan päivystyksen kautta osastolle kivunhoitoon.

Haastatteluiden aikaan hoitolinjausten puuttuminen sekä potilaiden ja hoitajien puutteellinen tieto syövän ennusteesta vaikuttivat kivunhoitoon. Mielestämme olisi tärkeää tutkia myös sitä, miten hoitajan osallistuminen potilaan hoitoneuvotteluihin vaikuttaisi hoitolinjauksiin sekä sen myötä kivunhoitoon.

Potilaiden kokemuksia kivusta on tutkittu paljon, mutta silti olisi mielenkiintoista saada tietoa syöpäpotilaiden kokemuksista saamastaan kivunhoidosta, sekä siitä millaisia toiveita potilailla on kivunhoidon suhteen ja toteutuvatko ne.

Hoitajat mainitsivat myös, että toisinaan yksikössä on kovin kiireistä eikä kuolevan potilaan hoitoon ole tämän vuoksi riittävästi aikaa. Ajan käyttöä ja töiden priorisointia voisi siis myös tutkia ja kehittää toimivammaksi, sillä lisää henkilökuntaa tässä taloustilanteessa on luultavasti mahdotonta saada.

Työelämätahon toiveesta laadimme hoitajien käyttöön ehdotukset kivunhoitoon. Ehdotukset valikoituivat haastatteluista ja aineistonanalyysistä korostuneiden seikkojen pohjalta. Valmiit ehdotukset tarkistutimme palliativisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoidajalla. Hänen täsmennystensä mukaan korjasimme ehdotukset jotka laitettiin opinnäytetyön mukana työelämään. Työelämätahon toiveesta ehdotuksia ei julkaistu valmiissa opinnäytetyössä, vaan ne jäivät vain heidän omaan käyttöönsä. Ehdotuksissa päällimmäisenä ajatuksena on hoitajan toimiminen potilaan asianajajana. Tämä tulee esiin esimerkiksi potilaan hoitoa suunniteltaessa sekä mahdollista kotiutumista järjestettäessä. Hoitajan tulee huolehtia, että potilaalla on riittävä kipulääkitys sekä tarpeellinen tieto liittyen kipuun ja sen lääkitsemiseen. Ehdotuksissa on myös maininta kivun lääkitsemisestä sekä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. Lisäksi hoitajat voisivat itse ehdottaa lääkärille hoitoneuvottelun pitämistä ajoissa jotta hoitolinjaukset saataisiin sovittua potilaan kanssa jo riittävän varhaisessa vaiheessa. Yksikössä meneillään olevasta palliativisen hankkeen toteutumisesta ja sen tuomista muutoksista saisi varmasti mielenkiintoista tutkimustietoa.

6.5 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyön teko oli pitkä prosessi johon mahtui monia tunteita, päällimmäisenä kuitenkin innostus. Koemme molemmat, että kivunhoito on todella tärkeä osa hoitotyötä ja sen vuoksi opinnäytetyön tekeminen tuntui mielekkäältä. Pyrimme järjestämään mahdollisimman paljon yhteistä aikaa työn tekoon, mutta joitakin teoriaosuuksia sekä tiedonhaku teimme silti kumpikin tahoillamme. Kävimme lisäksi ohjauksessa säännöllisesti, sekä olimme yhteydessä työelämätahoon tarvittaessa. Työelämäyhdysenkilömme oli innostunut aiheesta ja tämä lisäsi omaa motivaatiotamme työn tekoon. Haastatteluiden toteuttaminen oli hieman haasteellista, sillä osaston kiireen vuoksi haastatteluiden ajankohtien sopiminen oli alkuun hankala järjestää. Yhteistyö työelämän kanssa sujui kuitenkin hyvin. Vertaisarvioijalta, muulta ryhmältä sekä ohjaavalta opettajalta saatu tuki oli tärkeää ja auttoi eteenpäin opinnäytetyön teossa.

Laadimme jo varhaisessa vaiheessa aikataulun jonka mukaan työ eteni. Opinnäytetyön aihe valittiin keväällä 2015 jolloin myös pidettiin työelämäpalaveri jossa aihe tarkentui. Tutkimussuunnitelma valmistui syksyllä ja lupa opinnäytetyön toteuttamiselle saatiin lokakuun alussa. Haastattelut toteutettiin loka–marraskuussa 2015. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin, tulokset kirjoitettiin sekä opinnäytetyön raportti kirjoitettiin valmiiksi. Opinnäytetyömme valmistui aikataulussa.

Olemme varmoja, että laadullinen tutkimusmenetelmä oli mielekkäin ja tulosten kannalta paras vaihtoehto valitsemamme aiheen tutkimiseen. Saimme kattavat vastaukset kaikkiin tutkimustehtäviin. Lisäksi haastatteluissa ilmeni kivunhoidon kehittämisehdotuksia joita emme luultavasti olisi esimerkiksi kyselylomakkeella saaneet. Opinnäytetyön teko on opettanut paljon, olemme oppineet lukemaan aikaisempia tutkimuksia kriittisemmin ja lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen on tullut tutummaksi. Kiinnostuksemme aiheetta kohtaan kasvoi työn edetessä ja opimme paljon uutta kivunhoidosta sekä gynekologisista syöpäpotilaista.

LÄHTEET

- Aalto, P., Hammar, P., Nyrö, R. & Salonen, S. 2000. Syöpäpotilaiden kokemukset kivusta ja kivunhoidosta TAYS:n syöpätautien klinikassa syksyllä 1999. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 9/2000.
- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 3.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A.-M. (toim.) Kivunhoito 2000. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 127–148.
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, G. & Fridlund, B. 2004. Cancer Patients' Experiences of Care Related to Pain Management Before and After Palliative Care Referral. *European Journal of Cancer Care*. Blackwell Publishing Ltd 13, 234–244.
- Dias, R. Palliatiiviseen hankkeeseen osallistuva sairaanhoitaja. 2016. Haastattelu 3.3.2016. Haastattelija Hautala, M. Tampere.
- Erkes, B., Parker, V., Carr, R. & Mayo, R. 2001. An Examination of Critical Care Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Hospitalized Patients. *Pain Management Nursing* 2 (2), 47–53.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 3.painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Garcia A., Whitehead, D. & Winter, H. 2015. Oncology Nurses' Perception of Cancer Pain: a Qualitative Exploratory Study. *Nursing Praxis in New Zealand* 31 (1), 27–33.
- Grénman, S. & Leminen, A. 2013. Gynekologisten syöpien yleisyys ja hoitoperiaatteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Lyly, T. (toim.) Syöpätaudit 2013. 5.painos. Helsinki: Duodecim, 621–655.
- Gülsüm, A. 2012. Information Needs of Cancer patients: A Comparison of Nurses' and Patients' Perceptions. *Journal of Cancer Education*. Springer Science+Business Media LCC 27, 631–640.
- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest*. Suomen anesthesiologi yhdistys 36 (1), 28–30. Tulostettu 3.11.2015. http://finnest.fi/files/a_hamunen.pdf.
- Heikkinen, A. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijasairaanhoitaja. 2016. Haastattelu 1.2.2016. Haastattelija Hautala, M. & Oksanen, U. Tampere.
- Heiskanen, T., Hamunen, K., & Hirvonen, O. 2013. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hietanen, P. 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito 2004. 2.uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim, 16-32.

- Hovi, S.-L. & Lauri, S. 1999. Patients' and Nurses' Assessment of Cancer Pain. *European Journal of Cancer Care*. Blackwell Science Ltd, 8, 213–219.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. *Naisen terveys*. 2.uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) *Kivunhoito 2000*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 118–126.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu 2009*. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 172–180.
- Kankkunen, P., Nousiainen, H. & Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. *Tutkiva hoitotyö* 7 (2), 13–19.
- Kolu, A. & Pirhonen, O. 2015. *Sairaanhoitajien ja kättilöiden kipukäsitys*. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Tulostettu 1.10.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>.
- Kurkela, R. n.d. *Virsta- virtual statistics*. Tilastollinen tiedonkeruu. Verkko- oppimateriaali. Tilastokeskus. Tulostettu 26.7.2015. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/>.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahti, R. 2004. Kuolevan hoitoon liittyvistä oikeudellisista näkökohdista. Julkaisussa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. Helsingin yliopisto. Helsinki: Edita Prima. Tulostettu 10.12.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>.
- Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti*. Suomen kivunhoitoyhdistyksen jäsenlehti, 1/2007, 35–38.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. 5-7.painos. Helsinki: SanoMaPro Oy.
- Lääkärin vala. 2013. Lääkäriliitto. Päivitetty 23.10.2013. Tulostettu 11.12.2015. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/laakarivala/>.
- Metsämuuronen, J. 2006. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä*. 2.korjattu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nal, H. & Pakanen, V. 2001. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Suomen anesthesiologiyhdistys 34 (4), 381–386. Finnanest. Tulostettu 21.10.2015. http://www.finnanest.fi/files/a_nal.pdf.

Oberle, K. & Hughes, D. 2000. Doctors' and Nurses' Perceptions of Ethical Problems in End-of-Life Decisions. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd 33 (6), 707–715.

Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? *Duodecim*. 120 (6), 655–652. Tulostettu 22.10.2015. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94162&dlehtihaku=view+article+WAR+dlehtihaku+p+auth=.

Palliatiivinen hoito. 2015. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Tulostettu 20.10.2015. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittamisen/elaman_loppuvaiheen_hoito/palliatiivinen-hoito.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 2. painos. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Prieur, V. 2002. Potilaiden kipukokemukset ja tyytyväisyys kivunhoitoon sairaalassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Puolakka, J., Aukee, M., Eskola, K., Hannonen, P., Jokiranta, P., Karjalainen, K., Keikkala, S., Korhonen, H., Miettinen, M., Nyman, K., Repo, P. & Vanhala, M. 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski- Suomessa. Jyväskylä: Keski- Suomen sairaanhoidopiirin kuntayhtymän julkaisuja 121/2008.

Pätäri J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Itä- Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998.

Pöyhiä, R. 2014. Kivun hoito. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet 2014*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 143–162.

Qvick, L. & Sailo, K. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A.-M. (toim.) *Kivunhoito 2000*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 60–65.

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 171–188.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. 2003. Helsinki. Tulostettu 20.10.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) Kivunhoito 2000. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 97–110.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. Tulostettu 14.6.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö Oppimateriaalit Oy.

Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Hamooleh, M. & Tahmasebi, M. 2014. Iranian Nurses' Perception of Palliative Care for Patients with Cancer Pain. International Journal on Palliative Nursing. MA Healthcare Ltd. 20 (2), 69–74.

Suomen Syöpärekisteri. Vuosittaiset keskimääräiset syöpätapauksien määrät vuosina 1967-2013 primaaripaikoittain ja kalenterijaksoittain, NAISSET, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Tulostettu 20.1.2016. <http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0604i0.html>.

Suomen Syöpärekisterin tehtävät. 2010. Suomen Syöpärekisteri. Tulostettu 20.1.2016. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/yleinen/suomen-syoparekisterin-tehtavat/>.

Toppinen, P. 2004. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Julkaisussa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Helsingin yliopisto. Tulostettu 10.12.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki 2013. Tulostettu 10.9.2015. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Vaasan keskussairaala. Päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen. 2015. Tulostettu 4.1.2016. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/anestesiologia/leikkauksen-jalkeen/>.

Vainio, A. 2009. Syöpään liittyvän kivun hoito. Duodecim. Tulostettu 20.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00064.

Vainio, A. 2004a. Kivunhallinta. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Vainio, A. 2004b. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito 2004. 2.uudistettu painos. Saarijärvi: Duodecim, 16–19.

Vartti, A.-M. 2000. Kipu ja huumori – tragediasta komediaksi. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) Kivunhoito 2000. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 86–94.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS- kustannus

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Teemakysymykset:

KYSYMYKSIÄ HOITAJILLE

- Ammatti
- Työkokemus

GYNEKOLOGINEN SYÖPÄPOTILAS (Millainen on gynekologinen syöpäpotilas?)

- Mitkä ovat gynekologisen syöpäpotilaan erityispiirteet?
- Miten omaiset huomioidaan syöpäpotilaan kivunhoitotyössä?

SYÖPÄPOTILAAN KIPU (Millaista on gynekologisen syöpäpotilaan kipu?)

- Millaista sinun mielestäsi on syöpäpotilaan loppuvaihe? Mistä se alkaa? Millaista on loppuvaiheen kivunhoito?
- Onko osastolla erillisiä ohjeita syöpäpotilaan kivunhoitoon? Mitä mieltä olet ohjeiden tarpeellisuudesta?
- Millaista kipua gynekologisilla syöpäpotilailla on ja missä?

KIVUNHOITO/ARVIOINTI (Miten arvioit ja hoidat syöpäpotilaan kipua?)

- Mitkä asiat vaikuttavat kivun hoitoon?
- Miten selvität onko potilaalla kipua?
- Miten toimit sellaisessa tilanteessa jos esim. lääkärin määräämä kipulääkitys ei riitä potilaalle?
- Millaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä käytät potilaan kivunhoidossa?

HOITAJIEN KOKEMUKSET JA ASENTEET KIVUNHOIDOSSA (Minkälaisia kokemuksia sinulla on kivunhoidosta?)

- Onko hoitajille ollut mitään erillistä koulutusta kivunhoidosta? Kokisitko sellaisen hyväksi?
- Miten lääkärit suhtautuvat kivun lääkitsemiseen?
- Millaisena koet kuolevan potilaan lähestymisen/hoitamisen?
- Miten koet omahoitajuuden? Miten potilas siitä hyötyy?
- Millaisia parannusehdotuksia sinulla on syöpäpotilaan kivunhoitoon omalla osastollasi?

HOITAJIEN EETTISYYS (Mitkä asiat vaikuttavat omaan ammattitaitoosi ja etiikkaasi?)

- Mitkä ovat sinulle tärkeitä arvoja työssäsi?

Liite 2. Sisällönanalyysi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Perheen merkitys	Syöpäpotilaan hoidossa huomioitavat naiseuteen liittyvät ominaisuudet	Gynekologisten syöpäpotilaiden erityispiirteet hoitotyössä
Intimiteetin merkitys		
Ulkonäköön liittyvät muutokset		
Luonteen piirteet		
Syöpään liittyvät tunteet		
Psyyken vaikutus kipuun		
Syöpäkasvaimien erilaisuuden vaikutus kipuun		
Hoidoista aiheutuva kipu		
Syövän etenemisen aiheuttama kipu		
Komplikaatioiden aiheuttama kipu		
Kivun arvioiminen kysymällä ja havainnoimalla	Gynekologinen syöpäkipu	
Kipulääkityksen vaikutuksen arviointi		
Kivun arvioinnin haasteet		
Lääkkeet kivunhoidossa		
Kivunhoidon asiantuntijoiden konsultointi		
Suolen toiminnasta huolehtiminen		
Kivunhoidon huomioiminen		
Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät		
Kipujen lievittäminen		
Lisäkivun välttäminen		
Kipulääkkeen ottamatta jättäminen		
Hoitajista riippumattomat kipulääkityksen puutteet		
Kivunhoidon epäonnistuminen		
Hoitajan keinot vaikuttaa potilaan lääkitykseen		
Lääkäriltä ohjeet kipulääkityksen nostoon		
Kipuun ja sen hoitoon paneutuminen		
Syöpäpotilaan hoidossa käytettävien kipulääkkeiden ohjeiden tarpeellisuus		
Potilaan hyötyminen omahoitajuudesta		
Omahoitajuuden hyödyt hoitajan kannalta		
Palliativisen linjauksen tuomat mahdollisuudet	Gynekologisen syöpäpotilaan palliativinen hoito	Palliativinen hoito osana gynekologisten syöpäpotilaiden hoitotyötä
Palliativisen hoitolinjauksen puutteet		
Palliativisen linjauksen puuttumisen aiheuttamat ongelmat		
Sytä hoitolinjauksen puuttumiseen		
Kehitysehdotukset palliativiseen linjauksen		
Kuolevan potilaan hoito osana hoitotyötä		
Kuolevan potilaan hoitaminen raskasta		
Kiireettömyyden tärkeys kuolevan potilaan hoidossa		
Kuolevan potilaan hyvä perushoito		
Omaisten merkitys kuolevan potilaan hoidossa		
Omaisten epärealistiset ajatukset ja niiden ymmärtäminen		
Omaisten huomioiminen kuolevan potilaan hoidossa		

Liite 3. Saatekirje

LIITE 1 (2)



TIEDOTE

10.9.2015

Hyvä xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx työskentelevä hoitaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta ja olisimme erittäin kiitollisia jos voisitte osallistua opinnäytetyöhömmme, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta. Opinnäytetyömme on laadullinen ja aineisto kerätään haastatteleamalla osastollanne työskenteleviä lähi- ja perushoitajia sekä sairaanhoitajia.

Opinnäytetyön haastattelut toteutetaan tekemällä kolmesta viiteen erillistä ryhmähaastattelukertaa joissa jokaisessa haastatellaan kolmea hoitajaa. Haastattelut nauhoitetaan ja niiden aikana toinen meistä tekee myös muistiinpanoja. Yksi haastattelukerta kestää noin tunnin ja se toteutetaan työnantajan luvalla työaikana.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista ja voitte kieltäytyä tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Työlle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Haastatteluiden aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja se säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Kaikki aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja työn valmistuttua hävitetään asianmukaisesti. Myös tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä eikä opinnäytetyön raportista pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisestanne. Valmis työ on luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme kysymyksiin.

Opinnäytetyöntekijät

Mari Hautala ja Ulrika Oksanen
Sairaanhoitajaopiskelijat (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
mari.hautala@health.tamk.fi tai ulrika.koivuniemi@health.tamk.fi

Ohjaaja

Heleena Laitinen
Terveystieteiden tohtori, lehtori
Tampereen ammattikorkeakoulu
heleena.laitinen@tamk.fi

(2)

Liite 4. Suostumus



SUOSTUMUS

Hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä gynekologisten syöpäpotilaiden loppuvaiheen kivunhoidosta sekä mahdollisuuden esittää kysymyksiä opinnäytetyöstä sen tekijöille. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja, että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys