



Hengenahdistuksen lievittäminen

Potilasopas syöpäpotilaalle ja hänen läheisilleen

Leppänen Marjo

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LEPPÄNEN, MARJO:

Hengenahdistuksen lievittäminen – Potilasopas syöpäpotilaalle ja hänen läheisilleen

Opinnäytetyö 42 s., liitteet 6 s.
Lokakuu 2011

Opinnäytetyö on tuotokseen painottuva ja sen tarkoituksena on tehdä potilasopas syöpäpotilaalle ja hänen läheisilleen. Potilasopas sisältää käytännönläheisiä keinoja helpottaa syöpäpotilaan hengenahdistusta kotioloissa ja toimii myös hoitohenkilökunnan apuvälineenä ohjaustilanteessa. Opinnäytetyö on yksiosainen, johon kuuluu teoriaosa sekä tuotoksellisena osana potilasopas.

Työn toteuttamiseksi opinnäytetyössä on perehdytty syöpään sairautena, hengenahdistukseen, ohjaukseen osana hoitotyötä, kirjalliseen potilasoppaaseen sekä syöpäpotilaan hengenahdistuksen lievittämiskeinoihin. Opinnäytetyön aihetta lähestytään palliatiivisen eli oireita lievittävän hoitotyön näkökulmasta. Syövässä elimistön solujen kuoleminen ja jakautuminen eivät ole tasapainossa, vaan jokin solu alkaa syystä tai toisesta jakautumaan kontrolloimattomasti. Palliatiivisessa hoitotyössä tavoitteena on parantumattomasti sairaan aktiivinen ja mahdollisimman kokonaisvaltainen hoito potilaan hyvinvoinnin parantamiseksi. Väestön vanhetessa syöpä sairautena tulee yleistymään ja sen myötä ilmenee paljon erilaisia oireita liittyen itse sairauteen tai esimerkiksi siihen käytettäviin hoitomuotoihin. Hengenahdistusta esiintyy monesti erityisesti syöpäsairauden loppuvaiheessa ja syöpäpotilaalla se voi johtua monista eri syistä, kuten nesteen kertymisestä keuhkoihin tai vatsaonteloon. Syöpäpotilaan hengenahdistuksen lievittämiseksi on olemassa sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä hoitokeinoja, joiden lähtökohtana on aina syöpäpotilaan hengenahdistuksen aiheuttajan selvittäminen ja potilaan omien tuntemusten kuunteleminen. Hoitotyön ohjaus on hoitajan ja potilaan aktiivinen vuorovaikutussuhde ja sen tarkoituksena on antaa potilaalle valmiuksia esimerkiksi selviytyä kotona sairautensa kanssa.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että syöpäpotilaalla ja hänen läheisillään olisi valmiuksia hoitaa hengenahdistusta kotioloissa niin kauan kuin mahdollista ja sitä kautta parantaa elämänlaatua.

Asiasanat: syöpä, hengenahdistus, palliatiivinen hoitotyö, ohjaus.

ABSTRACT

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

LEPPÄNEN, MARJO:

How to Relieve Shortness of Breath –Patient’s Guide for Cancer Patients and Their Loved Ones

Bachelor’s thesis 42 pages, appendices 6 pages
October 2011

The purpose of this thesis was to create a patient’s guide for cancer patients and their loved ones. The patient’s guide includes practical means on how to relieve shortness of breath at home. It also serves as a tool for nursing staff.

The key theoretical starting points were cancer as a disease, shortness of breath, guidance as part of nursing, patient’s guide, and relieving shortness of breath. The topic was approached from the perspective of palliative care. Cancer starts to develop when the balance of cells changes for some reason and the cancer cell starts to divide uncontrollably. Palliative care means patients’ active and comprehensive care. Shortness of breath is a very common symptom especially in the last stages of cancer. Cancer patients’ shortness of breath may be caused for example by pleural fluid or ascites. There are many medicinal and non-medicinal treatments for relieving shortness of breath. Guidance as part of nursing means an interpersonal relation between the nurse and the patient, and its goal is that the patient feels empowered.

The aim of this thesis was that cancer patients and their loved ones would receive simple instructions on how to relieve shortness of breath at home. The goal was also that cancer patients would feel that their quality of life improves through these instructions.

Key words: Cancer, shortness of breath, palliative care, guidance.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	1
1 JOHDANTO.....	4
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET.....	5
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
3.1 Syöpä sairautena	6
3.1.1 Syövän synty	8
3.1.2 Syövän kuratiiviset hoitomuodot	9
3.1.3 Palliativinen hoito	11
3.2 Hengenahdistus	14
3.3 Ohjaus osana hoitotyötä.....	16
3.4 Hengenahdistuksesta kärsivän syöpäpotilaan hoitotyö ja ohjaus.....	17
3.4.1 Hengenahdistuksen syitä ja tunnistaminen.....	18
3.4.2 Hengenahdistuksen lääkkeelliset hoitomuodot.....	20
3.4.3 Hengenahdistuksen lääkkeettömät hoitomuodot	26
3.4.4 Ohjaus kotona selviytymisen tukena	29
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	32
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	32
4.2 Kirjallinen potilasohje	32
5 LUOTETTAVUUS JA EETTISET KYSYMYKSET.....	34
6 POHDINTA	36
LÄHTEET	38
LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Uusien syöpätapauksien lukumäärä Suomessa tulee tulevien vuosien aikana lisääntymään johtuen suurimmaksi osaksi väestömme ikääntymisestä. Vuosittain uusia tapauksia todetaan yli 27 000. Suomen Syöpärekisterin ylläpitämien tilastojen mukaan uusia syöpätapauksia todettiin vuonna 2008 miehillä 13619 ja naisilla 13611. Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat 14823 ja 13919. Elämänsä aikana noin joka neljäs suomalainen sairastuu syöpään. Vaikka tapauksien määrä tulee kasvamaan, on silti hyvä muistaa, että syöpähoitojen tulokset ovat Suomessa huippuluokkaa. (Suomen syöpärekisteri.)

Syöpään sairastuminen muuttaa ihmisen elämää monilla osa-alueilla. Opinnäytetyössäni keskityn tarkastelemaan erityisesti syöpäpotilaan hengenahdistusta. Hengenahdistusta esiintyy etenkin syöpätaudin loppuvaiheessa ja siitä kärsii noin 30–60 % syöpäpotilaista. Keuhkosyövässä hengenahdistus on yksi syövän oireista esiintyen 46 %:lla sairastuneista. Hengenahdistus voi myös synnyttää mielikuvia tukehtumiskuolemasta, mikä tekee siitä hyvin pelottavan oireen. Potilaiden pelon ja paniikin helpottamiseksi on voitava tehdä kaikki mahdollinen, sillä myös psyykkiset tekijät vaikuttavat hengenahdistuksen syntymiseen ja voimakkuuteen. (Vainio 2004, 99.) Hengenahdistus lisää myös entisestään potilaan kärsimystä ja vaikuttaa siten negatiivisesti elämänlaatuun (Leino 1999). Tässä työssäni tarkastelen niin lääkkeettömiä kuin lääkkeellisiäkin keinoja helpottaa hengenahdistusta, aina palliatiiviseen sedaatioon eli potilaan uneen vaivuttamiseen asti.

Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta. Syöpäpotilaille on olemassa monia erilaisia ohjevihkoja, mutta hengenahdistuksen lievittämisestä sellaista ei Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä ole entuudestaan. Syöpäpotilaan hoidossa korostuu tuen merkitys ja syöpäpotilaalla tulee olla tieto, mistä hän saa kulloinkin apua, jos esimerkiksi hengenahdistus pahenee (Lehto ym. 2011, 1096). Lisäksi olen kiinnostunut syöpäpotilaiden hoitotyöstä sekä syventämään palliatiivisen hoitotyön osaamistani.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä selkeä ja käytännönläheinen potilasopas hengenahdistuksen lievittämisestä kotioloissa syöpäpotilaalle hänen läheisilleen. Opas tulee olemaan myös henkilökunnan apuväline, jota he voivat käyttää suullisen ohjauksen tukena.

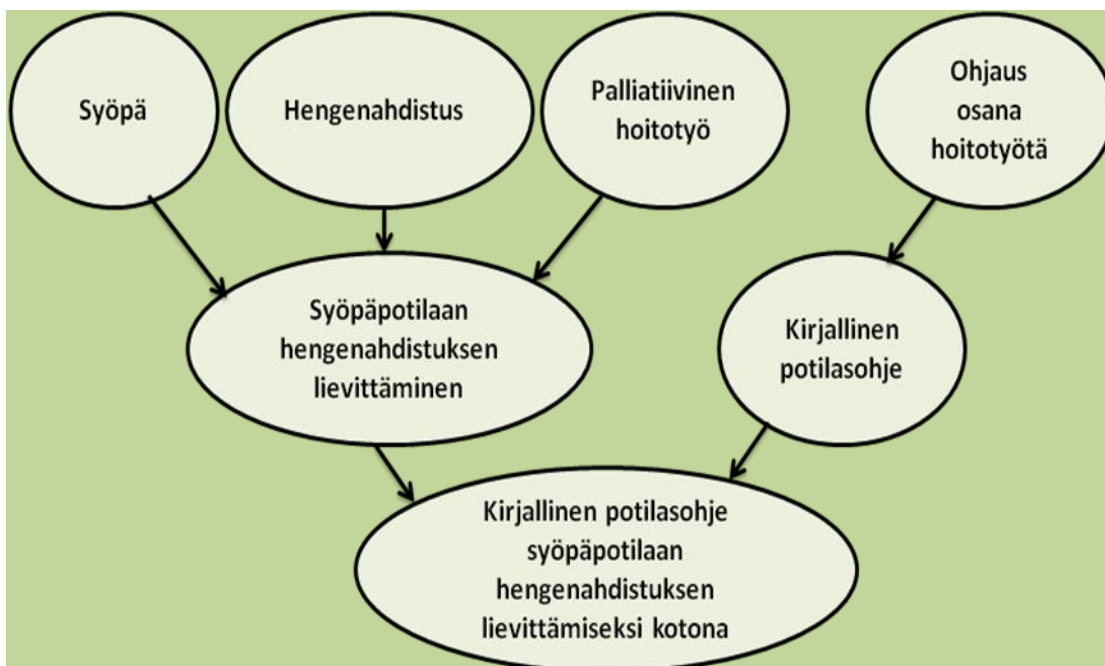
Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

1. Mitä on hengenahdistus?
2. Miten syöpäpotilaan hengenahdistusta voidaan lievittää palliativisen hoitotyön keinoin?
3. Millainen on kirjallinen potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on tiedon lisääminen syöpäpotilaalle ja hänen läheisilleen niistä keinoista, joilla voidaan helpottaa hengenahdistusta ja siten parantaa elämänlaatua. Tavoitteena on, että kirjallisten ohjeiden avulla potilas selviäisi hengenahdistuksen kanssa kotona niin kauan kuin se on mahdollista.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön tuotoksellisena osana syntyy potilasopas hengenahdistuksen lievittämisestä syöpäpotilaalle ja hänen läheisilleen. Potilasoppaassa käytetyt hengenahdistuksen lievittämiskeinot ovat käytännönläheisiä ja pyrkivät tukemaan hengenahdistuksesta kärsivän syöpäpotilaan selviytymistä kotioloissa. Keskeisiksi käsitteiksi opinnäytetyössä on valittu syöpä sekä hengenahdistus. Lähestymistapa on palliatiivisen hoitotyön eli oireita helpottavan hoitotyön näkökulmasta, joten se on valittu myös keskeiseksi käsitteeksi. Jotta potilasopas olisi käyttökelpoinen hoitajien ohjauksessa ja vastaisi potilaan tiedontarvetta, on tässä työssä keskeisten käsitteiden joukkoon valittu myös ohjaus osana hoitotyötä sekä kirjallinen potilasohje. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat esitellään kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien suhde toisiinsa

3.1 Syöpä sairautena

Tulevien vuosien aikana syöpä tulee yleistymään Suomessa eliniän pidentyessä ja ikääntyvän väestön lisääntyessä. Tällä hetkellä Suomessa todetaan joka

vuosi yli 27 000 uutta syöpätapausta. Miehillä yleisin syöpä on eturauhassyöpä ja naisilla rintasyöpä, mutta seuraavan vuosikymmenen kuluessa myös suolisto-työpien määrä tulee lisääntymään niin miesten kuin naisenkin keskuudessa. Vuonna 2009 eturauhassyöpää todettiin 4591 tapausta, joka on 31% syöpien kokonaismäärästä miehillä. Naisilla todettiin vuonna 2009 4464 rintasyöpä-
 tapausta, joka on 32 % syöpien kokonaismäärästä naisilla. Suomen syöpärekisteri on tehnyt ennusteen, jonka mukaan kaikkien uusien syöpätapausten lukumäärä tulee kasvamaan vuoteen 2020 mennessä 33 000:een. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010, Suomen syöpärekisteri.)

Niin Euroopassa kuin myös koko maailmassa eniten syöpäkuolemia aiheuttaa keuhkosityöpä. Suomessa keuhkosityöpä oli pitkään miesten syöpämuotojen kärkipäässä, mutta parin viimeisen vuosikymmenen aikana määrä on pienentynyt. Naisten keskuudessa keuhkosityöpien määrä on puolestaan lisääntynyt, johtuen muun muassa tupakoinnin aloittamisesta nuorempina. Tupakointi onkin keuhkosityövän yleisin syy – 90 % sairastuneista joko tupakoivat tai ovat entisiä tupakoitsijoita. Hengenahdistus on yksi keuhkosityövän yleisimmistä oireista esiintyen 46 %:lla sairastuneista. (Holmia ym. 2008, 432.) Hengenahdistuksen esiintyminen eri syöpäsairauksissa esitellään kuviossa 2.

	Hengenahdistus
Rinta	24 %
Keuhko	46 %
Eturauhanen	16 %
Maha	7 %
Gynekologiset	11 %
Paksusuoli	10 %
Pää ja kaula	6 %
Ruokatorvi	19 %
Lymfoomat ja leukemiat	7 %
Muut	10 %

KUVIO 2. Hengenahdistuksen esiintyminen (%) eri syöpäsairauksissa (Vainio & Auvinen 1996, Kerola- Kaleva, J. 2002 mukaan).

3.1.1 Syövän synty

Syöpä sanana johtaa juurensa latinan kielen sanasta *cancer*, joka tarkoittaa kirjaimellisesti rapua. Roomalainen Claudio Galenos (131-200eKr) oli aikanaan sitä mieltä, että pitkälle edennyt rintasyöpä muistutti ulkonäöltään juuri rapua. Syöpää kutsutaan myös rinnakkaisnimellä *carcinoma*, joka puolestaan juontaa juurensa kreikan kielen sanasta *karkinos*, joka sekin tarkoittaa rapua. Ajan kuluessa *cancer* on lainautunut myös moniin länsimaisiin kieliin tarkoittamaan syöpää. (Jyrkkiö 2004; Holmia ym. 2008, 93.)

Jokaisen ihmisen elimistön kehittyminen saa alkunsa yhdestä ainoasta solusta, joka on hedelmöittynyt munasolu. Elimistön kehitykseen tarvitaan solujen jakautumista, niiden kasvua ja erilaistumista tiettyyn tehtävään. Nämä prosessit ovat riippuvaisia valkuaisainesynteesin täsmällisestä säätelystä. Vaikka itse elimistön kasvu päättyykin aikuisiässä, jakautuvat solut edelleen. Uusiutumisprosessi vaatii edelleen solujen kasvua, jakautumista ja erilaistumista. (Bjålie, Haug, Sand, Sjastaad & Toverud. 2008, 30.)

Solun muuttuminen pahanlaatuiseksi soluksi eli syöpäsoluksi ei ole yksinkertainen tapahtuma. Aikuisella ihmisellä kaikkien kudosten ja elinten koko pysyy pitkälti muuttumattomana. Tämä tarkoittaa sitä, että kuolleiden solujen tilalle syntyy uusia soluja, jotka korvaavat vanhat, kuolleet solut. Solujen kuoleminen ja jakautuminen on siis keskenään tasapainossa. Syövän synnyssä tämä tasapaino muuttuu, kun solujen kasvua säätelevät mekanismit häiriintyvät ja jokin solutyyppi jakautuu nopeammin kuin vanhat solut kuolevat. Näin syntyy tuumori eli kasvain. Syöpäsolu kopioi itseään ilman säätelyä ja valtaa itselleen elintilaa elimistössä. Kaikki ihmisen normaalit solut voivat muuttua syöpäsoluiksi. Elimistön oma puolustusjärjestelmä kykenee tunnistamaan ja osittain tuhoamaan syöpäsoluja, mutta tämä immuunivaste heikkenee iän karttuessa. On kuitenkin muistettava, että perimän lisäksi syövän syntyyn vaikuttavat myös monet ulkoiset tekijät, niistä yleisimpänä tupakointi. (Bjålie ym. 2008, 34; Teppo 2005.) Syöpäkasvain voi saada alkunsa periaatteessa mistä tahansa elimestä. Yleisimmin syöpätyypit saavat alkunsa limakalvoilta ja rauhasista (karsinomat),

side- ja tukikudoksesta (sarkoomat) sekä verta muodostavasta kudoksesta (leukemiat) ja imukudoksesta (lymfoomat). (Ojala 2010, 18.)

3.1.2 Syövän kuratiiviset hoitomuodot

Syövän hoitomuodon valinta ja hoito itsessään on aina yksilöllistä jokaisen syöpäpotilaan kohdalla, sillä syöpä on yleisnimi hyvin monille erilaisille kasvaimille. Diagnoosin selvittyä mietitään mikä on hoidon tavoite. Tällöin pohditaan, että tähdätäänkö esimerkiksi pysyvään paranemiseen vai onko kyseessä huonoennusteinen syöpä, jolloin mahdollista on ainoastaan oireita helpottava hoito. Hoidon valintaa miettiessä tulee syövän histologian olla selvillä, samoin syövän tyyppi ja levinneisyys. Syövän tyyppiä ja levinneisyyttä määriteltäessä käytetään yleensä UICC:n eli Kansainvälisen syöpäunionin TNM-luokitusta, jossa T=Tumor eli kasvain, N=Nodus eli alueelliset imusolmukkeet ja M=Metastaasi eli etäpesäkkeet. (Holmia ym. 2008, 94.) Hoitomuodon valinnassa tulee huomioida myös potilaan ikä ja muut mahdolliset sairaudet (Salminen 2000,24). Hoidot suunnitellaan useimmiten moniammatillisessa tiimissä, johon kuuluu onkologin eli syöpälääkärin ja kirurgin lisäksi radiologi ja patologi. Radiologin osaamisaluetta on syöpädiagnostiikka ja hoitotulokset, kun taas patologi on useimmiten perehtynyt juuri kyseessä olevaan syöpätyyppiin. (Joensuu 2007, 123.)

Leikkaushoito on vanhin ja edelleenkin tärkein kuratiivinen eli syövän paranemiseen tähtäävä hoitomuoto (Ojala 2010, 21). Leikkaushoitoa käytetään useimmiten tapauksissa, joissa potilaalla on todettu kiinteä syöpäkasvain, joka ei ole lähettänyt etäpesäkkeitä muualle elimistöön. Kuratiivisesta eli parantavasta lähtökohdasta tehty kirurginen leikkaus tarkoittaa leikkausta, jonka tarkoituksena on parantaa syöpätauti ilman muita hoitokeinoja. Radikaalileikkauksessa poistetaan kaikki syöpäkudos kokonaan ja sen tarkoituksena on aina syöpätaudin pysyvä parantuminen. (Roberts 2007, 130, 137.)

Sädehoito on leikkaushoidon hoidon rinnalla toinen merkittävä kuratiivinen hoitomuoto. Sädehoito tarkoittaa sairauksien hoitoa, joissa käytetään ionisoivaa

säteilyä. Sädehoito voidaan jaotella ulkoiseen ja sisäiseen sädehoitoon. Ulkoisessa sädehoidossa säteily tulee elimistöön elimistön ulkopuolella olevasta laitteesta, kun taas sisäisessä sädehoidossa säteilyn lähde sijoitetaan elimistön sisäpuolelle. (Ojala 2010, 24.) Tänä päivänä sekä kuvantaminen että hoitolaitteet ovat kehittyneet niin hyvin, että sädehoito on mahdollista kohdentaa tarkemmin syöpäkasvaimen ja tällöin terveelle kudokselle tapahtuu vähemmän vauriota (Kouri, Ojala & Tenhunen 2007, 137–138, 154). Kuratiivisessa hoidossa edellytyksenä onkin, että kasvain on sädeherkkä ja se on rajoittunut tarpeeksi pienelle alueelle. Tällöin koko kasvaimen alue saadaan sädetettyä riittävän suurella annoksella ilman, että terve kudos vaurioituisi liikaa (Ojala 2010, 22).

Sekä leikkaushoito että sädehoito ovat molemmat syöpäkasvaimen paikallisia hoitomuotoja, kun taas solunsalpaaja- eli sytostaattihoido vaikuttaa elimistössä systeemisesti eli vaikuttaen verenkierron mukana koko elimistössä. Solunsalpaajien vaikutus kohdistuu erityisesti jakautumassa oleviin soluihin eli teho on suurempi niissä syöpäkasvaimissa, joissa jakautuvien solujen osuus on suuri. (Elonen & Elomaa 2007, 161–163.) Solunsalpaajat voivat toimia kahdella tavalla. Ne voivat estää jollakin tietyllä mekanismilla solujen jakaantumista tai tuhota jakautumisvaiheessa olevia soluja. (Ojala 2010, 23.) Ainoastaan syöpäsoluihin kohdistuvaa solunsalpaajaa ei ole vielä olemassa, joten solunsalpaaja vaikuttaa myös elimistön terveisiin ja normaaleihin soluihin, jotka jakautuvat nopeasti. Välittömät haittavaikutukset, kuten pahoinvointi, ripuli ja tukanlähtö voivat olla väliaikaisia, mutta esimerkiksi sydämeen tai hermostoon kohdistuvien solunsalpaajien vaikutus voi jatkua vuosiakin hoitojen jälkeen. (Salminen 2000, 28–30.) Syöpäsolujen lisäksi suurin osa sytostaateista vaikuttaa myös luuytimen soluihin ja voivat aiheuttaa väliaikaisesti leukosyyttien eli valkoisten verisolujen ja trombosyyttien eli verihiutaleiden katoa. Tällöin elimistö on altistunut tulehduksille ja verenvuototaipumuksille. (Ojala 2010, 23.)

Sytostaattien lisäksi muita syövän hoidossa käytettäviä lääkeaineita ovat hormonaaliset lääkeaineet sekä niin sanotut immunologiset lääkeaineet, jotka käyttävät hyväksi elimistön omaa puolustuskykyä. Syöpäsolujen hormonihoitossa tavoitteena on vähentää elimistön omaa hormonituotantoa tai vaihtoeht-

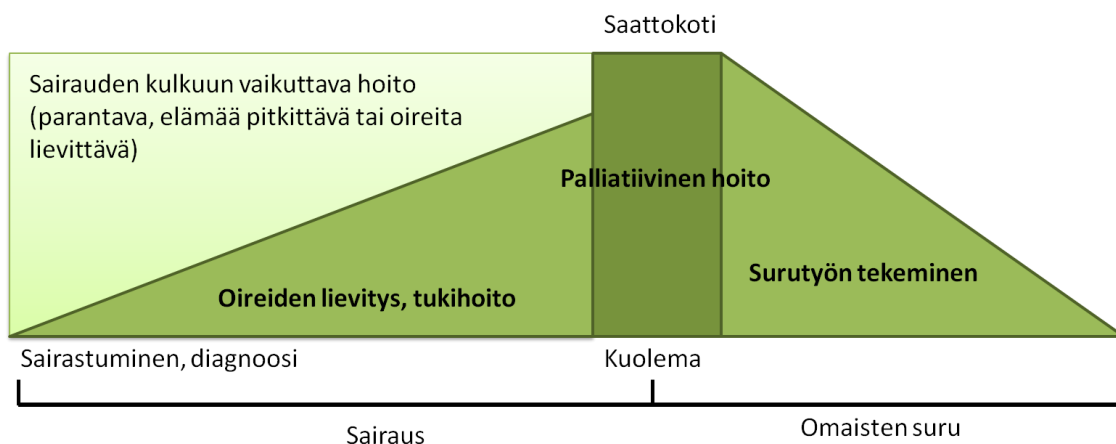
toisesti estää hormoneja pääsemästä itse syöpäsoluun. Hormonaalisten lääkeaineiden käyttö perustuu siihen, että syöpäsolujen pinnalla on elimistön omia hormoneja, joita ilman syöpäsolu ei kykene kasvamaan. (Nurminen 2001, 302.) Eniten hyötyä hormonaalisesta hoidosta on niiden syöpätautien kohdalla, jotka ovat alun perin kehittyneet sellaiseen kudokseen, jossa hormonaalisella säätelyllä on keskeinen osa. Hormonaalisella hoidolla on huomattavasti vähemmän haittavaikutuksia kuin esimerkiksi solunsalpaajahoidolla ja sen vuoksi se on suositeltua, mikäli on mahdollista saavuttaa vähäinkin oireiden helpotus. (Kataja & Johansson 2007, 191, 204.) Immunologisessa hoidossa on tavoitteena muuttaa elimistön käyttäytymistä syöpäsolua kohtaan. Syöpäsolun kasvaminen ja leviäminen perustuu siihen, että elimistö ei tunnista vieraita ja pahanlaatuisia soluja, eikä siis myöskään poista niitä. Syövän immunologinen hoito voidaan jakaa kolmeen ryhmään: aktiiviseen, passiiviseen ja epäsuoraan immunoterapiaan. (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu & Tenhunen 2007, 207–209.)

3.1.3 Palliatiivinen hoito

Ihminen on kuolevainen, eikä vielä kukaan ole keksinyt keinoja poistaa tai parantaa kokonaan joitain sairauksia. Tällöin siirrytään hoitoon, jossa pidetään tärkeänä muun muassa tuskan lievittämistä, tulevaisuuden tiedostamista sekä potilaan ja omaisten rinnalla kulkemista. (Mattila 2002, 11.) Sana palliatiivinen tulee englanninkielen sanasta palliate, joka tarkoittaa lievittämistä, tuskan vähentämistä ja helpottamista (Vainio & Hietanen 2004, 5). Hoitavalla henkilökunnalla tulee olla valmiudet kohdata parantumattomasti sairas ihminen ja tämän läheiset sekä kohdella heitä inhimillisesti ja huomioonottavasti. Palliatiivisen hoitotyön laatua parantaa hoitavan henkilökunnan oppiminen suhtautumaan omaan kuolemaan. (Rimpiläinen & Akural 2007, 324). Terhikki Miettinen tutki vuonna 2001 väitöskirjassaan kuolevien vanhuspotilaiden hoidon toteutumisesta omaisten arvioimana. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että omaisten arvioiden mukaan hyvällä palliatiivisella hoidolla on suuri merkitys kuolevan potilaan oloon ja hyvään elämisen laatuun. (Liite 1)

Syöpöpotilaan palliatiiviseen hoitoon siirtyminen ei tapahdu hetkessä. Ensin täytyy selvittää sairauden ennuste, ennen kuin voidaan pikku hiljaa siirtää painopistettä kohti palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen lääketieteen professori Kaija Holli on tiivistänyt palliatiivisen hoidon merkityksen sekä potilaan että hoitavan henkilökunnan kannalta. ”Aikaisemmin kuratiivisten hoitojen loputtua oli seuraava vaihe potilaan terminaalivaihe ja sitä seuraava saattohoito. Palliatiivisen hoidon käsite sopii näiden kahden vaiheen väliin ja on huomattavasti laajempi sisällöltään ja tavoitteiltaan. Palliatiivinen hoito voidaan nähdä siis sekä elämän että elämänlaadun pitkittämisenä, mutta toisaalta valmistautumisena kuolemaan.” (Holli 2003 Mattilan 2002, 27 mukaan.)

Palliatiivinen hoito ei siis tarkoita aktiivisesta hoidosta luopumista. Kyseessä on edelleen parantumattomasti sairaan aktiivinen ja mahdollisimman kokonaisvaltainen hoito potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Palliatiivisen hoidon kestoa ei voida määritellä – parantumattomasti sairas potilas voi tarvita sitä monenkin vuoden ajan. Palliatiivisen hoidon päämääränä voidaan nähdä sekä kuolevan potilaan että hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu niin kauan kuin elämää on jäljellä. (Hänninen & Riikola 2008.) Palliatiivisessa hoitotyössä lähestyvä kuolema nähdään elämän kiertokulkuun kuuluvana normaalina tapahtumana, mutta siitä huolimatta ollaan potilaan ja tämän läheisten tukena helpottamassa oireita ja niin sanotusti elämän puolella (Vainio & Hietanen 2003, 5). Nykypäivän käsitys palliatiivisesta hoidosta esitellään kuviossa 3.



KUVIO 3. Palliatiivisen hoidon käsite nykypäivänä (Vainio 2004, 18 mukaan).

Syöpäpotilaan palliatiivisessa hoitotyössä keskitytään hallitsemaan levinneestä kasvaimesta johtuvia oireita mahdollisimman hyvin ja sitä kautta ylläpitämään parasta mahdollista elämänlaatua. Vaikka palliatiivisen hoidon perimmäinen tarkoitus ei ole parantaa syöpäkasvainta, kuuluu siihen monesti aktiivinen lääkehoito ja esimerkiksi sädehoito syöpäkasvaimen pienentämiseksi. Sekä parantavaan että oireita lievittävään hoitoon kuuluu monesti myös ikäviä sivuvaikutuksia. Elämän ja kuoleman kysymyksiä mietittäessä syöpäpotilaat ovat kuitenkin usein valmiita kärsimään myös mahdollisista haittavaikutuksista. Tässä vaiheessa hoitavalla lääkäriellä on vastuu arvioida hoidon tavoite ja saadaanko siitä tarvittavaa hyötyä potilaan elämän kannalta. On myös tärkeää, että potilas on tietoinen ja ymmärtänyt missä vaiheessa sairaus on, eikä esimerkiksi suhtaudu palliatiiviseen hoitoon parantavana hoitona. (Hietanen 2004, 19.)

Myös palliatiivisessa lääkehoidossa voidaan käyttää tarpeen mukaan kaikkia niitä hoitomuotoja, joita käytetään kuratiivisessakin hoidossa. Kirurgisen hoidon, sädehoidon, solunsalpaajahoidon sekä hormonaalisten hoitojen lisäksi on olemassa monia erilaisia sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä keinoja, joilla pyritään oireiden lievittämiseen. (Hollu 2005, 200.) Lääketieteellisestä näkökulmasta palliatiivista leikkaushoitoa voidaan käyttää pienentämään kasvainpesäkkeitä tilapäisesti tai hidastamaan niiden kasvua. Sädehoitoa käytetään puolestaan helpottamaan potilaan oireita, jolloin palliatiivinen sädehoito kohdistetaan ainoastaan siihen osaan kasvainta, joka aiheuttaa oireen. Sytostaattien vaikutus elimistössä kohdistuu laajalle alueelle, sillä ne kulkevat verenkierrossa. Tällöin sytostaatteja voidaan käyttää myös laajalle levinneen syövän hoidossa. (Ojala 2010, 20–23.) Levinneessä syövässä myös hormonaalisilla hoitoilla on ennen kaikkea syöpäkasvaimen kasvua hidastava vaikutus (Kataja & Johansson 2007, 192). Jennifer S. Temel ym. tutkivat vuonna 2010 aikaisin annetun palliatiivisen hoidon vaikutuksia potilaille, jotka sairastavat metastasoitunutta ei-pienisoluisia keuhkosityöpää. Tutkimuksessa oli aluksi mukana 151 potilasta, joista 107 potilasta oli mukana tutkimuksen loppuun asti. Niillä potilaille, joille aloitettiin heti diagnoosin selvittyä sekä onkologinen että varhainen palliatiivinen hoito, oli sekä parempi elämänlaatu että mieliala kuin niillä, joita hoidettiin pelkästään onkologisella hoidolla. (Liite 6)

Syöpäpotilaiden kohdalla tavoitteena on elämänlaadun säilyttäminen, mutta aina se ei ole täysin mahdollista. Sekä kuratiivisiin että palliatiivisiin hoitomuotoihin liittyy monesti hankalia sivuvaikutuksia ja parantumaton syöpä sairastavat eivät voi oikeastaan koskaan saavuttaa terveiden ihmisten kaltaista, niin sanottua normaalia, hyvää terveyttä. Elämänlaatu sanana merkitsee monille nimenomaan hyvää terveyttä, mutta syöpäpotilaan kohdalla sen merkitys voi olla toisenlainen ja esimerkiksi kärsimyksen ja kivun vähentäminen voi olla yksi tärkeä osa syöpäpotilaan mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Elämänlaatu on jokaisen syöpäpotilaan yksilöllinen näkemys siitä, mitä toivoo jäljellä olevalta elämältään ja mihin asioihin hoitavan henkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota. (Mattila 2002, 40.)

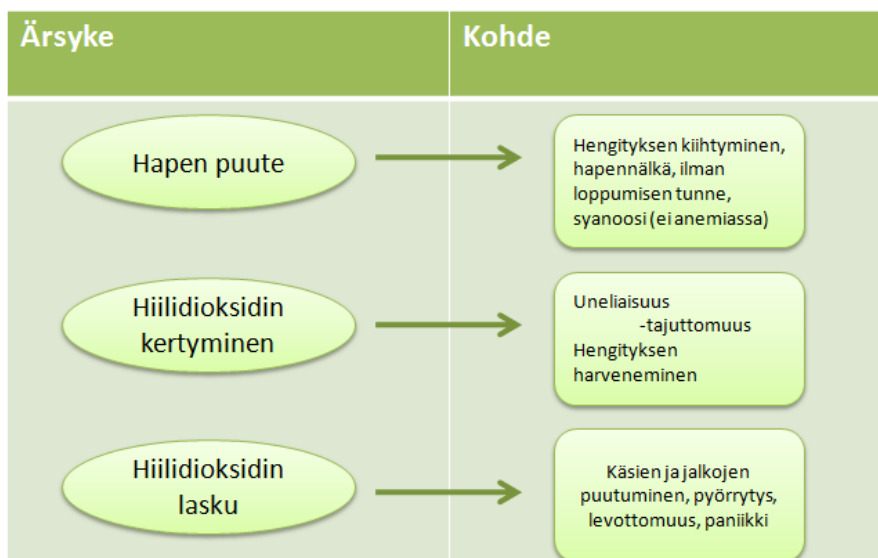
Hengenahdistuksen lisäksi muita fyysisiä oireita voivat olla potilaan ruokahaluttomuus ja laihtuminen, pahoinvointi ja oksentelu, kipu, ummetus, väsymys sekä masennus. Myös ahdistuneisuutta voi esiintyä ja se voi edelleen lisätä hengenahdistusta. Oireiden lievittämiseen on monia lääkehoidollisia menetelmiä, mutta ne ovat vain yksi osa palliatiivista hoitoa. Potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu huolehtiminen myös psykologisista, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista. (Hänninen & Riikola 2008.)

3.2 Hengenahdistus

Hengitykseksi eli respiraatioksi kutsutaan solujen ja ympäristön välistä hapen ja hiilidioksidin vaihtoa ja sen säätely tapahtuu aivosillassa ja ydinjatkoksessa sijaitsevilla hengityskeskustoissa (Vainio 2004, 97). Ihmisen hengitystapahtuma käsittää kokonaisuudessaan neljä vaihetta: keuhkotuuletus, kaasujenvaihto alveolien eli keuhkorakkuloiden ja veren välillä, kaasujen kuljetus veressä sekä kaasujenvaihto veren ja kudosten välillä. Jotta hengittäminen tuntuu normaalilta, eikä vaikeutuneelta, tulee kaikkien edellä mainittujen vaiheiden toimia. Keuhkotuuletus eli ventilaatio tarkoittaa ilman edestakaista kuljetusta ilmasta keuhkotuuletukseen eli keuhkorakkuloiden välillä. Keuhkotuuletus jaetaan kahteen vaiheeseen: sisäänhengitykseen ja uloshengitykseen. Tämän jälkeen happi ja hiilidioksidi vaihtuvat keuhkorakkuloissa olevan ilman ja veren välillä diffuusion avulla

keuhkorakkulaseinämän ja sitä ympäröivien hiussuonien seinämien läpi. Jotta kaasujen kuljetus veressä onnistuu, tulee niiden sitoutua keuhkohiussuonissa diffundoitumalla punasoluihin ja niissä olevaan hemoglobiiniin, jolloin veren hapenkuljetuskapasiteetti kasvaa. Hengityksen viimeinen vaihe on hapen siirtyminen verestä kudoksiin ja samalla elimistön solujen tuottaman hiilidioksidin siirtyminen vereen. Ihmisen normaali hengitystiheys on keskimäärin 12–18 kertaa minuutissa ja jokaisen sisäänhengityksen yhteydessä keuhkoihin tulee ilmaa noin 500ml. (Bjälle ym. 2008, 300–301).

Kun happipitoisuus laskee veressä ja vastaavasti hiilidioksidin määrä nousee, syntyy ihmisen elimistössä liiallinen happamuustila eli asidoosi. Hengitystiheys nousee, kun ihminen kokee saavansa liian vähän happea ja tähän tilanteeseen liittyy usein myös psyykkistä ahdistuksen tunnetta. Ihmisen hengittäessä tiheämmin hiilidioksidia tuulettuu ulos, mutta hapenpuutteeseen se ei vaikuta paljoakaan. Hapenpuutteesta ja ahdistuksesta johtuen ihminen voi alkaa niin sanotusti ylihengittämään eli hyperventiloimaan, joka yhdistettynä ahdistukseen johtaa helposti paniikkiin. (Vainio 2004, 99.) Hengenahdistuksen tunteen synty esitellään kuviossa 4.



KUVIO 4. Hengenahdistuksen tunteen synty (Vainio 2004, 99 mukaan).

Hengenahdistus eli dyspnea on kivun tapaan aina potilaan omakohtainen tunne ja kokemus, eikä sitä ole syytä vähätellä. Henkeä ahdistessa tuntuu siltä, ettei saa riittävästi happea vaikka kuinka hengittäisi. Veren happipitoisuuden

pienentyessä ja hiilidioksidipitoisuuden suurentuessa voivat myös psyykkiset tekijät vaikuttaa hengenahdistuksen tunteeseen. (Joensuu ym. 2006, 832.) On kuitenkin todettu, että esimerkiksi juuri hengitystiheys, happikyllästeisyys ja verikaasuanalyysin tulokset eivät vastaa potilaan kokemaa hengenahdistusta, jolloin potilaan tuntemusten kuuntelu on arvokkaassa asemassa (Vainio 2004, 99).

3.3 Ohjaus osana hoitotyötä

Ohjaus hoitotyössä on tärkeä osa hoitajan ammatillisuutta ja työnkuvaa. Ohjauksen onnistuessa sillä on positiivisia vaikutuksia niin potilaan kuin omaistenkin terveyteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Myös hoitaja saa itselleen onnistumisen elämyksiä hyvin sujuneista ohjaustilanteista (Ohtonen 2006). Ohjauksella on keskeinen rooli potilaan kokonaishoidossa, sillä nykypäivänä hoitoajat ovat lyhentyneet ja korostetaan potilaan itsehoidon merkitystä. Lisäksi potilaat ovat entistä enemmän kiinnostuneita omasta terveydentilastaan ja hoidoistaan, jolloin heidän tiedontarpeensa on lisääntynyt. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24–25.)

Nykyaikana hoitotyön ohjauksella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan aktiivista vuorovaikutussuhdetta. Ohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle valmiuksia esimerkiksi parantaa elämänsä ongelmakohtia. Hoitajalla on edelleen hoitotyön asiantuntemus, mutta hoitajan tehtävänä on kannustaa ja ohjata potilasta niin sanotusti oikeaan suuntaan esittämättä kuitenkaan valmiita ratkaisumalleja. Ohjaus ei ole pelkkä vapaamuotoinen keskustelutilanne, vaan se vaatii usein suunnittelua etukäteen. (Kyngäs ym. 2007, 25–26.) Ohjaustilannetta suunniteltaessa hoitajan tulee ottaa huomioon potilaiden yksilöllisyys ja se, että jokaisella potilaalla on erilaiset tarpeet ja tavoitteet ohjaukselle. Ylläpitääkseen potilaan positiivista suhtautumista ohjaukseen, tulee hoitajan olla kiinnostunut potilaan tilanteesta, eikä sortua kaavamaisuuteen. (Torkkola ym. 2002, 26–27.)

Jotta potilaan ja hoitajan ohjaustilanne olisi mahdollisimman onnistunut ja tasavertainen, niin se vaatii erilaisia asioita. Hoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana ja

potilas puolestaan oman elämänsä asiantuntijana. Jotta ohjaustilanne olisi toimiva, tulee sekä hoitajan että asiakkaan kunnioittaa toinen toistensa osaamisaluetta. (Kyngäs ym. 2007, 26.) Onnistunut ohjaustilanne vaatii hoitajalta hyvää koulutusta, vankkaa teoretietoa, hyviä hoitokäytäntöjä sekä vuorovaikutustaitoja (Ohtonen 2006). Ohjaustilanteessa tulee ottaa huomioon ihmisten erilaisuus ja jokaisen potilaan yksilölliset taustatekijät. Taustatekijöitä ovat fyysiset taustatekijät, esimerkiksi ikä, sukupuoli, terveydentila, psyykkiset taustatekijät, esimerkiksi käsitys omasta terveydestä, sosiaaliset taustatekijät, esimerkiksi kulttuuriset tai uskonnolliset tekijät sekä muut mahdolliset ympäristötekijät. Myös hoitajan on hyvä olla selvillä omista taustatekijöistään ja niiden mahdollisista vaikutuksista ohjaustilanteeseen. (Kyngäs ym. 2007, 26–35.) Maria Kääriäisen vuonna 2007 tekemän tutkimuksen mukaan ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu huomioon potilaan taustatekijöitä. Lisäksi hoitohenkilökunta hallitsi hyvin ainoastaan suullisen potilasohjauksen ja kolmannes potilaisista ei saanut ollenkaan kirjallista ohjausmateriaalia. Kaiken kaikkiaan kuitenkin 92 % potilaisista arvioi hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet hyväksi ja 8 % huonoiksi. (Liite 5)

3.4 Hengenahdistuksesta kärsivän syöpäpotilaan hoitotyö ja ohjaus

45–90% keuhkosyöpää sairastavista ja 30–70% muita syöpää sairastavista kärsii sairautensa loppuvaiheessa hengenahdistuksesta. Pitkälle edenneessä syövässä hengenahdistukselle ei ole välttämättä yhtä ainoaa syytä, vaan se voi johtua lukuisista yhtä aikaa esiintyvistä syistä. Eri hoitomuotojen yhdistäminen sekä moniammatillinen yhteistyö johtavat usein syöpäpotilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon. Syöpäpotilaan hengenahdistusta lähdetään hoitamaan ensin kausaalilla eli syynmukaisella hoidolla, mutta sekä syövän että hengenahdistuksen edetessä keskitytään enemmän oireiden mukaiseen hoitoon. (Lehto ym. 2011,1089; Vainio 2004, 99.)

Hoitomuotoja valitessa tulee ottaa huomioon, että hengenahdistuksesta kärsivän syöpäpotilaan ei ole aina mahdollista saavuttaa normaalia hengitystä. Tällöin voidaan asettaa tavoitteeksi hengenahdistuksen lievittyminen ja sitä kautta

syöpäpotilaan olon helpottuminen ja elämänlaadun parantuminen. Ensiarvoisen tärkeää on keskustella asiasta niin potilaan kuin omaistenkin kanssa. Potilaan ja omaisten on hyvä ymmärtää, että potilaan olisi hyvä jatkaa elämäänsä ja omia aktiviteettejään, eikä vain pelätä hengenahdistuksen alkamista. (Leino 1999.)

3.4.1 Hengenahdistuksen syitä ja tunnistaminen

Hengenahdistus voi aiheutua syöpäpotilaalla monista erilaisista syistä. Itse syöpäkasvaimen aiheuttama hengenahdistus voi johtua pleuranesteestä eli keuhkopussinesteestä, keuhkoputken ahtaumasta, keuhkoatelektasista eli kasaan painuneesta keuhkon osasta, keuhkon poistosta, etäpesäkkeitä lähettävästä syövästä, jossa keuhkojen imusolmuketeihin on tunkeutunut pahanlaatuisia soluja soluja (*lymphangitis carcinomatosa*), keuhkojen välitilan ahtaumasta, perikardiumnesteestä eli sydänpussinesteestä tai massiivisesta askiteksesta eli nesteen kertymisestä vatsaonteloon. Myös syövän hoito voi aiheuttaa hengenahdistusta johtuen sädehoiton aiheuttamasta fibroosista eli sidekudoksen muodostumisesta tai solunsalpaajien aiheuttamista keuhkomuutoksista. Anemia eli verenheikkous, keuhkoveritulppa, keuhkokuume, empyeema eli märkäinen keuhkopussin nestekertymä, kakeksia eli kuihtuminen ja yleinen heikkous voivat olla seurausta syövästä ja yleistilan heikkenemisestä, jotka aiheuttavat hengenahdistusta. (Holli ym. 2007, 833.)

Hengenahdistuksen tunnistamisessa tärkeässä asemassa ovat anamneesi eli esitietojen kerääminen sekä potilaalle tehtävät kliiniset tutkimukset. Monesti syöpäpotilaan hengenahdistuksen syy on tiedossa, mutta tarvittaessa voidaan käyttää lisätutkimuksia, kuten esimerkiksi röntgentutkimusta tai sydänfilmiä. Hengenahdistuksen alkamisella ja kestolla on myös merkitystä, kun pyritään selvittämään syytä hengenahdistukselle. Kohtauksellisen hengenahdistuksen aiheuttaa monesti potilaan hyperventilaatio, kun taas viikkojen kuluessa kehittyvän hengenahdistuksen taustalla voi olla syöpäkasvaimen kasvu tai anemia. (Leino 1999)

Hengenahdistus voidaan potilaan kliinisen arvioinnin mukaan jakaa lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja kriittiseen hengenahdistukseen. Hengenahdistuksen arvioinnissa otetaan huomioon potilaan hengitystaajuus, potilaan kyky puhua, apulihasten käyttö, ihon väri sekä happisaturaatio eli veren happikylläisyys. Lievän, keskivaikean, vaikean ja kriittisen hengenahdistuksen määritelmät esitellään taulukossa 1.

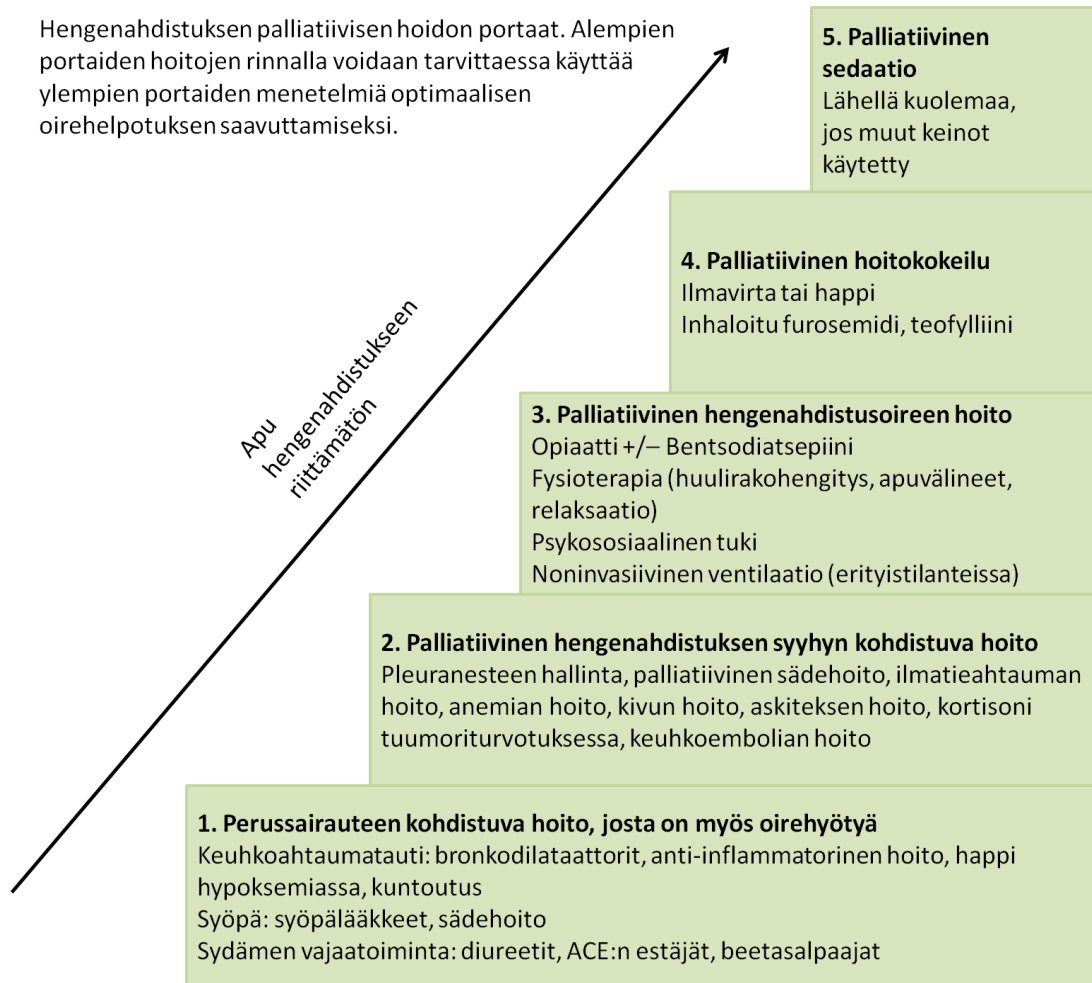
<p>Lievä hengenahdistus</p> <p>Hengitystaajuus <25/min Potilas tuntee hengenahdistusta Puhuminen on vaivatonta Hengityksen apulihaksia ei ole käytössä Happisaturaatio >90%</p>	<p>Keskivaikea hengenahdistus</p> <p>Hengitystaajuus 25–35/min Potilas voi puhua vain lyhyitä lauseita Hengityksen apulihasten käyttö näkyy Iho syanoottinen (sinertävä) Happisaturaatio 80–90%</p>
<p>Vaikea hengenahdistus</p> <p>Hengitystaajuus >35/min Potilas voi puhua vain muutamia sanoja kerrallaan Hengityksen apulihasten käyttö voimakasta Iho kylmänhikinen Happisaturaatio <80%</p>	<p>Kriittinen hengenahdistus</p> <p>Hengitys pinnallista ja haukkovaa Potilas on väsynyt, sekava ja levoton Potilas ei jaksaa puhua Iho kylmänhikinen Ihon väri syanoottinen tai harmaankalpea Happisaturaatio ei ole mitattavissa ääreiskierron supistumisen takia</p>

TAULUKKO 1. Hengenahdistuksen kliininen arviointi (Saikko 2005, 183 Koponen & Sillanpää (toim.) mukaan)

Hengenahdistus on aina syöpäpotilaan oma subjektiivinen tunne, yhtä lailla kuin kivun kokeminenkin. Potilas voi kuvata hengenahdistustaan käyttämällä esimerkiksi ilmaisuja ”en saa tarpeeksi ilmaa” tai ”hengitys tuntuu ahtaalta”. Hengenahdistus aiheuttaa herkästi ahdistusta ja pelkoa ja mieleen voi tulla ajatus tukehtumiskuolemasta, vaikka todellisuudessa syöpäpotilaan tukehtumiskuolema on harvinainen. (Saarto ym. 2007, 815, Holli ym. 2007, 832–833.) Toisinaan viimeisten elinvuorokausien aikana hengenahdistus voi aiheuttaa syöpäpotilaalle suurta kärsimystä ja tällaisessa tilanteessa tulee pohtia palliatiivista sedaatiota eli potilaan tajunnantason alentamista (Lehto, Toikkanen & Saarto 2011, 1095).

3.4.2 Hengenahdistuksen lääkkeelliset hoitomuodot

Lehto, Toikkanen ja Saarto (2011, 1095) ovat julkaisseet portaat hengenahdistuksen palliatiivisesta hoidosta. Portaissa on viisi tasoa – alimmalla tasolla on ohjeistus perussairauteen kohdistuvasta hoidosta, josta saadaan myös oirehyötyä. Hengenahdistuksen voimistuessa ja avun tarpeen lisääntyessä siirrytään ylemmille tasoille, joilla keskitytään hengenahdistuksen syyhyn kohdistuvaan palliatiiviseen hoitoon, palliatiiviseen hengenahdistusoireen hoitoon, palliatiiviseen hoitokokeiluun ja lopulta tarvittaessa palliatiiviseen sedaatioon. Hengenahdistuksen palliatiivisessa hoidossa ei ole tarkoitus käyttää ainoastaan yhden tason hoitomuotoja, vaan ylempien tasojen rinnalla käytetään usein alempien tasojen hoitoja. Tällöin tavoitteena on saavuttaa potilaan optimaalinen helpotus. Hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon portaat eivät ole tarkoitettu ainoastaan syöpäpotilaiden hoitoa varten. Portaat antavat ohjeistuksen hengenahdistuksen helpottamisesta myös keuhkohtaumatautia (COPD) ja sydämen vajaatoimintaa sairastaville. Vaikka syöpäpotilas voi sairastaa myös edellä mainittuja sairauksia, niin rajaan ne tarkasteluni ulkopuolelle ja keskityn syöpäpotilailla käytettäviin hoitomuotoihin. Hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon portaat esitellään kuviossa 5.



KUVIO 5. Hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon portaat (Lehdon, Toikkasen & Saarron 2011, 1095 mukaan.)

Syöpäpotilaan hengenahdistuksen hoidossa ensimmäinen tavoite on hoitaa perussairautta eli syöpää syöpälääkkein ja sädehoidoin, toisinaan myös hormonihoitoin. Sädehoitoa voidaan käyttää niin sisäisesti kuin ulkoisestikin. (Vainio 2004, 99–100). Palliatiivisen sädehoidon on todettu lievittävän tehokkaasti esimerkiksi keuhkosityövästä johtuvaa hengenahdistusta. Palliatiivinen sädehoito voidaan tehdä uudelleen, mikäli oireet palaavat tai pahentuvat. Sädehoidossa tulisi kuitenkin ottaa huomioon potilaan elinaikaennuste, yleiskunto sekä etäisyydet hoitopaikkaan. (Lehto ym. 2011, 1094.)

Mikäli helpotusta hengenahdistukseen ei löydy perussairauteen kohdistuvasta hoidosta, otetaan käyttöön myös toisen tason keinoja. Tällöin hengenahdistuksen syynä voi olla esimerkiksi keuhkopussiin kertynyt neste (pleuraneste), jota ilmenee noin puolella levinnyttä syöpää sairastavilla potilailla. Hengenahdistuk-

sen syyn ollessa keuhkoissa oleva pleuraneste, tulee syöpäpotilaalle tehdä pleurapunktio. Pleurapunktiossa saa poistaa kerrallaan enintään 1,5 litraa nestettä, jotta vältetään mahdolliset ongelmatilanteet, kuten verenpaineen lasku. (Lehto ym. 2011,1092). Pleurapunktio tehdään potilaalle paikallispuudutuksessa potilaan ollessa yleensä istuma-asennossa. Neula pistetään sopivaan kylkiluuväliin seuraamalla alemman kylkiluun reunaa. (Riskä.) Pleuranestettä alkaa kertyä usein punktion jälkeenkin ja tällöin tulee ottaa huomioon potilaan elinajanennuste. Elinajan ollessa lyhyt voidaan tyytyä tarvittaessa tehtäviin punktioihin.

Elinajanennusteen ollessa pidempi (yli yksi kuukausi) harkitaan tilanteen mukaan pysyvämpää palliatiivista hoitomenetelmää, esimerkiksi pleurodeesiä. (Lehto ym. 2011, 1092) Pleurodeesi tarkoittaa keuhkopussien liimautumista toisiinsa, jonka tarkoituksena on vähentää pleuranesteen kertymistä. Tämä voidaan saada aikaan kemiallisesti paikallisesti ärsyttävällä aineella, esimerkiksi talkilla. (Riskä). Toistuvien pleuranesteiden tyhjennysten jälkeen potilaalle voidaan harkita myös pysyvän pleurakatetrin laittoa, tästä esimerkkinä PleurX-dreeni, PleurX-dreenin avulla potilas voi tyhjentää itsenäisesti tai esimerkiksi läheistensä avulla keuhkopussiin kertyneen nesteen. On suositeltavaa, että kotona tyhjennettäisiin kerrallaan 500-1000ml nestettä ja oireiden mukaan tyhjennys voidaan suorittaa päivittäin. (PleurX-dreenin käyttöohje). Mikäli neste kertyy syöpäpotilaan vatsaonteloon, käytetään siitä nimeä askites. Askites aiheuttaa hengenahdistusta, sillä vatsa kasvaa, eikä tärkein hengityselin pallea kykene toimimaan normaalisti. Mikäli nesteen määrä on suuri, niin sen dreeneeraus tai kertapunktio helpottaa syöpäpotilaan hengenahdistusta. Diureetit voivat auttaa, jos askites johtuu maksamestastaaseista, mutta luotettava näyttö puuttuu. Lisäksi on olemassa intraperitoneaalisia eli vatsakalvon sisäisiä lääkkeitä, jotka saattavat vähentää askitesta, mutta niidenkään käytöstä ei ole luotettavaa näyttöä. (Hänninen ym. 2008, 579.) Syöpäpotilaille voi syntyä myös ilmataiden ahtauma. Ilmatieahtauman hoito riippuu sen kiireellisyydestä ja vakavuuden asteesta, mutta useimmiten se kehittyy hitaasti. Palliatiivisessa hoidossa radikaalikirurgia ilmatieahtauman poistamiseksi ei ole useinkaan mahdollista. Käyttökelpoisia hoitomuotoja ovat kuitenkin esimerkiksi bronkoskopian

eli keuhkoputken tähytyksen kautta tehtävät toimenpiteet, joilla tähdätään ah-
tauman avautumiseen. (Lehto ym. 2011, 1094.)

Toisella tasolla hoidetaan lisäksi syöpäpotilaalla esiintyvää kipua, anemiam,
tuumoriturvotusta sekä keuhkoemboliaa. Syöpäpotilaan kipua hoidetaan siirty-
mällä useimmiten suoraan vahvoihin opioideihin. Mikäli syöpäpotilas saa ki-
puunsa esimerkiksi morfiinia, niin tällöin hengenahdistuksen hoidossa morfiinin
annostusta tulee suurentaa kerrallaan 25–50%, jotta oireet saataisiin hallintaan
mahdollisimman hyvin. Läpilyöntikivussa käytetään lyhytvaikutteisia opioideja,
jolloin kerta-annos on kuudesosa vuorokausiannoksesta. (Hänninen ym. 2008,
581–582.) Anemia voi aiheuttaa syöpäpotilaalle hengenahdistuksen lisäksi vä-
symystä, uupumusta ja elämänlaadun heikkenemistä. Kellokumpu-Lehtisen
ym. vuonna 2006 tekemän tutkimuksen mukaan suomalaisessa anemian hoi-
dossa lievään anemiaan ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota ja vaikeankin anemian
hoidossa ei saavuteta Eurooppalaisia suosituksia (Liite 4). Anemian hoidossa
käytetään useimmiten erytropoietiini-valmisteita, punasolusiirtoja sekä rauta-
valmisteita. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2007) Tuumoriturvotuksen vähentämi-
seen käytetään kortikosteroideja (yleisimmin deksametasonia tai prednisolo-
nia). Kortikosteroideja käytetään myös muiden hoitojen rinnalla hengitystieah-
taumassa tai mikäli muut hoidot eivät ole enää mahdollisia (Lehto ym. 2011,
1091).

Kolmannella tasolla hoidetaan palliatiivisesti itse hengenahdistusoiretta. Opioi-
deista käytetyin on morfiini. Opioidit vähentävät hengenahdistusta, sillä ne har-
ventavat muun muassa hengitystaajuutta, vähentävät keskushermoston hiilidi-
oksidiherkkyyttä ja lievittävät hengenahdistukseen liittyvää kipua, joka voi joh-
tua esimerkiksi runsaasta hengityslihasten käytöstä hengenahdistuksen aika-
na. Morfiini helpottaa myös ahdistuneisuutta, joka voi lisätä hapennälkää. Mor-
fiini aloitetaan useimmiten pienellä annoksella ja annosta nostetaan tarpeen
mukaan. Annosta nostetaan niin kauan, että saavutetaan haluttu vaste ja poti-
laan olo helpottuu. Opioideja käytettäessä potilaalle voi syntyä ummetusta. Sen
hoito on tärkeää myös hengenahdistuksen kannalta, sillä turvonnut vatsa hei-
kentää hengityksen tehokkuutta. (Lehto ym. 2011, 1090.) Vainio ym. (2004,
101) mainitsee 2000-luvulla tehdystä Brueran 10 potilasta käsittäneestä tutki-

muksesta, jossa morfiinia verrattiin lumelääkkeeseen syöpäpotilailla, jotka jo käyttivät morfiinia kivunhoidossa. Potilaille annettiin vuorokauden ajan sekä lisämorfiinia (55 % vuorokausiannoksesta) että lumelääkettä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että morfiinin käyttö pienensi VAS-lukemaa 1.6/10 yksikköä. (Vainio 2004.) Hengenahdistuksessa käytettävät opioidiannokset ovat useimmiten pienempiä kuin kivunhoidossa ja aloitusannos riippuu sekä hengenahdistuksen vaikeudesta että potilaskohtaisista tekijöistä. Vaikka aloitusannos on pienempi kuin kivunhoidossa, niin olennaista on kuitenkin lisätä annosta, kunnes hengenahdistus helpottuu. (Lehto ym. 2011, 1090.)

Hengenahdistus kohtauksittaisena tapahtumana voi aiheuttaa potilaassa pelkoa ja ahdistusta, joita voidaan tarvittaessa lievittää bentsodiatsepiineillä. Ne eivät varsinaisesti helpota hengenahdistuksen oireita, mutta ahdistuksen ja paniikin lievittäminen bentsodiatsepiineillä alentaa esimerkiksi hengitystiheyttä ja helpottaa sitä kautta hengenahdistusta. Bentsodiatsepiinejä voidaan käyttää myös yhdessä opioidien kanssa niissä tilanteissa, kun opioidien teho yksinään ei enää riitä. (Lehto ym. 2011, 1091.)

Lääkehoidon rinnalla kolmannella tasolla voidaan käyttää fysioterapian menetelmiä, esimerkiksi PEP-tekniikkaa sekä keskittyä mahdollisimman tehokkaiseen hengitykseen, joka myös rauhoittaisi alkanutta hengenahdistusta (Saarto ym. 2011, 1091–1092). Fysioterapian menetelmiä esitellään tarkemmin luvussa 3.4.3, jossa käsitellään hengenahdistuksen lääkkeettömiä hoitomuotoja. Noninvasiivisen ventilaation on todettu hyödyttävän potilaan äkillisiä hengitystieoireita loppuvaiheen hoidossa (Hänninen ym. 2008, 582). Lisäksi noninvasiivisen ventilaation tiedetään helpottavan potilaan oireita myös esimerkiksi akuuteissa tulehdustilanteissa. Noninvasiivisen ventilaation aloittamista on kuitenkin syytä harkita, sillä toisaalta se voi pitkittää joka tapauksessa lähestyvää kuolemaa. (Saarto ym. 2011, 1092.)

Neljännän tason palliatiivisessa hoitokokeilussa syöpäpotilaan hengenahdistusta hoidetaan hapella tai ilmavirralla. Happea voidaan antaa joko viiksillä tai happinaamarilla 2-5l/min silloin kun kohtaukset alkavat. Bruera kumppaneineen on tutkinut vuonna 2003 syöpäpotilaiden kohdalla hapen ja ilman antamisen

vaikutuksia. Tuloksissa kävi ilmi, ettei hapen ja ilman antamisella ollut merkittävää eroa. Tätä tutkimusta tukee vuonna 2010 julkaistu Abernethyn ym. tutkimus, jossa happihoitoa ei todettu huoneilmaa tehokkaammaksi hoidoksi (Liite 3). Näiden tutkimusten perusteella happihoito ei olisi välttämätön syöpäpotilaan hengenahdistuksen hoidossa, mutta sillä voi usein olla lumevaikutusta. Happihoidon haittavaikutuksina voidaan nähdä, että se muun muassa rajoittaa potilaan liikkumista, aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta sekä kuivattaa ylähengitysteitä. (Lehto ym. 2011, 1091.) Syöpäpotilaan hengenahdistus ei siis useinkaan liity hapen puutteeseen, mutta toisille esimerkiksi happirikastinhoidosta voi olla hyötyä (Hänninen 2011, 36). Happirikastimen tarkoituksena on lisätä huoneilman happipitoisuutta ja syöpäpotilas voi opastettuna käyttää sitä myös kotona. Happirikastin ei vaikuta huoneilman happipitoisuuteen ja se on turvallinen käyttää. (Happirikastimen potilasohje 2011.) Neljännellä tasolla on mahdollista tehdä hoitokokeiluja myös teofylliinillä ja furosemidilla, mutta syöpäpotiladen hoidossa niiden tehosta ei ole pystytty osoittamaan olevan hyötyä (Lehto ym. 2011, 1091).

Saattohoitovaiheessa hengenahdistus on yleinen oire ja monesti myös merkki lähestyvistä kuolemasta. Viimeisten elinvuorokausien aikana voidaan päätyä helpottamaan hengenahdistuksesta johtuvaa kärsimystä syöpäpotilaan tajunnantasa alentamalla. (Lehto ym. 2011, 1095.) Puhutaan potilaan palliatiivisesta sedatoinnista eli potilaan nukuttamisesta lähinnä voimakkailla kipulääkkeillä sekä rauhoittavilla lääkkeillä. Suomessa palliatiivinen sedaatio luokitellaan katastrofitoimenpiteeksi ja sille on olemassa tietyt kriteerit: potilaan syöpä on pitkälle levinnyt, oireiden helpottamiseksi ei ole olemassa enää muita keinoja, kuolema on lähestymässä ja sekä potilas että omaiset ovat hyväksyneet asian. Terhokodin ylilääkäri Juha Hänninen on tehnyt monia julkaisua palliatiivisesta hoitotyöstä ja teoksessaan *Kuolevan kipu ja kärsimys 2001* hän tarkastelee sedaation eettisiä kysymyksiä ja esimerkiksi sedaation ja eutanasian eroa. Hänninen tiivistää sedaation tarkoitukseksi lievittää ”potilaan monenlaisista oireista johtuvaa kärsimyksentäyteistä kuolemaa”. Ei ole siis kysymys saattohoidon korvaamisesta tai kuoleman jouduttamisesta, vaan kuolevan potilaan mahdollisimman kivuttomasta kuolemasta. (Hänninen 2001, 124.) Hengenahdistuksesta kärsivän syöpäpotilaan kohdalla tämä tarkoittaa ennen kaikkea tu-

kehtumiskuoleman välttämistä. Käypä hoito-suositus määrittelee palliatiivisen sedaation seuraavanlaisesti: ”Joskus kuolevan fyysiset oireet ja henkinen kärsimys ovat sietämättömiä. Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan näiden oireiden lievittämistä lääkkein rauhoittamalla tai heikentämällä tajuntaa muulla hoidolla.” (Hänninen ym. 2008.)

3.4.3 Hengenahdistuksen lääkkeettömät hoitomuodot

Hengenahdistukseen käytettävät hoitomuodot riippuvat syöpäpotilaan sairauden sen hetkisestä tilanteesta. Lääkkeettömiä hoitomuotoja voidaan käyttää ensisijaisesti esimerkiksi fyysisen rasituksen yhteydessä, jolloin syöpäpotilaan on mahdollista vaikuttaa omaan hengitykseen esimerkiksi erilaisilla hengitystekniikoilla. Levossa esiintyvä hengenahdistus kuitenkin vaatii usein lääkkeettömien hoitomuotojen rinnalle myös lääkkeellisiä hoitoja. Samoin yllättäen alkanut ja kohtauksittainen hengenahdistus vaatii monesti lääkehoitoa. Syöpäpotilaan sairaus ja sitä myötä hengenahdistus ei ole pysyvä tila, joten jatkuvalla tarkkailulla ja eri ammattiryhmien yhteistyöllä on tärkeä merkitys syöpäpotilaan elämänlaadun ylläpitämisessä. Syöpäpotilaan on itsekkin hyvä tunnistaa, milloin hengenahdistus on esimerkiksi pahentunut tai esiintyy aikaisempaa useammin ja kertoa siitä hoitavalle henkilökunnalle. Tällöin voidaan miettiä uusia keinoja entisten rinnalle, jotta hengenahdistus haittaisi mahdollisimman vähän syöpäpotilaan elämää. (Leino 1999.)

Syöpäpotilaan hengenahdistusta voidaan hoitaa lääkehoidon rinnalla erilaisilla, toisinaan myös varsin yksinkertaisilla, lääkkeettömillä hoitomuodoilla. Pinnallista, nopeaa ja tehotonta hengitystä pahentavat esimerkiksi potilaan ahdistuneisuus, toivottomuuden tunne sekä masennus. (Leino 1999.) Hoitajan ja läheisten läsnäolo sekä tieto avun saamisesta tarpeen tullen, on tärkeää hoidettaessa hengenahdistusta. Ikkunan avaaminen ja raikkaan ilman hengittäminen helpottavat hengenahdistusta, samoin esimerkiksi kasvoille suunnattu tuuletin ja hengitysilman kostutus. (Vainio, A. 2004, 100.) Istuma-asennossa hengittäminen on monesti helpompaa, mikäli syöpäpotilaalla on obstruktiota eli esimerkiksi keuhkokuumeen tai infektion aiheuttama hengitysteiden ahtaama. Istu-

ma-asentoa voidaan tehostaa nojaamalla kyynärpäillä polviin. Muuten suositeltavaa on asettua hyvin tuettuun makuuasentoon. Asentoa voi tukea esimerkiksi tyynyillä. Mikäli syöpäpotilaalla on toispuoleisesti pleuranestettä, on hengittäminen helpompaa, jos syöpäpotilas makaa nesteen puoleisella kyljellä ja pääpuoli on hieman kohotettuna. (Nal & Pakanen 2001, 383.)

Hengenahdistuksen pahenemisvaiheissa on suositeltavaa käyttää erilaisia fyysikaalisia hoitomuotoja. Syöpäpotilaan on hyvä opetella erilaisia rentoutus – ja hengitystekniikoita. Tehostettua uloshengitystä on mahdollista suorittaa tyhjenyshoidolla eli tutummin esimerkiksi PEP-puhalluksilla. (Vainio, A. 2004, 100.) Vastapainehengityksessä eli PEP-tekniikassa puhalletaan letkulla pulloon, jossa on vettä. Ulos vastusta vasten puhaltaminen muuttaa keuhkojen sisäisiä paineolosuhteita. Tällöin keuhkoputkien väliset pienet ilmatiehyet aukeavat ja ilma pääsee kiertämään esimerkiksi liman tukkimien keuhkoputkien ohi aina keuhkojen syvimpiin osiin asti. (Vastapainehengitys 2004.)

Syöpäpotilaan hengitystavalla on merkitystä hengenahdistuksen tunteen syntymisessä. Syöpäpotilaan tulisi kuluttaa mahdollisimman vähän energiaa ja happea hengitykseen tarvittavan lihastyön yhteydessä. Hengitystekniikoita opettaessa tavoitteena on, että syöpäpotilas oppisi suuntaamaan ajatuksiaan ja energiaansa muuhunkin kuin hengenahdistukseen. Kun syöpäpotilaan hengitystekniikka on kohdillaan, niin samalla lisääntyy myös tunne tilanteen hallinnasta. Tilanteen hallinta puolestaan vähentää ahdistusta, jolla on puolestaan vaikutusta hengenahdistuksen syntyyn. (Hänninen 2003, 139.)

Palleahengitys on hengityksen kannalta kannattavin ja luonnollisin tapa hengittää. Sisäänhengityksessä pallealihaksen osuus on merkittävä, noin 70 %. Luonnollisessa hengitystavassa hengitetään sisään nenän kautta, jolloin pallealihas painuu vatsaonteloon päin ja vatsa pullistuu. Ulos hengitetään joko nenän tai suun kautta, jolloin sisäänhengitysilhakset rentoutuvat ja vatsa ”painuu kasaan”. Hengitystä voidaan rytmittää siten, että uloshengitys kestää jopa kaksi kertaa kauemmin kuin sisäänhengitys. Palleahengityksellä on monia positiivisia vaikutuksia hengitykseen. Se parantaa keuhkotuuletusta, tasoittaa hengitysrytmiä, vähentää hengenahdistusta ja rentouttaa koko kehoa.

Hengenahdistuksessa palleahengityksen rinnalla on hyvä käyttää huulirakohengitystä. Huulirakohengityksessä hengitetään rauhallisesti nenän kautta sisään ja ulos huulien muodostamasta kapeasta raosta. Uloshengittäminen kapean raon kautta lisää uloshengitykseen pientä vastetta, joka puolestaan estää hengitysteitä painumasta kasaan liian aikaisin. (Hengitysopas 2009). Tutkimuksellista näyttöä hengitystekniikoiden tehosta juuri syöpäpotilailla ei ole, mutta kliinisen kokemuksen mukaan moni on niistä hyötynyt, eikä niillä oikein toteutettuina ole juurikaan sivuvaikutuksia (Hänninen 2003, 139).

Hengitysharjoitusten ohella rentoutumisharjoituksilla on vaikutuksia, jotka voivat ilmetä sekä heti että pitkäaikaisesti. Syöpäpotilaan rentoutuessa ja miettiessä jotain tiettyä kohdetta tapahtuu elimistössä muutoksia: verenpaine, sydämen lyöntinopeus, hengitysnopeus ja hapenkulutus alenevat. Säännöllisesti tehtynä rentoutumisharjoitukset vähentävät esimerkiksi ahdistuneisuutta. (Vainio 2009.) Rentoutuessa keho vapautuu jännityksestä, jolloin myös lihakset rentoutuvat. Rentoutumisasentoja ovat esimerkiksi kylkimaku-asento, jossa päällimmäinen jalka on vedetty koukkuun, alimmainen jalka on suorana ja jalkojen välissä on tyyny. Lisäksi alimmaisen käden alle voi asettaa tyynyn. Hengenahdistusta helpottaa usein myös puoli-istuva asento. Potilas voi istua tuolilla pöydän ääressä ja nojata pöydälle asetettuun tyynyyn. Sängyssä puoli-istuvaa asentoa voi tukea laittamalla polvitaiteiden alle tyynyn. Rentoutumisasennot eivät ole mahdollisia hengenahdistuksen alkaessa. Tällöin potilaan on syytä kokeilla erilaisia tukiasentoja, joita ovat muun muassa noja-asento otsa seinää vasten, noja-asento selkä seinää vasten, noja-asento portaissa tai tukiasento rollaattorin avulla. Rentoutumisella potilas saavuttaa kontrollin tunteen omasta kehostaan ja lisää hyvän olon tunnetta. Rauhoittumisen myötä myös hengitystyö helpottuu. Rentoutuminen on jokaisella yksilöllistä, mutta esimerkiksi sauna, lepo, musiikki sekä itselle sopivat harrastukset ja liikunta edesauttavat rentoutumista. (Hengitysopas 2009.)

Hengenahdistus voi haitata arkielämää, mutta siitä huolimatta syöpäpotilasta tulisi kannustaa elämään mahdollisimman normaalia elämää ja ilman jatkuvaa pelkoa hengenahdistuksen alkamisesta (Leino 1999). On tärkeää liikkua säännöllisesti oman jaksamisen rajoissa, sillä liikunnan tiedetään vahvistavan hengi-

tyslihaksia ja sitä kautta helpottavan esimerkiksi liman irtoamista ja hengitystä (Lahdensuo & Aho 2004). Hengenahdistuksen alkaessa syöpäpotilaan on kuitenkin tärkeää keskeyttää sen hetkinen asia ja keskittyä ainoastaan rauhalliseen hengitykseen. Mukavan ja hyvin tuetun asennon löytäminen sekä niskahartiaseudun rentouttaminen helpottavat hengitystä. (Puolanne & Leppänen, 8.)

3.4.4 Ohjaus kotona selviytymisen tukena

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilas saa hyvää hoitoa ja syöpäpotilaan kohdalla keskeistä on erityisesti sosiaalinen tuki. Syöpäpotilaan ohjauksessa tavoitteena on saavuttaa potilaan omien voimavarojen ja selviytymiskeinojen lisääntyminen, jotta syöpäpotilas sopeutuisi elämäänsä sairauden kanssa. Sopeutumisen myötä syöpäpotilaan kyky vastaanottaa esimerkiksi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä myös oireiden lievittämiskeinoista paranee. Ohjaustilanne on aina vuorovaikutuksellinen, tasa-arvoinen tilanne, mutta syöpäpotilaan ollessa kykenemätön ottamaan vastuuta, on hoitajan tehtävänä auttaa potilasta oma-aloitteisesti. (Lipponen, Ukkola & Kanste 2008.)

Syöpäpotilaan ohjaus voi olla hoitajalle haasteellista, sillä syöpään sairastuneet kokevat usein tulevaisuuden epävarmana ja pohtivat elämän ja kuoleman kysymyksiä. Merja Kuuppelomäen teoksessa *Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä* mainitaan Nelsonin tekemästä tutkimuksesta, jossa haastateltiin 21 rintasyöpään sairastunutta naista. Tutkimuksessa todetaan viisi eri tekijää syöpään liittyvässä epävarmuudessa. Tekijät ovat tunteiden vaihtelu, tuen hakeminen muilta ihmisiltä ja Jumalalta, uuden elämäntavan oppiminen, reflektiot itsestä maailmassa ja epävarmuuden hyväksyminen osaksi omaa elämäntilannetta. (Nelson, J. 1996, Kuuppelomäki, M. 1997, 25 mukaan.) Nelsonin tutkimusta tukee Koveron ja Tykän vuonna 2002 tekemä tutkimus rintasyöpään sairastuneiden naisten kokemuksista sairastumisesta. Tutkimuksessa käy ilmi, että sairastuminen ja diagnoosin saaminen keskeyttää potilaiden arkielämän rutiinit ja muun muassa ahdistus ja kuolemanpelko tulevat osaksi elämää. Tutkimuksessa haastatellut rintasyöpäpotilaat toivovatkin sekä lääkä-

riltä että hoitohenkilökunnalta rehellistä, monipuolista ja yksilöllistä tietoa. (Liite 1) Esimerkiksi hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon portaat on hyvä olla myös syöpäpotilaan ja omaisten tiedossa. Usein jo pelkkä tieto siitä, että keinot eivät lopu kesken, vaikka hengenahdistus pahenisi, on helpottava. Se luo luottamusta niin hoitoa kuin hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Lehto ym. 2011, 1091.)

Perhe ja läheiset ovat syöpäpotilaalle monesti merkittävin sosiaalinen taustatekijä. Hoitajan on otettava tämä asia huomioon ohjauksessa, sillä toisinaan syöpäpotilas haluaa suojella läheisiään, eikä halua heidän osallistuvan ohjaukseen. Tällaisessa tilanteessa hoitajan tulee kunnioittaa potilaan toivetta, mutta pyrkiä myös ymmärtämään ja mahdollisesti keskustelemaan potilaan kanssa tämän valinnoista. (Kyngäs ym. 2007.) On kuitenkin hyvä muistaa, että väärinkäsitysten välttäminen onnistuu parhaiten, jos sekä potilas että omaiset osallistuvat ohjaukseen yhtä aikaa (Suominen 2000,207).

Hoitajan tulee havainnoida potilasta ja pyrkiä näkemään, milloin potilas on suuntautunut tulevaisuuteen sekä valmis keskustelemaan esimerkiksi jatkohoidosta. Tämä mahdollistaa sen, että potilas on valmiimpi vastaanottamaan uutta tietoa. (Suominen 2000, 207.) Kuten muissakin ohjaustilanteissa, niin myös syöpäpotilaan kohdalla on tarkoituksena herättää potilaassa motivaatiota oman sairautensa ja sen hoidon suhteen. Ilman motivaatiota syöpäpotilaalla ei välttämättä ole halua selviytyä kotona. (Torkkola ym. 2002,28.) On tärkeää, että hoitaja on kiinnostunut syöpäpotilaan tilanteesta ja on aidosti läsnä ohjaustilanteessa. Henkilökohtaisessa ohjaustilanteessa hoitajan tulee viestittää syöpäpotilaalle, että tämä voi puhua kaikista mieltä askarruttavista asioista ja että ohjaustilanne on aina luottamuksellinen. (Torkkola ym. 2002, 25–28.) Erityisesti syöpäpotilaat pelkäävät monesti kuolemaa ja sitä edeltävää kärsimystä. Keuhkosityöpäpotilailla tämä tarkoittaa usein tukehtumisen pelkoa. Hengenahdistuksen hoitoon käytettävien erilaisten lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitomuotojen lisäksi osa hyvää hoitoa on syöpäpotilaan kuunteleminen. Syöpäpotilaan pelkoja voi helpottaa kertomalla eri hoitomuodoista, mistä saa hätätilanteessa apua ja että hoitava henkilökunta tekee aina parhaansa, jotta oireet helpottuisivat. (Lehto ym. 2011, 1096.)

Ohjaustilanteessa on hyödyllistä keskustella syöpäpotilaan kanssa tarkemmin erilaisista hengitykseen ja hengenahdistukseen liittyvistä asioista. Potilaalta voidaan tiedustella hänen tapaansa hengittää ja pohtia olisiko sille hengityksen kannalta edullisempaa vaihtoehtoa. Syöpäpotilaalta voidaan tiedustella myös hänen omaa käsitystään hengityksestä ja sen sujuvuudesta ja liittyykö siihen esimerkiksi henkistä ahdistusta, jota helpottamalla hengenahdistus voisi lievittyä. Yhdessä potilaan kanssa voidaan keskustella, miten hengenahdistus vaikuttaa arjessa selviytymiseen ja kuinka potilas on sopeutunut siihen. Potilaan olisi tärkeää suhteuttaa arkiset toiminnot oman jaksamisensa mukaan. (Leino 1999.) Arjessa jaksamiseksi potilasta voi ohjata suorittamaan päivän aikana vuorotellen kevyitä ja raskaita askareita sekä muistuttaa lepäämään tarpeen mukaan. Erityisen tärkeää on muistuttaa potilasta, että tehtävien aikana ei saa pidättää hengitystä. Varsinkin ennen raskaiden tehtävien suorittamista on hyvä hengittää ensin sisään ja suorittaa tehtävä uloshengityksen aikana. (Puolanne & Leppänen, 8.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotoksellinen tai toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla esimerkiksi ohje, perehdyttämisopas tai jonkun tapahtuman toteuttaminen. Tärkeää on, että opinnäytetyössä yhdistyvät sekä käytännön toteutus että sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä sen tulisi osoittaa tekijän riittävää tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilka & Airaksinen. 2004, 9-10.)

Vilkan (2010) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on yhdistää toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus sekä raportointi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitellaan tiedon keräämistä siten, että toiminnallisen opinnäytetyön tekijä kykenee sen pohjalta luomaan esimerkiksi potilasohjeen, joka palvelee sen käyttäjää. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää on rajaaminen. Tällöin tekijän tulee pohtia seuraavia asioita: millaisen tuotoksen toteuttaa, kenelle sen toteuttaa, mihin aikaan/paikkaan/tilanteeseen se toteutetaan ja mistä ammatillisesta näkökulmasta se toteutetaan. (Vilka 2010.)

4.2 Kirjallinen potilasohje

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan joko yhden sivun pituisia ohjeita tai useampisivuisia kirjasia tai oppaita. Erilaiset hoitoon liittyvät ohjeet on hyvä antaa potilaalle suullisen ohjauksen tueksi, sillä potilas voi myöhemmin palata kirjallisiin ohjeisiin ja tarkastaa tietojaan omatoimisesti. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.)

Hyvälle kirjalliselle potilasohjeelle ei ole olemassa ainoastaan yhtä määritelmää. Ohjeen hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus riippuu usein ohjeen tekijästä, ohjeen kohderyhmästä sekä organisaatiosta, jonka toimesta ohje on tehty. On kuitenkin olemassa tiettyjä vaatimuksia, jotka toteuttamalla potilasohje voi saavuttaa sille asetetut tavoitteet. (Torkkola ym. 2002, 34.) Hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan kenelle se on suunnattu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Konkreettisesti ja selkeästi kuvatut ohjeet helpottavat potilaan kykyä ymmärtää ohjeita ja toimia niiden mukaisesti. Esimerkiksi hätätapausten varalta ohjeessa olisi hyvä olla tietoa yhteystiedoista sekä lisätietojen hankkimismahdollisuuksista. Ohjeen sisältö ei saa olla liian laaja, joten opetettava asia tulisi esittää lähinnä pääkohdittain. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Potilasohjeissa on tärkeää olla looginen järjestys, joka on valittu potilaan näkökulmasta. Pääotsikon ja väliotsikoiden tarkoituksena on kertoa, mitä asioita tekstissä käsitellään. On tärkeää perustella ohjeen väittämiä, sillä potilaan tulee tietää, mitä hyötyä niiden noudattamisesta on. Hyvin perusteltu väite motivoi potilasta noudattamaan ohjeen sisältöä. (Hyvärinen 2005.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa tulisi toteutua seuraavat ulkoasuun liittyvät kriteerit: selkeästi luettava kirjasintyyppi, riittävä kirjainkoko ja selkeä tekstin jaottelu ja asettelu. Kielen tulee olla selkeää ja käytettävien termien tuttuja ja yksiselitteisiä. Potilaan tulee saada käsitys heti alussa siitä, mitä ohje sisältää. Lisäksi on suositeltavaa käyttää mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Passiivilla ilmaistaan asioiden yleistä tilaa tai tavallista tapaa toimia, kun taas aktiivimuotoa käyttäen asia ilmaistaan potilaalle selkeämmin (Hyvärinen 2005). Lisäksi ohjeessa tulee kertoa tärkein ensin ja edetä niin sanotusti kohti vähemmän tärkeää. Otsikoihin on syytä kiinnittää huomiota. Ensimmäisen pääotsikon tarkoituksena on kertoa potilasohjeen aihe, kun taas väliotsikot jakavat tekstiä pienempiin kokonaisuuksiin. Ohjeen viimeiselle sivulle on hyvä laittaa yhteystiedot sekä viitteet mahdollisiin lisätietoihin (esimerkiksi Internet-lähteitä). Lisäksi potilasohjeen viimeisellä sivulla mainitaan ohjeen tekijä/tekijät. (Torkkola ym. 2002, 36–39, 44.)

5 LUOTETTAVUUS JA EETTISET KYSYMYKSET

Opinnäytetyössä on käytetty monipuolisesti erilaisia lähteitä, jotta kirjoitettavan asian oikeellisuus varmistuisi ja että näkökulma olisi mahdollisimman laaja. Näin varmistetaan, että potilasoppaan tietoihin voidaan luottaa ja potilaan on turvallista käyttää siinä esiintyviä hengenahdistuksen lievittämiskeinoja. Lähteinä on käytetty paljon alaan liittyvää kirjallisuutta, tutkimuksia, lehtiartikkeleita sekä Internet-lähteitä. Opinnäytetyössä on käytetty suurimmaksi osaksi 2000-luvulla julkaistuja lähteitä, jotta käytössä olisi mahdollisuuksien mukaan uusin ja tuorein tieto. Kirjoittajien tiedot on tarkastettu ja suurimmassa osassa lähteitä kirjoittajana on toiminut syöpäalan ammattilaisia. Internet-lähteissä on pyritty huomioimaan, että lähde esiintyy luotettavalla sivustolla ja että sille löytyy kirjoittaja ja vuosiluku. Olen pyrkinyt merkitsemään lähdeviitteet työssäni oikeoppisesti sekä soveltamaan mahdollisuuksien mukaan löytämäni käyttökelpoista teorian tietoa. Suorat lainaukset olen esittänyt lainausmerkeissä, jotta kirjoittajan oikeus omaan tekstiinsä säilyisi.

Opinnäytetyössä on käytetty keskeisenä lähteenä Lehdon, Toikkasen ja Saarron vuonna 2011 julkaisemaa artikkelia, joka käsittelee hengenahdistuksen lievittämistä palliativisen hoidon näkökulmasta. Artikkelin on tuoreinta tietoa ja se on vertaisarvioitu, joten sen käyttäminen pääasiallisena lähteenä hengenahdistuksen lääkkeellisten hoitomuotojen hoidossa on mielestäni perusteltua. Artikkelissa käytetyt hoitokeinot ovat pääasiallisesti yhteneväisiä myös muiden käytettyjen lähteiden kanssa, joten lähteiden välisiä ristiriitoja ei ole havaittavissa. Tämä lisää opinnäytetyön sisällön luotettavuutta.

Olen tehnyt opinnäytetyöni yksin, joten siinä käytetyt valinnat ja näkökulma ovat varsin yksipuolisia. Kuten mainitsin jo aikaisemmin, niin olen pyrkinyt käyttämään monipuolisesti lähteitä sekä luettamaan sekä keskeneräistä että lähes valmista työtäni niin ohjaavalla opettajalla, työelämän yhteyshenkilöllä kuin myös läheisilläni. Omalle työlle tulee helposti sokeaksi ja vertaisarviointi on

opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa tärkeää luotettavuuden ja laajemman näkökulman kannalta.

Opinnäytetyössä ei ole virallisesti haastateltu potilaita tai hoitohenkilöstöä, mutta olen saanut ohimennen muutamia vinkkejä esimerkiksi pulloon puhalluksista ja erilaisista hengitystä helpottavista asennoista fysioterapeutiksi valmistuvalta ystävältäni. Lisäksi työelämän yhteyshenkilöni on lähettänyt minulle sähköpostitse käyttöohjeen esimerkiksi PleurX-dreenin käytöstä. Tällaiset kenttätyössä käytössä olevat ohjeistukset ja vinkit ovat hyvä lisä potilasoppaaseen. Potilasoppaan tekstin olen muotoillut teorian tiedon ja asiantuntijoiden ohjeiden perusteella. Potilasoppaassa esiintyvät kuvat on piirtänyt ystäväni, joka on antanut luvan niiden julkaisuun. Ennen painatusta potilasopas on käynyt hyväksyttävänä sekä ohjaavan opettajan että työelämän yhteistyön luona, joten sen sisältö on hyväksytty.

6 POHDINTA

Mietin syksyllä 2010 opinnäytetyöprosessin alkaessa ja aiheita valitessa, että haluaisin tehdä työni yksin. Aikataulujen sovittaminen toisen ihmisen kanssa on monesti haasteellista ja yksin tehdessäni sain työstä opinnäytetyötäni itselleni parhaiten sopivina ajankohtina. Se oli itselleni tärkeä asia, mutta yksin tekemisellä on myös omat huonot puolensa. Esimerkiksi jatkuva ajatusten vaihto ja työn valintojen arvioiminen jää yksin tehdessä vähäisemmäksi kuin parin kanssa. Koen kuitenkin saaneeni tarpeeksi tukea ja ohjausta ohjaavalta opettajaltani sekä hyviä vinkkejä ja ehdotuksia varsinkin työn loppuvaiheessa työelämän yhteyshenkilöltäni.

Alkuvuoden 2011 luin ja etsin sekä teoretietoa että tutkimuksia liittyen opinnäytetyöni aiheeseen. Alku oli ehkä lähinnä koko opinnäytetyön tarkoituksen hahmottamista ja koen päässeeni kunnolla vauhtiin kesän ja varsinkin loppukesän aikana. Toisaalta se ei yllätä itseäni, sillä tiedän saavani itsestäni enemmän irti pienen paineen alla ja niin sanotusti palautuspäivän lähestyessä. Opinnäytetyön valmistuessa olen kokenut sekä onnistumisen että myös turhautumisen tunteita. Mutta mitä valmiimmalta työni on alkanut näyttää, niin sitä luottavemmaksi mieleni on muuttunut. Toivon, että työstäni on hyötyä syöpäpotilaille ja hoitavalle henkilökunnalle, mutta siinä sivussa olen syventänyt myös omaa osaamistani huomattavasti.

Valitsin tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, sillä halusin saada aikaan jotain konkreettista ja hyödyllistä. Potilasoppaan tarkoituksena on antaa potilaalle oleellista ja käyttökelpoista tietoa. Aloitin oppaan suunnittelun syksyllä 2011 ja sen muotoileminen osoittautui vaikeammaksi kuin olin kuvitellut. Oppaan sisältämät hengenahdistuksen lievittämiskeinot nousevat aika lailla opinnäytetyön teoriaosista, mutta oppaan kappaleiden otsikoiminen, sanojen ja lauseiden muotoilu mahdollisimman ymmärrettäväksi olikin yllättävän haasteellista. Lisäksi kuvien ja tekstien sovittelu oppaaseen oli välillä hankalaa, sillä en ole aikaisemmin tehnyt minkäänlaisia oppaita tai ohjeistuksia. Aluksi hahmottelin op-

paan sisältämiä kappaleita pieneen paperivihkoon ja sen jälkeen tietokoneelle. Pikku hiljaa kokeilemalla alkoi muodostua tavoitteeksikin asetettu käytännönläheisiä vinkkejä sisältävä potilasopas. Potilasoppaan sävy on kannustava ja sisältää selkeitä ja tekstiä tukevia kuvia esimerkiksi hengenahdistusta helpottavista asennoista.

Kiinnostuin palliatiivisesta hoitotyöstä ollessani harjoittelussa syöpäosastolla. Olemme käsitelleet koulussa varsin pinnallisesti palliatiivista hoitotyötä ja vasta lukemieni artikkeleiden, tutkimusten sekä osastolla saamani kokemuksen myötä olen ymmärtänyt, miten tärkeästä ja moniulotteisesta hoitotyön osa-alueesta onkaan kyse. Se ei ole pelkästään syöpäpotilaille tarkoitettua ja sen kuuluisi olla automaattisesti osa jokaisen parantumattomasti sairaan potilaan hyvää hoitoa. Parantumattomasti sairaan ihmisen elämän loppuvaiheessa on tärkeää helpottaa vaikeitakin oireita, mutta vähintään yhtä tärkeää on olla aidosti läsnä ja omata herkkyyttä vastata kaikkiin potilaan tarpeisiin. Alla oleva Tommy Tabermannin runo kuvastaa mielestäni hyvin läheisyyden ja toisen ihmisen tukemisen tärkeyttä.

*Jokainen joka on pidellyt kädessään meren silottamaa kiveä,
tietää että jatkuvalla hyväilyllä on ihmeitä tekevä voima.*

-Tommy Tabermann

Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista tutkia, ovatko syöpäpotilaat ja omaiset kokeneet potilasoppaan hyödyllisenä. Lisäksi voitaisiin tutkia, onko oppaasta ollut hoitohenkilökunnan mielestä apua suullisen ohjauksen tukena, ja olisiko oppaaseen tarvetta lisätä tietoa esimerkiksi mahdollisista lääkkeellisistä hoitomuodoista.

LÄHTEET

Bjälje, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjastaad, O. V. & Toverud, K. C. 2008. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 1.-5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY

Elonen, E. & Elomaa, I. 2007. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J, Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Happirikastimen potilasohje. 2011. Satakunnan sairaanhoitopiiri

Holli, K. 2005. Palliatiivinen lääketiede – mitä se on? Terveysportti. Duodecim. Julkaistu 2005. Luettu 1.10.2011.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94743.pdf>

Holli, K. & Saarto, T. 2007. Oireenmukainen hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J, Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Holli, K. 2002. Keuhkosityöpäpotilaan oireidenmukainen hoito. Suomen lääkäri-lehti. Nro 30-32/ 2002. Vsk 57. Luettu 31.8.2011.
http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=7&session_id=79211.5108084131

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Terveysportti. Duodecim.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

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

Hänninen, J. 2004. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Hänninen, J., Hamunen, K., Hoikkanen, A, Korhonen, T., Laakkonen, M-L., Saarto, T., Savolainen, A. & Tohmo, H. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito- suositus. Luettu 6.1.2011.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50063.pdf>

Hänninen, J. 2011. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Luettu 10.10.2011.
<http://www.cancer.fi/@Bin/59479578/Saattohoito+2011.pdf>

Isola, J. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. 2007. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Janes, R. 2004. Solunsalpaajahoidon aiheuttaminen oireiden lievittäminen. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Tukihoito. Saattohoito. Oireenmukainen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim

Jyrkkiö, S. 2004. Lääketieteen historia, osa 5: Syövän historia. Väre, T. (toim.) Julkaistu 7.12.2004. Luettu 18.5.2011.

Yle Akuutti. http://yle.fi/akuutti/arkisto2004/071204_a.htm

Kataja, V. & Johansson, R. 2007. Hormonihoidon perusteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Kellokumpu-Lehtinen, P., Puistola, U., Paija, O., Taimela, E., Hirvonen, O., Raassina, S. & Riska, H. 2007. Anemia kiinteiden syöpäkasvaimien yhteydessä. Terveysportti. Duodecim.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96749.pdf>

Kellokumpu-Lehtinen, P., Joensuu, H. & Tenhunen, M. 2007. Muut hoitomuodot. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Kerola-Kaleva, J. 2002 Palliatiivinen hoito. Luettu 24.8.2011. Julkaistu 18.4.2002. <http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/020418.htm>

Kivioja, A. 2004. Palliatiivinen kirurgia. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Tukihoito. Saattohoito. Oireenmukainen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim

Kouri, M., Ojala, A. & Tenhunen, M. Sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J, Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Kovero, C. & Tykkä, E. 2002. Rintasyöpään sairastuminen. Alkuperäistutkimus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu 30.8.2011. Julkaistu numerossa 3/2002. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92755.pdf>

Kuuppelomäki, M. 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Tampere: Tammer-Paino Oy

Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteet ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja-lehti. Luettu 26.8.2011. Julkaistu 10/2006

Lahdensuo, A. & Aho, T. 2004. Keuhkohtaumatauti (COPD). Julkaistu 15.4.2004. Luettu 1.10.2011. Terveyskirjasto. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00012

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785

Lehto, J., Toikkanen, V. & Saarto, T. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Suomen Lääkärilehti. 13/2011, vsk 66. Luettu 10.6.2011.

Leino, T. 1999. Syöpäpotilaan hengenahdistuksen lievitykseen monia keinoja. Suomen Palliatiivisen hoidon Yhdistys Ry:n jäsenlehti. Julkaistu 12/1999. Luettu 1/2011. http://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/julk_03.html

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H.(toim.) 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Luettu 26.8.2011. Julkaistu 10.12.2008.
www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/.../16314_3_2008.pdf

Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy

Miettinen, T. 2001. Palliative Care through Relatives' eyes. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos

Nal, H. & Pakanen, V. 2001. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Finnanest 4/2001. Vol. 34. Luettu 1.10.2011.
http://www.finnanest.fi/files/a_nal.pdf

Ohtonen, H. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Luettu 26.8.2011. Julkaistu 10/2006. Sairaanhoidaja-lehti.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/

Ojala, A. 2010. Sädehoito osana syövän hoitoa. Teoksessa Jussila, A-L, Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoitotyö. Porvoo: WSOY

PleurX-dreenin käyttöohje. Luettu 10.10.2011.
<http://www.google.fi/search?q=pleur+x+dreenin+k%C3%A4ytt%C3%B6opas&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fi:official&client=firefox-a>

Puolanne, M. & Leppänen, Leppänen, A. Omahoito-ohjeita keuhkohtaumatautia sairastavalle. Hengityслиitto. Luettu 1.10.2011.
http://www.heli.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_hengityssairauksia_sairastavalle/keuhkohtauman_omahoito_opas_web_12112010.pdf

Puolanne, M. 2010. Hengityssairaahan tutkiminen ja ohjaus. Hengitysfysioterapia-työpajat. Tampere 21.9.2010. Luettu 2.10.2011.
<http://www.filha.fi/@Bin/1669776/Puolanne.pdf>

Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheissa. Finnanest 4/2007. http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen_palliatiivinen.pdf

Riska, H. Pleuranestekertymä. Therapia Fennica. Luettu 10.10.2011.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Pleuranestekertym%C3%A4>

Roberts, P.J. 2007. Kirurginen hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J, Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Saikko, S. 2005. Hengitysvaikeus. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoitotyö päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Salminen, E. 2000. Syöpä ja sen lääketieteellinen hoito. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.). Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY

Saarto, T., Janes, R. & Roberts, P.J. 2007. Onkologiset hätätilanteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2007. Syöpätaudit. 3. Painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Saarto, T., Janes, R. Opas potilaalle syövän oireiden lievittämisestä.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Helsinki. Luettu 5.5.2011.
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html>

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

Suominen, T. 2000. Tiedon välittäminen potilaalle. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY

Temel, J.S, Greer, J., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A. & Lynch, T.A. 2010. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. The New England Journal of Medicine. Julkaistu 19.8.2010. Luettu 3.10.2011. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000678>

Teppo, L. 2005. Syöpätaudit. Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 18.7.2005. Luettu 11.5.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00030

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002 Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy

Vainio, A. 2004. Hengitysteiden oireet. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Tukihoido. Saattohoito. Oireenmukainen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim

Vainio, A. 2009. Rentoutuminen. Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 22.1.2009. Luettu 31.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00088

Vainio, A. 2009. Hengitys- ja rentoutumisharjoituksia. Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 22.1.2009. Luettu 31.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00106

Vainio, A. 2009. Kiinalainen lääketiede. Kivunhallinta. Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 22.1.2009. Luettu 4.9.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00071#s1

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Hengitysopas. Itsehoitoa fysioterapian keinoin. Luettu 5.9.2011. Tarkistettu 2/2009.
www.ohjepankki.vsshp.fi/fi/dokumentit/18750/Hengitysopas2-09.pdf

Vastapainehengitys. Poliklinikka. Julkaistu 9.6.2004. Päivitetty 22.6.2011. Tarkastanut Mursu, A. Luettu 1.10.2011.
<http://www.poliklinikka.fi/?page=2652164&id=9476609>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Vilka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Julkaistu 12.2.2010. Luettu 7.9.2011. http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Vuorinen, H. S. Suomalaisen kansantutkimuksen suuri linja: Mitä opimme historiasta? Hjelt- instituutti. Kansanterveystieteen osasto. Helsingin yliopisto.

LIITTEET

Aiheeseen liittyvät tutkimukset

Liite 1

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Miettinen, Terhikki (2001)</p> <p>Palliative Care through Relatives' Eyes</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena selvittää, miten kuolevien vanhuspotilaiden hoito oli onnistunut omaisten arvioimana</p> <p>Tavoitteena tutkia kuolevilla potilailla esiintyviä oireita ja ongelmia, kipuja tai pahanolontunteita. Lisäksi etsittiin vastauksia myös siihen, mitä omaiset pitivät hyvänä ja mitä huonona hoitona.</p>	<p>Aineiston keruussa käytettiin syvähaastatteluja sekä tarkoitusta varten suunniteltua kyselylomaketta</p>	<p>-Omaisten mukaan kuolevilla vanhuspotilailla esiintyi monenlaisia oireita ja ongelmia</p> <p>-Vähintään kohtalaista kipua oli esiintynyt 211 potilaalla (57%) ja kipua oli esiintynyt vähemmän kotona hoidetuilla kuin sairaalassa hoidetuilla.</p> <p>-Kivun hoito huonoa 46 potilaalla (22%)</p> <p>-Avuttomuuden tunteen kokeminen yleistä varsinkin kivusta kärsivillä potilailla</p> <p>-Hoito arviointiin omaisten mielestä huonoksi silloin, kun kivut ja oireet eivät olleet hallinnassa, hoitoympäristö oli rauhaaton, hoidossa ei ollut jatkuvuutta, hoitajat työskentelivät rutiinomaisesti tai olivat epäystävällisiä</p> <p>-Hyvää hoitoa omaisten mielestä oli toimiva kotihoito, palvelujen jatkuvuus ja joustavuus sekä hoitajien positiiviset piirteet</p> <p>-Omaisten mielestä hyvällä palliatiivisella hoidolla on suuri merkitys kuolevan potilaan hyvään oloon ja hyvään elämisen laatuun</p>

Liite 2

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kovero, Camila & Tykkä, Erika (2002)</p> <p>Rintasyöpään sairastuminen</p> <p>Alkuperäistutkimus</p>	<p>Työn tarkoitus: selvittää, kuinka naiset kokevat sairastumisen rintasyöpään (heidän kokemuksiin diagnoosiin johtavista tutkimuksista, hoitotoimenpiteistä, saadusta tiedosta ja tapaamisista hoitohenkilökunnan kanssa)</p>	<p>Aineisto: 18 rintasyöpään sairastunut potilasta</p> <p>Aineisto kerätty puolistrukturoiduilla teemahaastattelulla</p> <p>Kvalitatiivisen tutkimusaineiston analyysi</p>	<p>-Yleisin tutkimuksiin hakeutumisen syy kyhmy rinnassa (oma epäily).</p> <p>-Voimakkaita tunteita herätti lopullisen diagnoosin epävarmuus sekä leikkauksen odottaminen</p> <p>-Kokemukset hoitohenkilökunnan tapaamisista vaihtelivat: osalla tapaamiset ja kannustus vaikuttivat positiivisesti, osa puolestaan koki, ettei ollut saanut tarpeeksi tukea</p> <p>-Haastatellut korostivat, miten tärkeä on henkilökohtainen kontakti tietoa annettaessa.</p> <p>-Haastateltujen mielestä tärkeää saada luotettavaa tietoa sairaudesta, sen kulusta, ennusteesta ja vaihtoehtoisista hoidoista</p>

Liite 3

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Abernethy, Amy ym. (2010) Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea</p>	<p>Tarkoituksena ver- tailla hapen ja huoneilman vaikutuksia hengenahdistuksen helpottumisessa</p>	<p>Kaksoissokko ja- satunnaiskontrolloitu tutkimus, johon osallistui 239 aikuista Australias- ta, Yhdysvalloista ja Isosta- Britanniaasta</p> <p>Tutkittavilla tuli olla elämää rajoittava, refraktorinen hen- genahdistus ja happiosapaineen (PaO₂) tuli olla yli 7.3 kPa.</p> <p>Osa tutkittavista sai huoneilmaa ja osa happea 2l/min happiviiksillä vii- kon ajan. 112 tut- kittavaa sai hap- pea ja 99 tutkitta- vaa sai huoneil- maa. Hengenah- distusta ohjattiin mittaamaan kah- desti päivässä, aamulla ja illalla.</p>	<p>-Potilailla, jotka saivat hap- pea happiviiksillä ei havaittu merkittävää oireenmukaista helpotusta verrattuna poti- laisiin, jotka saivat happi- viiksillä pelkkää huoneilmaa</p> <p>-Happea saaneilla aamulla mitattu hengenahdistus vaihteli keskimäärin - 0.9 yksikköä ja huoneilmaa saaneilla keskimäärin -0.7%</p> <p>-Happea saaneilla illalla mitattu hengenahdistus vaihteli keskimäärin -0.3 yksikköä ja huoneilmaa saaneilla keskimäärin -0.5 yksikköä</p> <p>-Sivuvaikutuksissa ei huo- mattavia eroja happea ja huoneilmaa saaneiden välil- lä</p> <p>-10% happea saaneista ra- portoi äärimmäisestä unet- tomuudesta, huoneilmaa saaneista 14%</p> <p>-2% happea saaneista ra- portoi nenän limakalvojen kuivuudesta, huoneilmaa saaneista 6%</p>

Liite 4

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa ym. (2006)</p> <p>Anemia kiinteiden syöpäkasvaimien yhteydessä</p> <p>Potilasaineistotutkimus</p>	<p>Tarkoituksena selvittää anemian esiintymistä syövän polikliinistä lääkehoitoa saavien suomalaisten syöpäpotilaiden keskuudessa</p>	<p>Potilaineisto kerättiin kuu-kauden ajalta TAYS:n, KYS:n ja TYKS:n syöpätautien, HYKS:n keuhkosairauksien sekä OYS:n gynekologisen onkologian kemoterapiapoliklinikoilta</p> <p>Poikkileikkauskatsauksessa mukana 733 perättäistä potilasta, lukuun ottamatta osastohoidossa olleita tai pelkästään polikliinisessä seurannassa tai sädehoidossa käyneitä potilaita</p> <p>Potilaista kirjattiin takautuvasti ikä, sukupuoli, diagnoosi, hoidot, hemoglobiiniarvo ja reagointi hemoglobiinipitoisuuteen</p>	<p>-27% potilaista hemoglobiini oli alle 120g/l</p> <p>- Lievään anemiaan ei kiinnitetty syövän polikliinistä lääkehoitoa antavissa yksiköissä juuri huomiota</p> <p>- Vaikeatkin anemiat (hemoglobiinipitoisuus alle 110 g/l), joita tosin esiintyi pienellä joukolla potilaita, jäivät huomiotta erityisesti suolistosyöpää sairastavien ryhmässä</p> <p>- Yllättävän vähän anemiaa esiintyi keuhko- ja rintasyöpäpotilailla</p> <p>- Aineiston mukaan vain pieni osa polikliinistä solunsalpaajahoidon saavista, kiinteää syöpää sairastavista tarvitsisi EORTC:n suosituksen mukaisesti EPO-hoitoa</p>

Liite 5

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kääriäinen, Maria (2007)</p> <p>Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana.</p> <p>Tutkimuksen toisen vaiheen tarkoituksena oli määrittellä ohjauskäsite ja testata käsitteen rakenne</p>	<p>Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyillä mittareilla postikyselyinä Oulun yliopistollisen sairaalan potilailta (844 potilasta) ja hoitohenkilöstöltä (916 henkilöä).</p> <p>Aineiston analyysissä käytettiin perus- ja monimuuttujamenetelmiä sekä sisällönanalyysiä.</p> <p>Tulokset tuottivat jatkotutkimusaiheen tutkimuksen toiseen vaiheeseen. Tutkimuksen toisessa vaiheessa ohjauskäsite määriteltiin käsiteanalyysillä, jonka aineisto kerättiin harkinnanvaraisesti Medline-, Cinahl- ja Medictietokannoista (ja käsihakuina yleisteoksista).</p> <p>Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä</p>	<p>- Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, ohjausaika oli riittämätöntä.</p> <p>- Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ohjata olivat kohtalaisen hyvät.</p> <p>- Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Kolmannes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia lainkaan.</p> <p>- Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan taustatekijöitä huomioon</p> <p>- Vuorovaikutus toteutui hyvin</p> <p>- Ohjaus oli kuitenkin osittain riittämätöntä varsinkin ennen sairaalaan tuloa sairautteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaal aikana sosiaalisen tuen osalta</p>

Liite 6

Tekijä ja työn nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Temel, Jennifer S. ym. (2010)</p> <p>Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer</p>	<p>Tarkoituksena selvittää varhaisen palliativisen hoidon vaikutukset metasta- soitunutta ei-pienisoluisista keuhkosityöpää sairastavien potilaiden elämänlaatuun ja mielialaan verrattuna pelkkää onkologista hoitoa saaviin potilaisiin</p>	<p>Ei kaksoissokkotutkimus</p> <p>Kontrolloitu 12 viikon kokeilu, jossa aluksi mukana 151 potilasta ja lopulta 107 potilasta. Potilaat osallistuivat tutkimukseen, kun diagnosiin saamisesta oli kulunut 8 viikkoa.</p> <p>Tutkimuksen suorituspaikkana Boston Massachussettes General Hospital</p> <p>Potilaat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä olevat potilaat saivat sekä onkologista hoitoa että varhaista palliativista hoitoa. Toisessa ryhmässä olevat potilaat saivat ainoastaan onkologista hoitoa.</p> <p>Aineisto analysoitiin SPSS-menetelmällä</p>	<p>-Potilailla, jotka saivat sekä onkologista hoitoa että varhaista palliativista hoitoa, oli parempi elämänlaatu ja mieliala verrattuna niihin potilaisiin, jotka saivat pelkästään onkologista hoitoa</p> <p>-Lisäksi varhaista palliativista hoitoa saaneet potilaat kärsivät vähemmän depressio-oireista</p> <p>-Keskimääräinen elinajanodote ei lyhentynyt varhaista palliativista hoitoa ja onkologista hoitoa saavien potilaiden ryhmässä, vaikka he saivatkin vähemmän aggressiivista hoitoa kuin pelkästään onkologisessa ryhmässä olleet</p>