



LAUREA

Sairaanhoitajien kuvauksia palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosyöpäpotilaiden kivunhoidosta



Auramo, Petra

Lammi, Annamaaria

2010 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

**SAIRAAHOITAJIEN KUVAUKSIA PALLIATIIVISESSA
HOIDOSSA OLEVIEN KEUHKOSYÖPÄPOTILAIEN
KIVUNHOIDOSTA**

Petra Auramo
Annamaaria Lammi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu 2010

Annamaaria Lammi
Petra Auramo

Sairaanhoitajien kuvauksia palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosityöpöpotilaiden kivunhoidosta

Vuosi 2009

Sivumäärä 51

Opinnäytetyömme on osa HUS:n ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen paikallisyksikön Kolmiosairaala-hanketta. Kolmiosairaala-hankkeen tavoitteena on kehittää tulevaan Kolmiosairaalaan siirtyvien osastojen toimintaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien näkökulmasta palliatiivisessa vaiheessa olevien keuhkosityöpöpotilaiden kivunhoitoa keuhko-osasto 82:lla. Haastattelun teemoina ovat keuhkosityöpöpotilaan palliatiivisen kivunhoidon toteutus, arviointi ja kehittäminen. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä teemahaastattelua käyttäen. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina haastatteleamalla neljää sairaanhoitajaa ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajilla on hyvät tiedot ja taidot lääkkeellisestä kivunhoidon toteutuksesta palliatiivisessa vaiheessa olevan keuhkosityöpöpotilaan hoidossa. Hoitajat tunsivat hyvin WHO:n porrasteisen kivunhoidon ja osasivat kertoa uusinta tietoa kivunhoidon lääkkeellisestä toteutuksesta. Palliatiivisen kivunhoidon ei-lääkkeelliset muodot eivät tulleet kuitenkaan kattavasti esille kaikkien haastatteluihin osallistuvien hoitajien kuvauksissa. Sairaanhoitajat kertoivat monipuolisesti kivun mittaamisesta ja arvioinnista. Kaikki haastatteluun osallistuneet ilmoittivat käyttävänsä kipumittaria säännöllisesti arvioidessaan potilaan kipua. Palliatiivisen kivunhoidon kehittämisessä nähtiin oleellisimpina keinoina koulutus ja yhteistyö.

Asiasanat: Keuhkosityöpä, kivunhoito, palliatiivinen hoito

Annamaaria Lammi
Petra Auramo

Nurses' descriptions of lung cancer patients' pain management in palliative care

Year 2009

Pages 51

Our thesis is part of HUS' and Laurea University of Applied Sciences' Kolmiosairaala (Triangle hospital) -project. The purpose of the Kolmiosairaala-project is to develop the functioning of the wards that will be part of Kolmiosairaala and search of counselling services of the patients

The purpose of this thesis is to describe lung cancer patient's pain management in ward 82. Patients being in palliative care are described from the nurses' point of view. The themes of the interviews were carrying out treatment, assessment and development of lung cancer patient's pain management in palliative care. We used qualitative research method in this thesis. We interviewed four nurses and analyzed the data by using content analysis.

According to the findings the nurses had a good knowledge and skills in the implementation of pain management in palliative care. The nurses were familiar with WHO's recommendations and they also had the latest knowledge of analgesics. The nurses did not mention that often the ways to release the pain without using analgesics. The nurses reported a variety of pain measurement and assessment. All the four nurses reported that they use a pain meter regularly to assess the patient's pain. Education and co-operation were seen as the most important aspects to be developed in palliative care.

Keywords: Lung cancer, pain management, palliative care

Sisällys

1 Johdanto	4
2 Keuhkosityöpöpotilaan palliatiivinen kivunhoito	6
2.1 Keuhkosityöpöpotilaan hoito	6
2.1.1 Yleistä	6
2.1.2 Oireet	6
2.1.3 Diagnosointi	7
2.1.4 Hoitomuodot	7
2.2 Palliatiivinen kivunhoito.....	8
2.2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä.....	8
2.2.2 Palliatiivisessa hoidossa olevan keuhkosityöpöpotilaan kipu	10
2.2.3 Palliatiivinen hengitystieoireiden hoito osana kivunhoitoa	13
2.2.4 Palliatiivinen ruuansulatuselimistön oireiden hoito osana kivunhoitoa ..	15
2.2.5 Psykkinen tuki osana keuhkosityöpöpotilaan palliatiivista kivunhoitoa ..	18
2.3 Kivunhoidon arviointi	21
3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	23
4 Menetelmälliset valinnat	24
4.1 Tutkimusmenetelmä	24
4.2 Aineistonkeruumenetelmä	24
4.3 Aineiston analyysimenetelmä.....	25
5 Tulokset	28
5.1 Sairaanhoidajien kuvauksia palliatiivisen kivunhoidon toteutuksesta	28
5.2 Sairaanhoidajien kuvauksia palliatiivisen kivunhoidon arvioinnista	31
5.3 Sairaanhoidajien kuvauksia palliatiivisen kivunhoidon kehittämisestä	32
6 Pohdinta.....	35
6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35
6.2 Tulosten pohdinta	38
6.3 Jatkotutkimusaiheet	42
Lähteet	43
Liitteet	46
Liite 1 Saatekirje	46
Liite 2 Suostumus haastatteluun osallistumisesta.....	47
Liite 3 Haastateltavien taustatietolomake	48
Liite 4 Haastatteluteemat ja -kysymykset sairaanhoidajille	49
Liite 5 Sisällönanalyysi	50

1 Johdanto

Keuhkosityöpä on yksi yleisimmistä syöpätaudeista ja erityisesti ikääntyneiden ihmisten syöpä. Tupakka on keuhkosityövän suurin aiheuttaja, ja 90 % sairastuneista onkin entisiä tupakoijia. Keuhkosityövän hoitomuodot ovat kehittyneet viime vuosina, mutta keuhkosityövällä on edelleen huono ennuste. Alle 15 % sairastuneista on elossa viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta. Keuhkosityövän huonon ennusteen vuoksi palliatiivisen hoidon merkitys ja tarve on suuri keuhkosityöpöpotilaan hoidossa. (Knuutila 2005, 571.) Palliatiivinen hoito kattaa kaiken oireenmukaisen hoidon ja huomiota tulisi kiinnittää kokonaisvaltaiseen potilaan oireiden huomioimiseen. Oireet voivat hoitamattomana pahentaa toisiaan ja näin aiheuttaa kierteen, jonka seurauksena aiheutuu turhaa kärsimystä. (Salminen 2007, 24–26.)

Yleisin syöpöpotilaan kokemista oireista onkin kipu, joka herättää eniten pelkoa ja ahdistusta. Kipu laskee elämänlaatu tutkimusten mukaan emotionaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Verrattaessa syöpöpotilaita, joilla oli kipua ja potilaita joilla ei ollut kipua, ilmeni selkeänä erona, että syöpökivusta kärsivät potilaat kokivat useampia somaattisia ja psyykkisiä liitännäissairauksia. Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kohottavana tekijänä koettiin puolestaan tehokas kivunhoito. (Hamunen & Heiskanen 2009.)

Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, joka on taattava yhtä lailla myös palliatiivisessa vaiheessa olevalle potilaalle (Etene 2001). Kivun hoitamatta jättäminen on hoitovirhe ja sen takia syöpökivun hoito onkin sekä haaste että eettinen ongelma. Syöpökivun hoito herättääkin yhteiskunnallista pohdintaa priorisoinneista, terveydenhuollon säästöistä ja eutanasiasta, sillä tilastojen mukaan Suomessa kivunhoito ei edelleenkään kaikkialla toteudu hyvin, vaikka terveydenhuollon perusvaatimuksena on, että jokainen terveydenhuollon ammattilainen hallitsee palliatiivisen- ja syöpökivunhoidon peruseriaatteet. (Vuorinen 2007.)

Suurella Eurooppalaisessa syöpätutkimuksessa EPIC2007 tutkittiin syöpöpotilaiden kivunhoitoa useassa maassa. Suomi oli myös mukana tutkimuksessa, jossa ilmeni, että Suomessa syöpösairauksien hoito toteutuu hyvin, mutta Suomi on keskiarvon alapuolella syöpökivun hoidossa. Myös vahvojen opioidien käyttö oli Suomessa Euroopan alhaisinta tasoa. WHO:n tutkimus tukee EPIC 2007 -tutkimusta vahvojen opioidien käytöstä. (Paineuropa.com 2007; Vuorinen 2009.) Lukuvuosi 2008-2009 on nimetty kansainvälisessä kivuntutkimusyhdistyksessä syöpökivun vuodeksi. Tavoitteena syöpökivun nostamisessa teemaksi on lisätä tietoisuutta käytännön työtä tekevien ihmisten parissa syöpökivun hoidon tärkeydestä sairastuneiden elämänlaadulle. (IASP 2008.)

Opinnäytetyömme aihe on sairaanhoitajan kuvauksia palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosyöpöpotilaiden kivunhoidosta. Työmme tarkoituksena on kuvata palliatiivisessa vaiheessa olevan keuhkosyöpöpotilaan kivun hoitoa osasto 82:lla. Olemme olleet yhteydessä osasto 82:n osastonhoitajaan Pirkko Bellaouihin ja opinnäytetyön aihe onkin tullut osaston toiveena.

Koimme yhdessä osasto 82:n henkilökunnan kanssa tärkeänä kartoittaa sairaanhoitajien kuvauksia potilaiden saamasta kivunhoidosta, jotta tiedostamisen kautta potilaiden saamaa kivunhoitoa voitaisiin parantaa entisestään. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluin haastatteleamalla neljää sairaanhoitajaa. Analysoimme aineiston käyttäen sisällönanalyysejä. Teoreettisessa taustassa syvennymme avainkäsitteisiimme, jotka ovat keuhkosyöpöpotilas, palliatiivinen hoito ja kivunhoito.

Opinnäytetyömme kuuluu Kolmiosairaala-hankkeeseen. Kolmiosairaala rakennetaan Meilahden sairaala-alueelle ja sinne keskittyvät sisätautien erikoissalat. Opinnäytetyömme yhteistyöosasto 82 siirtyy myös luonnollisesti tulevaan Kolmiosairaalaan. Osasto 82 on keuhkosairauksien osasto. Osastolla hoidettavia potilaita ovat astmaa, keuhkohtaumatautia, keuhkosyöpää, keuhkovaltimoverenpainetautia ja harvinaisia keuhkosairauksia sairastavat potilaat. Osasto on keuhkosiirtopotilaiden valtakunnallinen keskusyksikkö. Lisäksi osastolla tutkitaan uniapneapotilaita. Osastolla on 19 aikuisille suunnattua potilaspaikkaa. (HUS 2008.) Kolmiosairaala-hanke kuuluu Laurea Otaniemen Turvallinen eläminen tutkimus- ja kehittämislinjaan. Kolmiosairaala-hankkeen tarkoituksena on kehittää tulevan Kolmiosairaalaan siirtyvien osastojen toimintaa, kehittää ja tutkia asiakkaiden neuvontapalveluja, sekä toimintaprosesseja ja ohjausmalleja. Hankkeen tavoitteena on myös asiakaslähtöisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (Well Life Center 2007.)

2 Keuhkosityöpötilaan palliatiivinen kivunhoito

2.1 Keuhkosityöpötilaan hoito

2.1.1 Yleistä

Keuhkosityöpä on yksi yleisimmistä syöpätaudeista ja Suomessa miesten toiseksi yleisin syöpä. Miesten sairastavuus on kuitenkin pienentynyt vuosikymmenien aikana, kun taas naisten sairastavuus on lisääntynyt ja kasvaa edelleen. Naisten keuhkosityövän kasvu johtuu naisten lisääntyneestä tupakanpoltosta. Keuhkosityöpä on iäkkäämpien ihmisten sairaus, sairastuneiden miesten keski-ikä on 70 vuotta. (Knuutila 2005, 571; Pyrhönen 2007.)

Keuhkosityövän suurin aiheuttaja on tupakka. 90 % uusista potilaista on joko polttanut joskus tupakkaa tai polttaa edelleen. Tupakassa oleva terva tuhoaa keuhkojen värekarvoja, joten terva pääsee suoraan kosketuksiin keuhkojen pintasolujen kanssa ja altistaa pahanlaatuisten solujen synnylle. Tupakoinnin lisäksi keuhkosityövälle altistaa passiivinen tupakointi, asuinymäristön radon ja asbesti. (Knuutila 2005, 572; Syöpäjärjestöt 2005.)

2.1.2 Oireet

Keuhkosityövän oireet jaetaan kasvaimen paikallisesta leviämisestä johtuviin, etäpesäkkeistä aiheutuviin, paraneoplastisiin ja yleisoireisiin. Paraneoplastisilla oireilla tarkoitetaan niitä oireita, jotka eivät ole suoraan primäärikasvaimen tai etäpesäkkeiden aiheuttamia. Keuhkosityövän oireet tulevat yleensä myöhäisoireina, jolloin tauti on jo levinnyt pitkälle. Diagnoosihetkellä neljäsosa sairastuneista on edelleen oireettomia. (Knuutila 2005, 576–578; Käypä hoito 2008; Mäkitaro 2007, 1355–1357.)

Kasvaimen paikallisen leviämisen oireena on yskä, koska kasvain ärsyttää keuhkoputken limakalvoa tai ahtauttaa sitä. Lähes puolella potilaista esiintyy veriyskää jossain vaiheessa sairautta. Tupakoitsijoiden tulisikin hakeutua tutkimuksiin, jos veriyskää ilmenee. Tyypillinen oire on myös toistuvat keuhkokuumeet. Yli puolella potilaista esiintyy hengenahdistusta. Kasvain voi tukkia keuhkoputken, jolloin keuhkon osaan tulee atelektaasi. Hengenahdistusta aiheuttaa myös syöpään liittyvä pleuraneste tai sydänpussin neste, joka saattaa aiheuttaa myös sydänoireita. Hengitys saattaa olla vinkuvaa, jos keuhkoputken sisällä oleva kasvain tukkii hengitystiet. Äänen käheytymistä aiheuttaa keuhkosityövän kasvu mediastinumissa, jos kasvain vahingoittaa recurrens-hermoa. Hartia-käsikipua aiheuttaa keuhkojen kärjen karsinooma eli Pancoastin tuumori. (Mäkitaro 2007, 1355–1357; Käypä hoito 2008.)

Yleisoireet ovat keuhkosityövässä yleisiä ja joskus kauankin potilaan ainoita oireita. Yleisoireita ovat väsymys, heikkous, ruokahaluttomuus, kuumeilu ja laihtuminen. Paraneoplasiaa esiintyy erityisesti pienisoluisessa syövässä. Oireita ovat muun muassa endokrinologiset oireet, kuten hyperkalsemia, hematologiset poikkeavuudet ja neurologiset oireet. (Knuuttila 2005, 578.)

Etäpesäkkeitä voi tulla mihin tahansa elimeen. Keuhkosityöpä leviää kasvaen suoraan ympäröiviin kudoksiin, mutta leviää myös veriteitse ja imuteiden kautta. Maksan etäpesäkkeet ovat yleisiä, niitä todetaan usein jo diagnoosivaiheessakin. Maksametastaasit ovat usein oireettomia. Luustoetäpesäkkeitä on kolmasosalla potilaista, ja pesäkkeet aiheuttavat kipua, mutta toisinaan ensioireena voi myös olla patologinen luunmurtuma. Päänsärky, huimaus, pahoinvointi, kouristuskohtaukset ja neurologiset puutosoireet voivat viitata aivometastaasiin, mutta se voi olla oireetonkin. (Mäkitalo 2007, 1355–1357.)

2.1.3 Diagnosointi

Diagnostisia toimenpiteitä käytetään arvioimaan kasvaimen luonnetta ja levinneisyyttä. Diagnostisia toimenpiteitä on keuhkoröntgenkuvaus, bronkoskopia (keuhkoputken tähystys) ja yskössolunäytteet. Jos keuhkosityöpää epäillään, tulisi aina ottaa keuhkoista natiivikuva. Bronkoskopian yhteydessä otetaan koepala sekä harjaus- ja imunäytteet. TT-kuva otetaan keuhkoista, mediastinumista ja ylävatsalta, kun määritetään kasvaimen levinneisyyttä. Tarvittaessa otetaan myös TT-kuva aivoista, jos on ollut oireita aivometastaasista, ja luuston gammakuvaus. TT-kuvan avulla tehdään arvio syövän leikattavuudesta kansainvälisen TNM-luokituksen avulla (0-IV). (Käypä hoito 2008; Mäkitalo 2007, 1355–1357.)

Keuhkosityöpä jaetaan pienisoluisiin ja ei-pienisoluisiin karsinomiin. Pienisoluisien karsinomien osuus on 20-25 %. Ei-pienisoluisiin karsinomiin kuuluu levyepiteelikarsinoma, adenokarsinoma ja suurisoluisen karsinoma. Suomessa yleisin on levyepiteelikarsinoma eli epidermoidikarsinoma. Eri hoitomenetelmät tehoavat eri syöpäryhmiin, jonka takia jako on tärkeä. Kasvaimen solutyypin, leviämistason ja potilaan yleiskunton vaikuttavat syövän hoitosuunnitelmaan. (Knuuttila 2005, 573–574; Käypä hoito 2008.)

2.1.4 Hoitomuodot

Hoitomuotoa valittaessa päätökseen vaikuttavat kasvaimen tyyppi ja levinneisyys, potilaan toimintakyky ja suostuminen hoitoihin, sekä potilaan hoitomyönteisyys. Karnofskyn tai WHO:n asteikolla voidaan kuvata keuhkosityövän vaikutuksia potilaan toimintakykyyn. Positiivinen korrelaatio on selvästi potilaan hyvällä suorituskyvyllä ja elinajalla. Jos Karnofskyn asteikolla toimintakyky on yli 60 % tai parempi kuin WHO:n luokka 3, suositellaan aktiivista hoitoa. Keuhkosityövän kaikki hoitomuodot vaikuttavat sydämen ja keuhkojen toimintaan, joten ennen

hoitojen aloittamista tehdään toimintatutkimuksia eli kardiorespiratorisia funktiotutkimuksia. Tutkimuksilla arvioidaan hoitojen komplikaatiovaaraa, joten huomiota kiinnitetään muun muassa keuhkotoimintoihin ja sydämen vajaatoimintaan. (Knuuttila 2005, 583; Mäkitaro 2007.)

Paikallisessa ei-pienisoluisessa keuhkosyövässä käytetään ensisijaisena hoitomuotona leikkausta. Radikaalileikkaus on kuitenkin mahdollista vain noin 25%:ssa ei-pienisoluisista keuhkosyövistä, koska diagnoosihetkellä syöpä on jo levinnyt yleensä laajalle. Pienisoluisessa keuhkosyövässä ensisijaisena hoitona käytetään solusalpaajia, ja vain harvoin siihen voidaan yhdistää leikkaushoito. Leikkauksen laajuus riippuu kasvaimen levinneisyydestä ja potilaan kunnosta. (Knuuttila 2005, 583–587.)

Ei-pienisoluisessa keuhkosyövässä on mahdollista käyttää radikaalia sädehoitoa, jos kasvain rajoittuu vain toiseen keuhkolohkoon, eikä kasvain ole liian suuri. Myös potilaan yleiskunnon tulisi olla kohtuullinen radikaalia sädehoitoa varten. Pidemmälle edenneissä tapauksissa voidaan käyttää sädehoidon ja solusalpaajien yhdistelmää. Pienisoluisessa keuhkosyövässä sädehoitoa annetaan yhdessä solusalpaajien kanssa hyväkuntoisille potilaille, ja tätä yhdistelmää kutsutaan kemosaadehoidoksi. Levinneessä pienisoluisessa ja ei-pienisoluisessa keuhkosyövässä sädehoitoa käytetään primaarikasvaimeen ja etäpesäkkeisiin palliatiivisena hoitomuotona. (Knuuttila 2005, 585–588.)

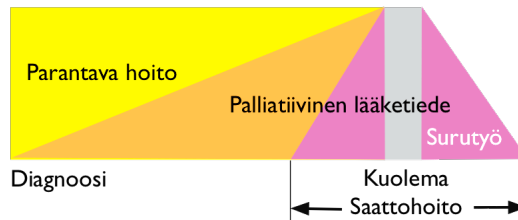
Pienisoluisessa keuhkosyövässä sytostaattihoido on ensisijainen hoitomuoto. Yhdistelemällä eri sytostaatteja voidaan saavuttaa jopa puolella potilaista täydellinen hoitovaste. Tauti voi tästä huolimatta uusiutua. Myös ei-pienisoluisen keuhkosyövän hoidossa voidaan käyttää leikkauksen ja sädehoidon lisäksi myös sytostaattihoido tai näiden yhdistelmiä. (Knuuttila 2005, 583–587.)

2.2 Palliatiivinen kivunhoito

2.2.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Sana ”palliatiivinen” on johdettu englanninkielen sanasta ”palliate”, jolla tarkoitetaan aktiivista oireenmukaista hoitoa silloin kuin sairautta ei voida parantaa. WHO on määritellyt palliatiivisen hoidon parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiiviseksi hoidoksi, jossa hoidetaan aktiivisesti kipua, sairauden tai lääkityksen aiheuttamia oireita, sekä huomioidaan myös potilaan ja hänen perheensä psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen hyvinvointi. Oireita lievitetään potilaan hoidon joka vaiheessa, mutta palliatiivinen hoito korostuu silloin kun mahdollisuudet vaikuttaa taudin etenemiseen pienenevät. (Kaleva 2002; Holli 2006.) Ajal-

lisesti palliatiivinen hoito on pitkäaikaisempi prosessi, joka saattaa kestää usean vuoden, kun taas saattohoito sijoittuu lähemmäksi kuolemaa (kuvio 1) (Etene 2003).



Kuvio 1. Palliatiivinen hoito sairauden aikana (Holli 2006, 52)

Palliatiivisessa hoidossa pääpaino on suunnitelmallinen oireiden hoito, silloin moniammatillinen tiimi on päättänyt potilaan kohdalla tilanteeseen, missä ei ole enää välineitä parantaa sairautta lääketieteen keinoin. Hoidossa tärkeää on potilaan aktiivinen mukana olo päätöksen teossa, potilaan tiedottaminen ja kuunteleminen. Potilasta hoitaa moniammatillinen tiimi, joka tekee hoitolinjaukset yhdessä potilaan kanssa palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon siirtymisestä. Potilaan subjektiivisten tuntemusten esilletulon tärkeyttä hoidon toteuttamisessa on painotettava, jotta hoito toteutuisi mahdollisimman tehokkaasti. (Nal & Pakanen 2001; Etene 2003; Holli 2006, 52–54.)

Moniammatillisen tiimin jäsenten ja tahojen tulee toimia yhteistyössä, jotta potilaan hoito olisi mahdollisimman sujuvaa, tehokasta ja saumatonta. Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toteutettavien palveluiden tulee tukea toisiaan ja hoidon joka vaiheessa potilaalla tulee olla tietoa mihin hän voi ottaa yhteyttä itseään koskeissa asioissa. Uusi terveydenhuoltolaki ajaakin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhä tiiviimpää yhteistyötä ja pyrkii näin helpottamaan yksittäisen potilaan hoitoa palveluketjun osana. Laki muun muassa pyrkii yhtenäistämään potilaita koskevat tietokannat, jotta hoitavat tahot voisivat reaaliajassa lukea potilasta koskevat tiedot ja antaa saumattomasti asianmukaista hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 1-2.)

Palliatiivisessa hoidossa ei suljeta pois tiettyjä hoitomuotoja, kuten sädehoito ja solunsalpaajahoido. Hoitoa suunniteltaessa on kuitenkin otettava huomioon valittu hoitolinja ja punnittava tarkoin helpotetaanko kyseisellä hoidolla potilaan vointia. Mahdollisella elinajan odotuksella on merkitystä hoitomuotoja valittaessa. Parantumattomasti sairaan syöpäpotilaan oireet ovat moninaisia sekä osaksi päällekkäisiä ja siksi tulisivatkin aina määritellä syy mistä kyseinen oire johtuu, jotta voidaan valita oikeanlainen tehokas hoitomuoto. Keuh-

kosyöpää sairastavan potilaan palliatiivisen vaiheen oireita ovat muun muassa kipu, hengitysteiden oireet, ruuansulatuselimistön oireet ja psyykkiset oireet (kuvio 2). (Holli 2006, 52–54.)

Oire	Esiintyminen %
Väsymys	80–90
Kipu	60–80
Ruokahaluttomuus	60–75
Masentuneisuus	50–70
Hengenahdistus	40–60
Yskä	40–60
Pahoinvointi/oksentelu	25–45
Ummetus	35–50
Nielemisvaikeudet	20–40
Unettomuus	30–50
Sekavuus	15–35

Kuvio 2. Yleisimpien oireiden esiintyminen pitkälle edennyttä keuhkosyöpää sairastavilla (Holli 2002, 2999)

2.2.2 Palliatiivisessa hoidossa olevan keuhkosyöpäpotilaan kipu

Kipu itsessään on tärkeä elimistön tapa osoittaa, että elimistöä uhkaa vaara. Kun kivun syy on löydetty, tulisi kipu pyrkiä poistamaan kaikin keinoin. Keuhkosyöpäpotilaan kipu voi johtua useasta syystä. Kivun aiheuttaja voi olla syöpä itse, syövän hoito, tai hoito ja tutkimusmenetelmät. Aina on muistettava, että kipu voi olla myös syöpään liittymätön. Syöpäkivuista 72% on kudonsvauriokipua, 40% neuropaattista kipua ja 35% viskeraalista kipua. (Hovi & Salanterä 2000, 10–12; Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 183.) Kasvaimen aiheuttama kudostuho on syynä kudonsvauriokivussa ja yleisin syy kiputiloissa ovat luustoetäpesäkkeet. Neuropaattisen kivun taustalla voivat olla kasvaimen leviäminen hermopunokseen, kasvaimen aiheuttama hermon puristuminen, solunsalpaajahoido tai sädehoito. Viskeraalisen kivun taustalla ovat sisäelimiä ympäröivät kasvaimet, onttojen elinten seinämien venytys tai kasvaimien aiheuttamat tukokset esimerkiksi suolistossa. (Hagelberg ym. 2006, 183.)

Syöpäpotilailla esiintyy myös läpilyöntikipua. Läpilyöntikivut ovat kipuhiippuja, jotka saattavat esiintyä muun muassa kävellessä tai yskiessä. Läpilyöntikivut voivat myös ilmaantua ilman mitään erikoista syytä ja voimakkuudellaan alentaa potilaan toimintakykyä. Syövän hoidon aiheuttamat kivut voivat johtua pitkittyneestä leikkaushaavan paranemisesta, sädehoidosta tai solunsalpaajahoidosta. (Hagelberg ym. 2006, 183.) Mattilan (2002) tutkimuksesta ilmenee, että eksistentiaalinen ahdistus saattaa olla myös yksi syy kivun ilmenemiselle. Tutkimuksessa on keskustelusta kohtaus, jossa potilas valittelee kipua, potilas kertoo tuntevansa kovaa kipua koska tajuaa, ettei häntä kohta enää olekaan olemassa .

Kivun hoidossa hoitolinjat valitaan kivunmekanismin mukaan ja kivunhoidossa tulisikin muistaa, että ennaltaehkäisyllä vähennetään potilaan kokemaa kärsimystä. Syöpäpotilaan kipua hoidetaan lääkkeillä, sädehoidolla, kajoavalla kirurgialla, mutta kipua voidaan helpottaa myös ei-lääkkeellisillä hoitomuodoilla kuten fysioterapia, TNS-hoito ja erilaiset rentoutustekniikat. (Hagelberg ym. 2006,95,184.) Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kohdalla on huomioitava myös oireita helpottavat toimenpiteet kuten hyvästä hygieniasta huolehtiminen, ihonhoito, suunhoito, sekä henkisten ja hengellisten menetelmien tärkeys (Kaleva 2002; Holli 2006, 52–54).

Tärkeää on motivoida potilas säännölliseen kipulääkkeiden ottoon, sillä säännöllisellä ja riittävällä lääkityksellä saavutetaan syöpäkipun hoidossa parhaat tulokset. Syöpäpotilaan hoidossa on huomioitava yksilöllinen kivunhoidon valinta. Hoidon lähtökohtana on tehokas ja tasainen kivunhoito pitkävaikutteisilla lääkkeillä. Kipuhuippujen hoito tapahtuu nopeavaikutteisilla valmisteilla. (Vainio 2004, 77.) Kivun jatkuva seuranta ja arviointi on tärkeää, jotta kivunhoito toteutuisi mahdollisimman tehokkaasti. Syöpäkipunhoidossa kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä. Jos tulehduskipulääkkeiden teho ei ole riittävä maksimiannoksesta huolimatta, siirrytään välittömästi opioideihin. Vahvoja opioideja käytettäessä voidaan käyttää toista opioidia jatkuvana kipulääkkeenä ja toista tarvittaessa läpilyöntikipuun. Suurimmalla osalla syöpäpotilaista kivut ovat niin kovia, että he tarvitsevat morfiinin kaltaisia lääkkeitä kivun lievitykseen. Tutkimuksissa on havaittu, että tulehduskipulääkkeet tehostavat opioidien vaikutusta, joten tulehduskipulääke onkin hyvä jättää taustalääkkeeksi, kun suunnitellaan syöpäpotilaan kivunhoitoa. (Vuorinen 2007.)

Epiduraalinen kivunhoito ja kipupumput ovat myös varteen otettavia kivunlievitysmuotoja syöpäpotilaan kivunhoidossa. Kipupumppuun siirrytään yleensä, jos potilas ei voi ottaa lääkkeitä suun kautta, sillä kipupumpun teho on samaa luokkaa suun kautta otettavien lääkkeiden kanssa. Epiduraalinen kivunhoito tulee ajankohtaiseksi, jos suun kautta otettavilla lääkkeillä ei saavuteta toivottua kivunlievitystä, morfiinin vuorokausi annos nousisi liian suureksi, tai kun pienilläkin annoksilla potilas kärsii pahoista oireista. (Vuorinen 2007.) Ahdistukseen saattaa olla perusteltua käyttää kipulääkkeiden rinnalla mielialaan vaikuttavia lääkkeitä, mutta tärkeää olisi myös antaa potilaalle aikaa ja tilaisuus käsitellä ahdistustaan ja sen tuottamia kiputunteja (Mattila 2002).

Luustoetäpesäkkeiden kivunhoidossa joudutaan usein käyttämään kipusädehoitoa, solunsalpaajahoitoja ja kirurgiaa murtuma tapauksissa. Kivunhoidon lisäksi sädehoidolla voidaan vahvistaa tuhoutunutta luu aluetta. Neuropaattisia kiputiloja hoidetaan masennuskipulääkkeillä, epilepsiakipulääkkeillä ja myös TNS- hoitoa voidaan käyttää. Etäpesäkkeiden aiheuttamien nikamamurtumien hoidossa neuropaattiset kivunhoitomuodot ovat tehokkaita. (Hagelberg ym. 2006,95,184). Viskeraalisessa kivussa tehokkaita hoitomuotoja ovat sädehoito ja solunsalpa-

jahoito, joilla voidaan pienentää kasvainta ja näin helpottaa kasvaimen aiheuttamaa painetta kudoksiin ja siitä syntyvää kipua. Joskus voidaan joutua leikkaamaan, jos kasvaimen aiheuttama tukos on tukkinut esimerkiksi suolen. Aina on kuitenkin huomioitava potilaan vointi palliatiivisessa vaiheessa olevan potilaan kohdalla, kun suunnitellaan kajoavaa toimenpidettä, jotta ylimitoitetuilla toimenpiteillä ei tuoteta potilaalle ylimääräisiä kärsimyksiä. (Holli 2006, 52–54.)

Kivunhoidossa voidaan käyttää myös muita keinoja kuin lääkkeitä helpottamaan kivun aiheuttamia oireita. Ei-lääkkeelliset hoidot toimivat tukena lääkkeellisen hoidon rinnalla, mutta eivät korvaa niitä. Useita ei-lääkkeellisiä hoitoja potilas voi toteuttaa myös itsenäisesti kotona. Kivun itsehoitoa voidaan toteuttaa erilaisilla hengitysharjoituksilla ja rentoutustekniikoilla, lämpö- ja kylmähoidoilla. Hierominen ja erilaiset liikeharjoitukset, kuten vesiliikunta voivat helpottaa kipua. Ei-lääkkeellisten hoitomuotojen teho on yksilöllinen ja potilasta tulisikin ohjata löytämään itselle sopivat muodot. Potilaille olisi hyvä kertoa ei-lääkkeellisistä kivun hoitomuodoista ja ohjata käyttämään niitä kivunhoidon tukena. (Hagelberg ym. 2006, 154–162.)

Hoitajien tärkeä tehtävä on aktivoida potilaita liikkumaan voimiensa mukaan, sillä liikkumattomuus johtaa lihaskunnon ja yleiskunnon heikkenemiseen, mistä seuraa ylläpitämättömyyden ja kipujen jatkumo. Tutkimusten mukaan hoitajien asenteilla kivun liittymisestä vajaakuntoisuuteen on suuri merkitys potilaan toimintakykyyn ja kuntoutumiseen, sillä hoitaja voi omalla toiminnallaan joko vahvistaa tai korjata potilaan vääristyneitä käsityksiä liikkumisen aiheuttamista haitoista. Potilaan voimavarojen korostaminen on tärkeää hyvässä potilasohjauksessa, huomio kiinnitetään siihen, että painotetaan potilaan nykyisiä voimavaroja, eikä verrattaisi niitä entisiin. (Hagelberg ym. 2006, 154–162.)



Kuvio 3. Kivun eri muodot (Hänninen 2008, 22)

Palliativisessa vaiheessa olevan potilaan hoidossa haasteeksi nousee oireenmukainen kivunhoito, jossa huomioidaan ihminen kokonaisuutena. Syöpäpotilaat kokevat usein kivun olevan suurin oire ja siksi kipuun liittyvät tai sairauden aiheuttamat oheisoireet ovat tärkeitä huomioida kun pyritään takaamaan potilaille mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliativisessa hoidossa olevalla potilaalla on usein laaja oirekirjo, mikä voi johtaa kierteeseen, jossa eri oireet pahentavat toisiaan. Hoitajan tehtävänä onkin huomioida kipuun liittyvä tai sairauden aiheuttama oire mahdolliseksi kivun taustalla olevaksi tekijäksi. (Salminen 2007, 24–26.) Aina tulee myös muistaa, että kipuun kanavoidaan paljon muita ongelmia, sillä kipu on yleisesti hyväksytty syy hakea apua (kuvio 3) (Holli 2000, 3–4).

2.2.3 Palliativinen hengitystieoireiden hoito osana kivunhoitoa

Higginsin & Sen-Guptan (2000, 287–300) tutkimuksessa palliativisessa hoidossa olevista potilaista 67 % koki hengitysteiden oireista hengenahdistuksen merkittävänä oireena. Muita merkittäviä hengitystieoireita ovat yskä ja limaisuus. Psykkiset oireet voivat vaikuttaa huomattavasti hengitysteiden oireiden pahenemiseen. Syövän vaikutuksesta terve keuhkokudos uusiutuu syöpäkudoksella, minkä seurauksena vaikeutuu keuhkojen kaasujen vaihto. Kaasujen vaihdon vaikeuduttua seurauksena on hengitysvajaus ja sen johdosta hengenahdistus. Hengenahdistus on subjektiivinen, ahdistava tunne, siitä ettei saa ilmaa vaikka hengittäisikin

voimakkaasti. Eniten hengitystieoireita esiintyy syövän loppu vaiheessa, jolloin kudosuutokset ovat palautumattomia. Hapenpuutteen oireet ja pelot voivat laukaista hyperventilaatio-kohtauksia ja lisätä hengitysvaikeuksia. Monet hengitysvaikeuksista kärsivät pelkäävät tukehtumiskuolemaa, mikä lisää ahdistuksen tunnetta. (Vainio 2004, 97–99; Nal & Pakanen 2001.)

Hengitysaahdistuksen yleisiä syitä palliatiivisessa vaiheessa olevilla potilailla ovat: kasvaimet, vena cava superiorin obstruktio, askitesneste, anemia, keuhkoembolia, pneumonia, sekä toimenpiteistä, kuten sädehoito ja keuhkojen poistosta, johtuvat jälkitilat. (Vainio 2004, 97–99; Nal & Pakanen 2001.) Ei-lääkkeellisellä hoidolla pyritään ensisijaisesti rauhoittamaan potilas ja omaiset. Jo pelkkä hoitajan tai lääkärin läsnäolo tuo turvallisuuden tunnetta ja helpottaa pelkoa tukehtumisesta. Rentouttamisterapialla helpotetaan psyykkisistä syistä johtuvaa hengenahdistusta. Huoneessa avataan ikkuna, käytetään tuulettimia sekä nostetaan sängynpäätyä ja näin helpotetaan hengenahdistusta. Potilaan, jolla on pleuranestettä, vointia helpotetaan parhaiten asettamalla potilas kylkiasentoon samalle puolelle, jolla pleuraneste sijaitsee ja samalla nostetaan hieman sängynpäätyä ylemmäs. Lisähapen käyttö akuuteissa tilanteissa on oireita helpottavaa, mutta lisähapen anto ei tulisi olla jatkuvaa, sillä pitkään käytettynä hapetus aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta ja näin rajoittaa potilaan toimintakykyä. (Vainio 2004, 100–102.)

Lääkkeellisellä hoidolla hengenahdistusta helpotetaan keuhkoputkia laajentavilla inhalaatioilla. Pieni annoksina morfiini rauhoittaa hengitysaahdistuksen tunnetta ja helpottaa näin potilaan oloa. Aksiolyytit helpottavat potilaan oloa vähentämällä subjektiivista hengenahdistuksen tunnetta. (Nal & Pakanen 2001.) Sytostaattihoidoilla ja sädehoidoilla vaikutetaan kasvaimenkokoja pienentämällä hengitystyön helpottumiseen. Antibiooteilla ja kortisonilla helpotetaan tulehdusreaktiosta johtuvaa hengenahdistusta. Diureeteilla on nestettä poistava vaikutus mikä helpottaa nesteen poistumisen kautta sydämen työtä ja sitä kautta myös hengitystyö helpottuu. Kausaalisina hoitomuotoina käytetään pleura-, perikardium- ja askitespunktioita. Punktoimalla ylimääräistä nestettä helpotetaan hengitystyötä ja täten hengenahdistus helpottuu. (Vainio 2004, 102–103.)

Yskän ja limaisuuden syitä syöpäpotilaalla ovat keuhkoputkia ahtauttavat kasvaimet, sekundäärinen keuhkoinfektio tai sädefibroosi. Veriyskän syynä voi olla henkitorven läpi työntyvä kasvain, verihyytymishäiriö tai molemmat. Syövän loppuvaiheessa esiintyy yleensä kovaa limaisuutta, mikä ei kuitenkaan ole potilaalle kovinkaan suuri oire, koska potilaan tajunnantaso on tässä vaiheessa heikentynyt olennaisesti. Tärkeää on kuitenkin selittää tilanne omaisille, jotta he ymmärtävät ettei potilas kärsi. (Nal & Pakanen 2001.) Ei-lääkkeellisinä hoitoina oireita helpottamaan käytetään höyryhengitystä, ilmankostutusta, liman imemistä, sekä fysioterapeutin suorittamia hengitysharjoituksia, joita potilas voi toteuttaa myös kotiloissa.

Hengitysharjoituksilla tehostetaan yskimistä ja helpotetaan liman poistumista keuhkoista. Limanimemistä ei tulisi kuitenkaan käyttää automaattisena toimenpiteenä tajuissaan olevilla potilailla, sillä se on itsessään potilaalle ikävä kokemus ja saattaa näin lisätä potilaan kärsimystä. (Vainio 2004, 148.)

Lääkehoitona käytetään yskänärsytystä hillitsemään kodeiinia ja morfiinia. Yskeminen voi lisätä läpilyöntikipujen ilmaantumissa, jolloin antitussiivit voivat tuoda helpotusta kipuihin, yskänärsytystä vähentämällä ja yskärefleksiä estämällä. Antibiooteilla helpotetaan tulehduksen aiheuttamaa runsaslimaista yskää, jonka seurauksena potilas kärsii kivuista ja unettomuudesta. Antikolinergit ovat myös lääkkeitä, jotka vähentävät hengitysteiden limaneritystä. Kun muilla hoidoilla ei saada helpotettua oireita, turvaututaan inhaloitaviin puudutteisiin. Inhaloitavat puudutteet voivat aiheuttaa sivuoireena bronkopasmin ja siksi hoitoa annettaessa tulee olla välittömästi saatavilla inhaloitavat bronkodilataattorit. Syöminen ja juominen ei ole sallittua tuntiin lääkkeen annon jälkeen, koska puudutteen vaikutuksesta turtuu myös nielu. (Nal & Pakanen 2001; Pöyhiä 2004, 629–632.) Veriyskän hoitona käytetään sädehoitoa, systeemisiä kortikosteroideja ja traneksaamihappolääkitystä (Vainio 2004, 103).

2.2.4 Palliatiivinen ruuansulatuselimistön oireiden hoito osana kivunhoitoa

Ruuansulatuselimistön oireet aiheuttavat potilaalle kärsimystä ja lisäävät kipujen määrää. Kahdessa Hännisen (2001, 92) esittämässä tutkimuksessa on pyydetty potilaita ilmaisemaan kokemansa kivut tärkeysjärjestyksessä. Ensimmäisessä tutkimuksessa ummetus arvioitiin kahdeksanneksi ja toisessa kuudenneksi merkittävimäksi kivun taustalla olevaksi tekijäksi. Muita ruuansulatuselimistön oireita ovat suun limakalvojen tulehdukset ja haavaumat, kurkkukipu, huulten kuivuminen, puheen vaikeutuminen, pahanhajuinen hengitys, pahoinvointi ja oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus, kakeksia ja nielemisongelmat (Saarto 2004, 103–118).

Ruuansulatuselimistön oireista suun oireet johtuvat syljen erityksen vähenemisestä tai loppumisesta, limakalvovaurioista ja lisääntyneestä haihdutuksesta. Kun syljen erityks on häiriintynyt, huononee hygienia ja limakalvoille ilmaantuu helpommin haavaumia. Haavaumat tekevät puhumisesta ja syömisestä kivuliasta. Suun kuivuminen on jo itsessään epämiellyttävä oire. (Nal & Pakanen 2001; Saarto 2004, 103–104.) Suun limakalvo oireita aiheuttavien syiden taustalla ovat muun muassa stomatiitti, sädehoito, lääkkeet, dehydraatio, kuume, suuhengitys ja aliravitsemus. Ensisijaisena suuta hoidettaessa on huolehdittava hyvästä suuhygieniasta ja nesteytyksestä, myös kielen puhdistaminen tulee muistaa. Ksylitoli tuotteilla voidaan lisätä suun syljen tuotantoa. Myös erilaisia syljeneritystä aktivoivia keinosylkivalmisteita löytyy. Tulehdukset hoidetaan tehokkaasti kyseisen tulehduksen hoitolinjauksen mukaan. Suunkipua voidaan lieventää puudutevalmisteilla ennen aterioita ja tarvittaessa. (Saarto 2004, 104–105.) Ravinnosta on hyvä jättää pois mausteiset sekä happamat ruuat ja tarjota ruoka mieluiten

haaleana. Tupakalla on myös taipumusta ärsyttää suunlimakalvoja, joten tupakointia tulisi välttää. Huoneilman kosteus ja tietoinen nenän kautta hengittäminen helpottavat oireita. Aamukuivuutta voidaan ehkäistä suun limakalvojen sivelyllä muun muassa oliiviöljyllä tai parafiiniöljyllä. (Niskanen 2008.)

Pahoinvointi ja oksentelu laskevat syöpäpotilaan elämänlaatua, lisäävät kärsimystä ja altistavat potilasta läpilyöntikivuille. Syitä pahoinvointiin ovat lääkkeet (kemoterapia, opioidit), mahalaukun tyhjentymisen hidastuminen (antikolinergiset lääkkeet, opioidit, maksan suureneminen, askites), ummetus, kohonnut kallon sisäinen paine, hyperkalsemia ja ahdistuneisuus. Pitkälle levinneenä syöpä aiheuttaa useita päällekkäisiä oireita. (Nal & Pakanen 2001.) Ei-lääkkeellisen hoidon perimmäisenä tarkoituksena on helpottaa potilaan oloa, oireen mukaisella hoidolla sekä turvaamaan neste- ja elektrolyyttitasapaino. Rauhallinen ympäristö ja ruokailun rauhoittaminen ovat ensisijaisen tärkeitä tekijöitä, joilla voidaan vähentää psyykkistä stressiä. Ruokailun ohessa keskittyminen esimerkiksi musiikkiin tai keskusteleminen vievät ajatuksia pois ruokailusta. Ruuan laatu voidaan valita potilasta miellyttäväksi. Siedettyjä ruokia ovat esimerkiksi kylmät liemet, pienet naposteltavat ja virvoitusjuomat. Ruokailun jälkeen puoli-istuva asento on suositeltavin. (Niskanen 2008.)

Syöpäpotilaalla oksennusta lievittäviä lääkkeitä käytetään säännöllisesti. Lääkkeet tulisi ottaa ennen sängystä ylös nousemista. Opioidien aiheuttama pahoinvointia kestää yleensä neljäviisi vuorokautta, mutta saattaa jatkua pidempäänkin. (Niskanen 2008.) Opioidien aiheuttamia oireita hoidetaan haloperidolilla. Liikkumisesta johtuvaan pahoinvointiin käytetään antihistamiinia. Kemoterapiasta johtuvaan pahoinvointiin auttavat parhaiten 5-HT₃-reseptoriantagonistit. Kun pahoinvoinnin ja oksentelun perussyötä ei voida parantaa, hoidetaan oireita antiemeettisellä lääkityksellä, jolla hillitään oksennusrefleksiä ja sitä kautta oksennusrefleksin aiheuttamaa läpilyöntikipua. (Nal & Pakanen 2001; Pöyhiä 2004, 629–632.)

25 % -50% syöpäpotilaista kärsii ummetuksesta. Ummetusta aiheuttavat vuodelepo, liian vähäinen nesteiden nauttiminen, vähäkuituinen ravinto, lääkkeet (muun muassa opioidit, anti-depressantit, diureetit ja rauta) ja hankalat olosuhteet ulostamiselle (portatiivi ja alusastia). Ummetuksen ennalta ehkäisy on paras hoitokeino, sillä pahimmillaan ummetus voi aiheuttaa potilaalle voimakasta kipua. Potilaan tukeminen oikeanlaisen ravinnon nauttimiseen, riittävä nesteytys ja laksatiivien käyttö opioidilääkityksen yhteydessä ovat keinoja joilla voidaan ennaltaehkäistä ummetuksen syntyä. Liikkumisen tukeminen pitäisi olla myös olennainen osa hoitoa. (Hamunen 2003; Saarto 2004, 116.)

Ripulista johtuva suolen lisääntynyt aktiviteetti on potilaalle epämukava oire, mutta saattaa lisätä myös syöpäpotilaan kokemaa kipua. Syöpäpotilaalla ripuli liittyy yleensä solunsalpaaja-hoitoihin, ummetukseen, sädehoitoon tai lääkitykseen. Ummetuksesta johtuva ripuli eli ohi-

vuotoripuli hoidetaan laksatiiveilla, antibiootti hoitoon yhdistetään maitohappobakteereita ja sopimaton ruoka poistetaan ruokavaliosta. Kuituja lisäämällä ja hiilitableteilla voidaan helpottaa ripulin oireita. Joskus paasto ja samanaikainen nestetasapainosta huolehtiminen voi helpottaa oireita. Ripulijuomavalmisteet, urheilujuomat ja parenteraalinen nesteytys auttavat pitämään elektrolyytti- ja nestetasapainon kunnossa. Suoliviljely on asiallista ottaa pitkityneessä ripulissa. Ripulin aikana tulisi huolehtia huolellisesta anaalin pesusta ja rasvauksesta, ettei ihon rikkoutumisella lisätä potilaan kipuja. Yksityisyydestä huolehtiminen tulisi olla toteutettavissa. (Pöyhä 2004, 629–631; Niskanen 2008.)

Ruokahaluttomuus on luonnollinen osa kuolemaa lähestyvän potilaan oireita. Oireita jotka lisäävät ruokahaluttomuutta ovat muun muassa suun alueen infektiot, pahoinvointi, ummetus, sädehoito, solunsalpaajat, depressio, metaboliset syyt (uremia ja hyperkalsemia), kipu ja ympäristön hajut. Potilaan kanssa olisikin hyvä selvittää oireet ja niiden taustalla olevat tekijät. (Saarto 2004, 109; Niskanen 2008.) Potilaan ruokahalua voidaan lisätä tarjoilemalla potilaalle mieleisiä ruokia, pienentämällä aterian kokoja ja ohjata potilasta syömään tiheämmin. Ruokahaluttomuutta voidaan hoitaa myös ruokahalua lisäävillä lääkkeillä (medroksiprogesteroni ja megestoliasetaatti). Depressiosta johtuvaa ruokahaluttomuutta voidaan helpottaa ahdistuksesta ja pelosta puhumalla, sekä lääkehoidolla. (Nal & Pakanen 2001; Niskanen 2008.)

60 % keuhkosityöpöpotilaista kärsii kakeksiasta diagnoosihetkellä. Kakeksia on aliravitsemustila, joka on seurausta ravitsemusongelmista ja itse sairauden aiheuttamasta negatiivisesta metaboliasta. Huono ruokahalu, pahoinvointi ja kasvaimet huonontavat ravinnon saantia. Kasvaimet tuottavat ja voivat saada muutkin kudokset tuottamaan aineenvaihduntaan vaikuttavia sytosiineja. Potilaalle ja omaisille on tärkeää kertoa, että vaikka potilas kärsii kakeksiasta, ei hän näe nälkää, vaan elimistö on sairauden vaikutuksesta kiihdyttänyt aineenvaihduntaa. (Nal & Pakanen 2001.)

Kasvaimet tai arpikudoksen aiheuttama tukos nielussa tai ruokatorvessa, kipu sekä ruokatorven candida-infektio saattavat olla syitä nielemisvaikeuksissa. Nielemisvaikeuksista kärsivälle potilaalle tulee kertoa nielemisvaikeuksien syistä ja keinoista kuinka oireita voidaan helpottaa. Ruokailua voidaan helpottaa hyvällä istuma-asennolla ja helposti nieltävien ruokien valinnalla potilaan tilan mukaan. Nestemäisen ravinnon nauttimista helpotetaan sakeuttavilla aineilla, kuten Thick and Easy-pulverilla, ja ennalta ehkäistään näin aspiraatiota keuhkoihin. Ruokatorven tukkeumaan käytetään hoitomuotoina dilataatiota, stenttiä, sädehoitoa, laserkirurgiaa ja eri hoitomuotojen yhdistelmiä potilaan huomioiden sairauden vaihe ja potilaan kunto. Nenämahaletku, gastrostoomamaletku tai ruokatorven sisäinen putki laitetaan harkinnanvaraisesti. Täydellisessä tukoksessa on pyrittävä vähentämään syljen eritystä antilinergeilä tai pysyvällä ratkaisulla sylkirauhasten sädetyksellä. (Saarto 2004, 106–107.)

2.2.5 Psykkinen tuki osana keuhkosyöpäpotilaan palliatiivista kivunhoitoa

Psykologiset tekijät vaikuttavat vahvasti syöpäpotilaan aistimaan kipuun ja muihin oireisiin ja voivat muodostua elämää rajoittaviksi tekijöiksi. Itse sairaus voi ahdistaa potilasta niin paljon, että potilas kokee kovia kiputuntemuksia (Mattila 2002.) Tieto syöpään sairastumisesta on mullistava hetki ihmisen elämässä. Ihmisen tulee hyväksyä elämän rajallisuus ja kohdata tunteet jotka sairastuminen saa pintaan. Keuhkosyövän paranemismahdollisuudet ovat pienet ja moni potilas saakin diagnoosikseen parantumattomaksi todetun sairauden. Parantavia hoitoja ei ole, joten joudutaan tekemään linjaus palliatiivisesta hoidosta. Psykkisinä oireina esiintyy muun muassa masennusta, ahdistuneisuutta, unettomuutta ja pahimmillaan delirium oireita. (Hänninen 2003, 206; Knuutila 2005, 571; Niskanen 2008.) Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykkisiä oireita tulisi hoitaa kaikin mahdollisin keinoin, jotta potilas voisi elää sairaudesta huolimatta mahdollisimman täysipainoista elämää. Turhien kieltojen, rajoitusten ja määräysten esittämistä tulisi karttaa, sillä oletusarvona on, että potilas on oman itsensä paras asiantuntija. Ohjeilla voidaan kertoa miten potilaan oireet helpottuvat, mutta potilas on kuitenkin oikeutettu tekemään omaan hoitoonsa liittyvät valinnat itse. (Holli 2002, 2999–3001.)

Oman kehon hallitsemattomuus tulee esille palliatiivisessa hoidossa, sillä potilas joutuu hoitojen aikana luottamaan hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Sairas henkilö ei pysty täysin kontrolloimaan omaa kehoaan sairauden edetessä. Epävarmuuden tunnetta lisäävät erilaisten tutkimusten ja toimenpiteiden mukanaan tuoma kipu. Voimakkaat tunteet ja vaikeus hyväksyä sairautta puolestaan vaikuttavat potilaan kokemuksiin kivusta sairauden aikana ja erilaisten toimenpiteiden yhteydessä. Omasta vallasta luopuminen tekee potilaasta hauraan ympäristön negatiivisille palautteille ja siksi hoitohenkilökunnan tuleekin toimia mahdollisimman hienovaraisesti pyrkien emotionaalisen tuen antamiseen. Potilaalle totuuden kertominen lisää itsemääräämisoikeuden toteutumismahdollisuuksia, sillä silloin potilas voi aidosti osallistua hoitoonsa liittyviin päätöksiin. Omaan sairauteen liittyvän tiedon saaminen ja osallisuus omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon vähentää potilaan kokemaa ahdistusta. Hoidossa tulisikin pyrkiä aikaansaamaan potilaalle kokemus osallisuudesta ja tietoisuudesta omaan hoitoonsa luottamuksellisen yhteistyösuhteen myötä (Hovi & Salanterä 2000, 10–12; Hietanen 2004, 215–219.)

Toivon merkitys korostuu syöpäpotilaan kohdalla, hoitajan tulisikin hoitosuhteessa korostaa potilaan elämän myönteisiä ulottuvuuksia ja antaa potilaalle mahdollisuus puhua iloista ja suruista. Toivo ei aina ole parantumista, vaan se voi olla myös kokemusta oman itsensä hyväksymisestä ja elämälle uuden merkityksen löytämisestä. Hoitajan antama aika, läsnäolo ja rohkeus kohdata kuolevan ahdistus ovat asioita, mitkä tukevat potilaan jaksamista surun keskellä. (Niskanen 2008.) Axelssonin, Danielsonin ja Melin-Johanssonin (2006) tutkimuksessa

pyrittiin kartoittamaan elämänlaadullisia tekijöitä parantumattomasti sairaiden syöpäpotilaiden elämässä. Tutkimus paljasti, että hoitajien olisi tärkeä keskittyä voimaannuttavaan työotteeseen, missä korostettaisiin sairaan henkilön elämän tärkeitä ja myönteisiä asioita. Potilaat kokivat, että kuoleman läheisyydestä huolimatta heidän elämässään oli vielä paljon positiivisia asioita. Hoitajan antama tuki positiivisten asioiden esille tuomisessa koettiin tärkeänä.

Syöpää sairastavan henkilön ja hänen omaisilleen syövän hyväksyminen on ensimmäinen suuri askel, joka tuo mukanaan epävarmuuden tunteen elämän pituudesta. Hoitohenkilökunnan tuleekin huomioida myös omaisten suru ja ahdistus. Perhekeskeinen hoitotyö auttaa hoitajaa sisäistämään perheen kokonaisuutena ja kärsimyksen perheen kokemana yhteisenä suruna. Elämän uudelleen vakiinnuttaminen syöpädiagnoosin jälkeen vaatii perheeltä ponnistuksia ja hoitohenkilökunnan antama tuki onkin tärkeää, jotta perheen selviytyminen kriisistä helpottuisi. Hoitohenkilökunnan läsnäolo ja kiinnostus antaa potilaalle ja omaisille tunteen ainutlaatuisuudesta, he eivät ole hoitajalle vain kohde jota hoidetaan, vaan yksilöllisyys ja kokonaisvaltainen hoito ovat hoidon lähtökohta. (Hovi & Salanterä 2000, 10–12; Niskanen 2008.)

Omaisten läsnäolo ja läheisyys ovat potilaalle ensiarvoisen tärkeitä ja hoitajien tuleekin antaa omaisille mahdollisuus osallistua läheisensä hoitoon. Hoitajan tulee tukea omaisia, sillä potilaan fyysiset ja psyykkiset muutokset saattavat tuntua pelottavilta, kun rakas ihminen muuttuu fyysisesti hauraaksi, kokee kovia kipuja ja saattaa etäännyä henkisesti. Omaisille suurinta stressiä aiheuttavat tekijät ovat epävarmuuden tunne ja avuttomuuden kokeminen. Halua auttaa ja ymmärtää sairasta omaista ei ole aina helppo toteuttaa. Sairaanhoidajan tehtävänä onkin tukea, antaa tietoa ja auttaa omaisia selviytymään, jotta sairaudesta ei muodostuisi rajoittava tekijä koko perheelle. Omaisille on hyvä kertoa heidän merkityksestään potilaalle ja kannustaa heitä olemaan läsnä sairaan läheisensä elämässä. Läheisen kannustus, rohkaisu ja läsnä olo antavat sairastuneelle toivoa ja lisäävät elämän tarkoitusta. Toisaalta kaikilla omaisilla ei ole henkisiä valmiuksia tai voimia tukea sairastunutta. Hoitohenkilökunnan ei tulisiikaan tällaisissa tilanteissa tuomita omaista. Potilaalle voidaan järjestää, potilaan niin toivoessa ulkopuolinen tukihenkilö, joka on hänen rinnallaan vaikeina aikoina (Hovi & Salanterä 2000, 10–12; Niskanen 2008.)



Kuvio 4. Syöpäpotilaan luopumisen asteet (Hänninen 2008, 45)

Syöpään sairastuminen on aina potilaalle ja omaisille kova kokemus, vaikka potilas paranisikin sairaudesta. Parantumattomasti sairas ihminen kohtaa lopulta kuoleman ja joutuu käsittelemään luopumisen tunteen ja sen tuoman pelon. Syöpäpotilas joutuu sairauden edetessä kohtaamaan luopumisen eri ulottuvuudet. Eri kriisin vaiheiden ymmärtäminen auttaa sairaanhoitajaa tukemaan potilasta kriisin vaiheissa. Sairaanhoitajan osaamisalueeseen tuleekin kuulua tieto potilaan kokemista kriisin vaiheista ja luopumisen tasoista, jotta hän voi toimia ammatissaan mahdollisimman tehokkaasti (kuvio 4). (Eriksson & Lauri 2000, 43–60; Hänninen 2008, 44–46.)

Sairauden toteamisen ensivaiheessa esiin tulee sokki, jonka aikana potilas kokee olemassaolon kaoottisena. Sokkivaiheessa ja myöhemmin reaktiovaiheessa sairauden hyväksyminen on vaikeaa ja potilas saattaakin kieltää sairauden olemassaolon. Torjuminen toimii suojautumiskeinona, minkä avulla potilas pystyy selviytymään voimakkaiden tunteiden käsittelystä. Potilaan kokemia tunteita saattavat olla viha, suru, itsensä ja muiden syyllistäminen, sekä voimakkaat mielialojen vaihtelut. Potilaat kokevat usein tarvetta selittää sairauden syyt. Sairaanhoitajan tehtävä on tukea potilasta ja antaa tietoa sairaudesta. Tärkeää on myös keskustella potilaan kanssa ja hälventää vääristyneitä käsityksiä sairaudesta. (Eriksson & Lauri 2000, 43–60; Idman 2004, 206–207.)

Reaktiovaiheen jälkeen seuraa selviytymiskeinojen tunnistamisvaihe, jonka aikana sairauden olemassaolon hyväksyminen tapahtuu pikkuhiljaa. Potilaalla on tarve saada tietoa sairaudesta ja hoidoista. Hän myös seuraa aktiivisesti omaa tilaansa pyrkii sovittamaan erilaiset hoidot osaksi elämäänsä. Selviytymiskeinojen tunnistamisvaiheessa sairaanhoitajan tulee tukea potilaan omaa selviytymistä ja auttaa potilasta positiivisen minäkuvan luomisessa. Sairaalajaksojen aikana potilas omaksuu helposti roolikseen sairaan roolin ja siksi sairaanhoitajan antama tuki onkin ensiarvoisen tärkeää. Voimaannuttavaa potilaalle on oma selviytymisen kokemus, joka antaa uskoa, että sairaudesta huolimatta elämällä on vielä annettavaa. (Eriksson & Lauri 2000, 43–60; Idman 2004, 206–207.)

Sopeutumisvaiheessa tapahtuu sairauden hiljainen hyväksyminen tai kieltäminen. Tieto siitä, ettei sairautta voida parantaa tuo uudet haasteet eteen. Potilas joutuu kohtaamaan elämän rajallisuuden, minkä seurauksena herää halu toteuttaa asioita, joita on aina toivonut voivansa toteuttaa elämässään. Mahdollista on myös, että potilas antaa periksi ja hän ei näe elämää elämisen arvoisena, koska kuolema on diagnoosien myötä niin lopullinen. Sopeutumisvaiheessa sairaanhoitajan ensiarvoinen tehtävä on tukea potilasta ja omaisia. Tärkeää tässä vaiheessa on kertoa, että kuoleman todennäköisyydestä huolimatta potilaalle taataan pysyvä, luotamuksellinen hoitosuhde, eikä potilasta jätetä hoidon ulkopuolelle. Hoidon päätavoitteina on potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtiminen hoitotyönkeinoin. (Eriksson & Lauri 2000, 43–60; Idman 2004, 206–207.)

2.3 Kivunhoidon arviointi

Kivunhoidon toteuttajina sairaanhoitajat kokevat olevansa kivun systemaattisia arvioijia ja kirjaajia. Pääasioina hoitajat pitävät työssään potilaiden ohjausta, neuvontaa ja tukemista omaehtoiseen kivunhoitoon. Kivunhoidon toteutus on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Kiuru 2003.) Sairaanhoitajien tiedoilla, taidoilla ja asenteella on suuri merkitys potilaan saamaan kivunhoitoon. Toisaalta kivunhoidon epäonnistuminen tai kivunhoidon aloittamisen pitkittyminen lisäävät potilaan kärsimyksiä. Potilaan kanssa tuleekin keskustella kivusta, kivun mittaamisesta ja kivunhoito menetelmistä, sillä tietoisuus kivun hoidon mahdollisuuksista vähentää potilaan kokemaa ahdistusta. (Hovi & Salanterä 2000, 20–22.)

Töölön sairaalassa toteutettiin tutkimus (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 35–38), jonka tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien tietoja ja asenteita kivunhoidosta. Tutkimuksesta paljastui, että hoitajien tiedot kivusta olivat hyvät. Kivunhoito oli perusajatukseltaan potilaslähtöistä, missä arviointi ja hoito toteutettiin yhdessä potilaan kanssa. Toisaalta hoitajat eivät aina uskoneet potilaan kykyyn ilmaista kipuaan oikein ja siksi kivun mittaaminen koettiin vaativana. Kipumittarien koettiin yleisesti helpottavan kivunhoitoa, mutta vain 4 % kyselyyn vastan-

neista hoitajista ilmoitti käyttävänsä kipumittaria säännöllisesti arvioidessaan potilaan kipua. Hoitajan vastuu kivunhoidon toteuttajan koettaan haastavana. Pääsääntöisesti sairaanhoitajat toimivat viestin viejänä potilaan voinnista lääkärille. Hoitajien mielestä kivunhoito toteutuisi tehokkaammin jos moniammatillinen tiimi suunnittelisi yksilöllisen potilaan kivunhoidon. Hyvää kivunhoitoa rajoittavaksi tekijäksi koettiin kiire, minkä seurauksena mahdollisuus toteuttaa kivunhoitoa tehokkaasti ei ollut mahdollista. Kiireen vuoksi hoitajan perustehtävä kuunnella ja tarkkailla potilasta ei toteutunut hoitajien haluamalla tavalla. Tutkimuksessa todetaan, että hoitajat ovat kiinnostuneita kehittämään kivunhoitoa ja toivovat säännöllistä koulutusta, selkeyttä lääkemääräyksiin, yhteisiä peruslinjauksia kivunhoitoon ja kivunhoitoryhmien järjestämistä.

Kivun mittaaminen on hoitotyössä tuttua, mutta tutkimusten mukaan kipumittareiden käyttö on edelleen vähäistä (Lahti ym. 2007, 35–38). VAS, NRS ja VRS ovat mittareita, joita voidaan käyttää kivun voimakkuuden mittaamiseen. Oleellista on myös tietää kivun luonteesta, voimakkuudesta, sijainnista ja kivun kestosta. Mahdollista on myös, että kipu muuttuu liikkuesssa tai että kipua esiintyy vain tietynä vuorokauden aikana. Kipua arvioidessa on hyvä muistaa kysyä myös kuinka kauan potilas on kokenut nimenomaista kipua. Potilaan ilmaisemaan kipukokemukseen on syytä uskoa, mutta on muistettava, että osalle potilaista kivun olemassaolon kertominen ei ole jostain syystä itsestäänselvyys. Kivun kokemus on subjektiivinen tuntemus, joten potilaiden arvio omasta kivustaan ei ole vertailukelpoinen toisen potilaan vastaavaan arvioon omasta kivustaan. (Hovi 2000, 116–122.)

Syöpäpotilaan muiden oireiden kuin kivun mittaaminen ei ole ollut yleistä ja monella potilaalla tämä onkin johtanut siihen, että oireita on aliarvioitu, koska potilas ei ole itse osannut kertoa ikävistä oireista, jos niistä ei olla kysytty. Potilaalla itsellään voi olla sairaudesta sellainen kuva, että oireet ovat sairauden tuomaa kärsimystä mikä tulee kestävä. Alihoito on monen potilaan kodalla johtunut siitä, että oireissa on kiinnitetty huomiota vain yksittäisiin vaivoihin ja tämän seurauksena potilas on kokenut turhaa kärsimystä, kun moni merkittävä oire on jäänyt huomiotta. ESAS on mittari, jonka avulla voidaan kartoittaa kivun lisäksi syöpäpotilaan muiden oireiden laatua. ESAS:ssä huomioidaan yleisimmät syöpäpotilaan oireet kuten kipu levossa, kipu liikkeessä, uupumus, pahoinvointi, masennus, hengenahdistus, ruokahaluttomuus, ahdistuneisuus, ummetus, unettomuus ja yleisvointi. Oireiden luokitteluasteikko on 0, 1-3, 4-7, 8-10, mutta masennuksen ja ahdistuksen luokittelussa käytetään asteikoita 0-1 ja 2-10. Kun oireiden taso nousee >4, masennuksessa >1, otetaan oireet potilaan kanssa puheeksi ja mietitään yhdessä jatkossa valittavat hoitomuodot. (Salminen 2007, 24–26.)

Salmisen (2007, 24-26) tutkimuksessa todetaan, että palliatiivisen hoidon potilailla oirekirjo on laaja. Oirekirjo vaikuttaa oireiden voimistumiseen ja eri oireet pahentavat toisiaan. Unettomuus voimisti kipua ja kipu lisäsi masennuksen oireita. Englantilaisessa tutkimuksessa (Hig-

ginson & Sen-Gupta 2000, 287–300) kävi ilmi, että palliatiivisessa vaiheessa olevista syöpäpotilaista 84% kipu oli suuri ongelma, 67% hengitysongelmat olivat merkittäviä ja yhdellä kolmasosalla esiintyi muita ongelmia. Molempien tutkimusten lopputuloksena oli, että tulevaisuudessa tulee kuunnella yhä herkemmin potilaan oireita ja kiinnittää yhä enemmän huomiota oireiden hoitoon, sekä tunnistamiseen. Tutkimuksissa potilailta saadusta palautteesta ilmeni, että potilaat olivat tyytyväisiä koska he olivat tulleet kokonaisvaltaisesti kuulluiksi. Aikaisemmin katveeseen jääneet oireet otettiin esille ja potilailla oli mahdollisuus arvioida omia oireita.

Potilaat jotka eivät kykene kommunikoimaan luovat haastavan ryhmän, kun pyritään arvioimaan ja hoitamaan potilaan oireita. Kokenut sairaanhoitaja pystyy sanattomistakin eleistä tunnistamaan potilaalle epämiellyttäviä tuntemuksia. Otsan rypistys, silmien ja suun liikkeet, kyyneleet sekä vartalon ja raajojen levottomuus saattavat olla merkki kivusta. Poikkeava käyttäytyminen ja kehon liikkeet voivat viestiä kivusta. Sekavuus, ärtyneisyys, pahoinvointi, pyörrytys, hikoilu, ruokahaluttomuus, uupumus, aktiivisuuden väheneminen ja keskittymiskyvyn puute saattavat olla myös merkkejä kivun ilmenemisestä. Fyysisinä vaikutuksina elimistössä hoitamattomasta kivusta voivat olla muun muassa sydämen sykkeen nousu, verenpaineen nousu, hengitystaajuuden nousu, virtsanerityksen lasku ja verensokerin nousu. Hoitajan tarkkaavaisuus potilaan elintoimintojen seurannassa onkin oleellista. (Hagelberg ym. 2006, 75–78.) Ilman tarkkaavaista potilaan seuranta saattaa kipu jäädä huomaamatta. Potilaan ja hoitajan kivun arvioinnin lisäksi pitäisi kiinnittää huomiota potilaan nonverbaalisiin viesteihin. (Hovi, Salanterä & Routasalo 2000, 20.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata palliatiivisessa hoidossa olevan keuhkosityöpöpotilaan kivun hoitoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin keuhko-osasto 82:lla Meilahden sairaalassa. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä osasto 82:n kanssa. Opinnäytetyön aihe tuli osaston toivomuksena. Toivomuksena oli saada tietoa palliatiivisessa vaiheessa olevan keuhkosityöpöpotilaan kivunhoidosta osastohoidon aikana sairaanhoitajien kuvaamana.

Tutkimuskysymyksemme avulla haemme vastausta seuraavaan kysymykseen:

Millaisena sairaanhoitajat kuvaavat palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosityöpöpotilaiden kivunhoidon toteutuksen, arvioinnin ja kehittämisen?

4 Menetelmälliset valinnat

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyö käsittelee hoitajien kuvauksia kivunhoidon toteutumisesta, joita pyritään kuvaamaan mahdollisimman kattavasti ja kokonaisvaltaisesti, jonka takia päädyttiin kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on myös aineiston kokoaminen todellisissa tilanteissa, sekä ihmisten suosiminen tiedonkeruun välineenä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään laadullisia metodeja aineiston hankinnassa. Laadullisia metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, ryhmähaastattelu ja osallistuva havainnointi. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu, eikä esimerkiksi teorian testaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkasti, eikä käytetä satunnaisotoksia. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohdejoukko on rajattu Meilahden osasto 82:n sairaanhoitajiin. (Hirsjärvi ym. 2007.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Osaston 82:n sairaanhoitajia haastateltiin käyttäen haastattelun lajina teemahaastattelua. Teemahaastatteluun päädyttiin, koska sairaanhoitajien kuvauksia ja keskustelun kulkua saattaa olla vaikea etukäteen tietää. Haastattelussa haluttiin saada mahdollisimman todenmukaista tietoa, eikä kysymyksillä johdatella haastateltavia vastaamaan tietyllä tavalla kysymyksiin. Teemahaastattelussa kysymysten järjestystä tai muotoa ei ole etukäteen päätetty, joka antaa haastattelussa liikkumavapautta. Haastattelun teema on toki tiedossa jo ennen haastattelua. (Hirsjärvi ym. 2007.) Teemahaastattelun avulla voidaan siirtyä luontevasti sellaiseen kysymykseen, joka sopii haastattelun kulkuun. Teemahaastattelun avoimuuden vuoksi haastateltavalla on mahdollisuus puhua vapaamuotoisesti. (Eskola & Suoranta 1999.) Avoimuuden takia voidaan saada kattavampia kuvauksia kivunhoidosta kuin esimerkiksi strukturoitua haastattelua käyttämällä.

Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai parihaastatteluna. Tutkittu on, että haastateltavat ovat luontevampia ja vapautuneempia, kun useampi henkilö on paikalla samaan aikaan. Toisaalta on näyttöä myös siitä, että myös yksilöhaastattelussa keskustelut voivat olla luontevia ja vapautuneita. Haastattelumuoto tulisiikin valita siten, että se takaisi parhaimman tuloksen. Valintaan vaikuttaa myös, ketä haastateltavat ovat ja tutkimuksen aihe. (Hirsjärvi ym. 2007.) Teimme haastattelun yksilöhaastatteluna, koska kuvaukset saattavat olla henkilö-

kohtaisia. Uskoimme saavamme todenmukaisempia vastauksia, kun haastattelimme yhtä sairaanhoitajaa kerrallaan. Toisaalta ryhmähaastattelussa olisi saattanut nousta enemmän kehittämissuhteita. Ryhmähaastattelussa olisi ollut kuitenkin mahdollista, etteivät sairaanhoitajat olisi kertoneet todenmukaista mielipidettään kivunhoidosta, vaan he olisivat saattaneet lähteä myötäilemään toisten sairaanhoitajien mielipiteitä. Tämän takia päädyttiin yksilöhaastatteluun, koska toiveena oli saada mahdollisimman luotettavia kuvauksia kivunhoidosta.

Haastateltavien sairaanhoitajien lukumäärässä päädyttiin neljään. Haastateltavien sairaanhoitajien toivottiin olevan kokeneita sairaanhoitajia, joilla on jo kokemusta palliatiivisesta kivunhoidosta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään pieneen joukkoon tapauksia ja analysoidaan niitä perusteellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa ei yritetä saada aikaan tilastollisia yleistyksiä, vaan kuvataan tapahtumaa tai yritetään ymmärtää toimintaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston koolla ei olekaan välitöntä vaikutusta tutkimuksen onnistumiseen, vaan aineiston määrä on tutkimuskohtainen. Kylläntyminen eli saturaatio on yksi keino ratkaista riittääkö aineisto. Aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät enää tuota uutta tietoa, jolla olisi merkitystä tutkimusongelman kannalta. Tutkijan on päätettävä jokaisessa tutkimuksessa erikseen, että milloin aineistoa on kerätty tarpeeksi. (Eskola & Suoranta 1999.) Usein on myös rajoituksia ajan ja energian riittävydessä, osallistujien saatavuudessa, sekä muissa olosuhteissa, jotka vaikuttavat aineiston keräykseen. Jos tutkija lopettaa aineiston keräämisen ennen kylläisyyttä, ei aineisto välttämättä ole tarpeeksi monipuolista. (Strauss & Corbin 1998, 292.)

Toteutimme teemahaastattelun yksilöhaastatteluina kahtena eri päivänä. Molempina päivinä haastattelimme kahta sairaanhoitajaa. Osastonhoitaja oli päättänyt neljä haastateltavaa sairaanhoitajaa. Haastattelun teemat oli jaettu sairaanhoitajille jo saatekirjeen mukana, kysymyksiä haastateltaville ei jaettu. Olimme suunnitelleet varsinaisten haastattelukysymysten lisäksi tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelua olimme harjoitelleet etukäteen ennen varsinaista haastattelua. Yksilöhaastattelu antoi mahdollisuuden kertoa kuvauksiaan omalla tyyllillään. Ryhmähaastattelu olisi kuitenkin voinut vähentää haastateltavien jännitystä. Koimme, että saavutimme neljää sairaanhoitajaa haastatteleamalla aineiston kylläntymisen.

4.3 Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, joka tarkoittaa tutkittavan aineiston tiivistämistä siten, että se voidaan kuvailla lyhyesti tai ilmiöiden suhteet saadaan esille selvästi. Menetelmän avulla analysoidaan sekä kirjoitettua että suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin avulla tarkastellaan asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Olennaista menetelmässä on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottaminen tutkimusaineistossa. Sisällönanalyysi perustuu joko induktiiviseen tai deduktiiviseen päättelyyn. Induktiivisessä päättelyssä

keskeinen lähtökohta on aineisto. Deduktiivisen päättelyn lähtökohtana on teoria, jonka ilmenemistä tarkastellaan. Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista päättelyä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23)

Sisällönanalyysi-prosessi alkaa analyysiyksikön valinnalla. Tavallisesti käytetty yksikkö on esimerkiksi sana tai lause, mutta myös aineistoyksikköä, esimerkiksi dokumenttia, voidaan käyttää. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä vaikuttavat analyysiyksikön määrittelyyn. Analyysiyksikön valinnan jälkeen aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on vuorossa aineiston pelkistäminen ja luokittelu. Pelkistämässä aineistoon kohdistetaan kysymyksiä, jotka ovat tutkimustehtävän mukaisia. Vastaukset eli pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään etsimällä erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä pelkistetyistä ilmaisuista. Samaksi luokaksi yhdistetään samaa tarkoittavat ilmaisut, ja luokalle annetaan nimi, joka kuvaa sisältöä. Kun aineisto on ryhmitelty, aineisto abstrahoidaan. Abstrahoinnissa samansisältöiset luokat yhdistetään, joista saadaan yläluokkia (liite 5). Lopuksi tehdään sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Pidettyämme haastattelut litteroimme eli auki kirjoitimme haastattelut nauhalta. Litteroinnin jälkeen luimme tekstin huolellisesti läpi useaan kertaan ja aloimme etsiä tekstistä asioita, jotka vastasivat tutkimuskysymykseemme. Etsimme alkuperäisilmauksia vertaisarviointia käyttäen eli molemmat opinnäytetyön tekijät poimivat tekstistä omasta mielestään oleellimmat asiat ja niitä vertailtiin keskenään. Vertailtuamme alkuperäisilmauksia huomasimme poimineen pääpiirteittäin samat asiat, joten alkuperäisilmausten valinta oli molempien tekijöiden mielestä yksimielisiä. Poimittuamme alkuperäisilmaukset, aloimme pelkistää niitä. Pelkistämässä otimme huomioon, että lauseen tarkoitus ei muutu pelkistämisen yhteydessä. Pelkistämisen jälkeen aloimme vertailla pelkistettyjä ilmauksia keskenään ja etsimme niistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Yhtenevät pelkistykset yhdistimme alaluokiksi. Alaluokat yhdistimme neljäksi yläluokaksi (kuvio 5). Yläluokiksi muodostuivat palliatiivinen kivunhoito, yksilön huomioiminen palliatiivisessa kivunhoidossa, kivunhoidon arvioiminen ja palliatiivisen kivunhoidon kehittäminen.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Syöpäkivun porrasteinen lääkehoito - Lääkkeenantoreitit - Invasiivinen kivunhoito - Hermokipulääke - Läpilyöntikivun hoito - Psykelääkkeet kivunhoidossa - Riittävä kivun lääkehoito - Puudutteet kivunhoidossa - Kipu-sädehoito - Laksatiivit osana vahvojen opiaattien käyttöä - Unilääkkeet osana kokonaishoitoa -TNS-hoito - Suun kunnosta huolehtiminen - Ihon kunnosta huolehtiminen - Asentohoito - Kylmähoito - Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen 	<p data-bbox="711 461 1015 495">Lääkkeellinen kivunhoito</p> <p data-bbox="711 678 1062 741">Oireita helpottavat kivunhoitomenetelmät</p> <p data-bbox="711 925 1078 987">Ei-lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät hoitotyössä</p>	<p data-bbox="1134 645 1430 678">Palliativinen kivunhoito</p>

Kuvio 5. Esimerkki analyysistä sairaanhoitajien kuvauksia kivunhoidon toteutuksesta teema-alueelta

5 Tulokset

Teemahaastattelu oli jaettu kolmeen teemaan tutkimusongelmaa mukaillen. Ensimmäisen teeman avulla pyrimme saamaan tietoa hoitajien kuvausten avulla, miten osastolla 82 toteutetaan kivunhoitoa palliatiivisessa vaiheessa olevan keuhkosityöpöpotilaan hoidossa. Toisessa teemassa selvitettiin kivunhoidon arviointia ja kolmannessa sairaanhoitajien ajatuksia kivunhoidon kehittämistä. Haastatteluiden teemoittain esitimme sairaanhoitajille kysymykset (liite 4), joita täydensimme tarvittaessa lisäkysymyksillä.

Kaikki teemahaastatteluihin osallistuneet neljä sairaanhoitajaa olivat naisia. Ikäjakama osallistuneilla oli 36–55 vuotta. Työkokemus vaihteli kahdeksasta vuodesta kolmeenkymmeneen vuoteen. Yksi sairaanhoitaja oli käynyt sairaanhoitajaopintojen lisäksi ammatilliset erikoistumisopinnot palliatiivisesta hoitotyöstä. Kolme neljästä sairaanhoitajasta oli opistoasteisen koulutuksen saaneita ja yksi ammattikorkeakoulutasoisen koulutuksen.

5.1 Sairanhoitajien kuvauksia palliatiivisen kivunhoidon toteutuksesta

Ensimmäisessä teemassa käsiteltiin kivunhoidon toteutusta. Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan millä eri menetelmillä kivunhoitoa toteutetaan palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosityöpöpotilaiden hoidossa. Sairanhoitajat kuvasivat kattavasti lääkkeellisen kivunhoidon toteutuksen ja lääkkeenantoreitit. Hoitajat mainitsivat lääkkeenantoreiteista suunkautta otettavat, laastarit, voiteet, intravenous ja intratekaalitalaan annettavat lääkkeenantomuodot. WHO:n porrasteinen kivunhoito oli myös tuttu kaikille hoitajille (kuvio 6).

”Heillä on aina joku peruskipulääke ja siihen tilanteesta riippuen erivahvuisia opiaatteja, jonka lisäksi on läpilyöntikipulääke”.

” Että yleensä sitten siinä vaiheessa, että jos potilas ei pysty suun kautta ottamaan ja jos laastarit ja tällaiset ei riitä, niin sitten on että annetaan suonensisäisenä kipulääkeinfuusiona sitten näitä lääkkeitä”.

Palliatiivisessa kivunhoidossa käytettäviin lääkkeisiin sairaanhoitajat nimesivät myös hermokipulääke Lyrican, joka on otettu uusimpana WHO:n syöpäkipun porrastukseen. Psykkeläläkkeet huomioitiin myös osana kokonaisvaltaista kivunhoitoa. Yleisenä mielipiteenä oli ajatus potilaan riittävästä kivunhoidosta. Potilaalla oli oikeus tietää, että kipulääkkeitä ei säännöstellä, vaan kipu hoidetaan tehokkaasti. Kipuhoitajan konsultaatiomahdollisuus koettiin tärkeänä osana hyvää kivunhoidon toteutumista.

” Näitä psyykelääkkeitähän välillä aloitetaan niin kuin rauhoittamaan sitä henkistä ja sitten se kipu hellittää.”

” Potilaalle on tärkeää sanoa, että ei sitten kipulääkkeitten kanssa niitä ei tota ruveta säännöstelemään, et jos tarvitsee niin hän sitä saa ja se on semmonen iso helpotus heille.”

Oireita helpottavina kivunhoitomenetelminä sairaanhoitajat mainitsivat lääkärin toteuttamat puudutukset ja kipusädehoidon. Fysioterapeuttien antama TNS-hoidolla helpotetaan myös potilaan kokemaa kipua. Laksatiivien käyttö osana opiaattilääkitystä on keino miten ennalta ehkäistään kivun syntymistä. Unettomuus puolestaan saattaa lisätä kipua ja siksi unilääke osana palliatiivista kivunhoitoa onkin tärkeä, jos potilas kärsii unettomuudesta.

” Joskus on myös niin, että lääkäri, anestesiaalääkäri puuduttaa jotain tiettyä ihoaluetta tai kudosaluetta.”

”Ja sitten tietysti, jos sädehoitoa tarvitaan siihen kivunhoitoon, niin siihän lääkäri määrää sen oireenmukaisena tietysti.”

” Sitten tosiaan jos tämmöistä, mitä fysioterapeutit just näitä ohjaa tätä sähköärsytystä tai miksi sitä kutsutaan.”

” Minä unohdin koko ummetuksen! Se on tärkeä hoitaa aina ensimmäisenä aina. Mutta se on niin itsestään jotenkin tuntuu, että se on aina se laksatiivi siellä mukana, niin en meinannut ajatellakaan, että tarvii sellasen. Onhan se ilman muuta kaverina aina siinä.”

Ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä sairaanhoitajat mainitsivat suun ja ihon kunnosta huolehtimisen. Potilas joka tuntee olonsa hyväksi, kokee myös vähemmän kipuja. Asentohoidoilla ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisellä ennaltaehkäistiin, sekä hoidettiin jo olemassa olevaa kipua. Kylmähoito koettiin myös yhdeksi menetelmäksi helpottaa kipua.

” Ja kaikki kostutussuihkeet on tärkeitä, suu on kuiva, kun lääkkeet kuivattaa suuta.”

” Ja hygieniasta pitää huolehtia, se on tärkeitä. Se on semmonen joka aina on freshi olo, on hetken olla hyvä.”

” No tietysti asentoa voi kattoa ja kylmää käärtä käyttää, jos se auttais, ja kaikkea muuta apumenetelmiä, jos se auttas.”

Yksilöllisyyden tukeminen koettiin tärkeäksi palliatiivisen kivunhoidon keinoksi. Sairaus rajoittaa potilaan elämää ja osastohoidon aikana potilaan yksityisyys on rajoittunut. Pienillä asioilla kuten mahdollisuudella käyttää omia vaatteita voidaan tukea potilaan yksilöllisyyttä. Potilaan kuunteleminen on myös tärkeää. Toiset potilaat haluavat lisää petivaatteita, kun on kylmä, toiset taas kärsivät liian kuumasta. Potilaan omatoimisuus mahdollistetaan muun muassa sähkösängyn avulla lisäten näin potilaan riippumattomuutta hoitajista. Hoitajan herkkyys työsään on myös yksi keino tukea yksilöllisyyttä ja tuoda pienten tekojen kautta elämäniloa. Potilaalle saatetaan hakea kanttiinista jäätelö, tai hoitaja voi hieroa potilaan hartioita.

” Yhden rouvan mä muistan, sillä oli silkkivaatteet. Hän halusi, että pannaan ne päälle.”

” Niin joku tykkää, kun on se sähkösäsky, jos pystytään sellainen toteuttamaan, niin saa itse entrata, että mihin asentoon haluaa, että on semmonen itsenäisyys.”

” Niin ne on niin pienistä asioista ne hyvinolohetket kiinni. Se voi olla vaikka joku vaikka jätski tai sitten se voi olla joku pieni ele, vaikka hieronta hartioista, että ne ei oo kovin isoja asioita, että mitä on potilaille sitten tärkeitä siinä hetkessä

Psyykinen hyvinvointi tulee potilaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta. Huoli taloudellisesta pärjäämisestä tai existentiaalinen ahdistus kuoleman lähestyessä voivat vaikuttaa voimakkaasti lisäten pelkoa ja ahdistusta ja sitä kautta pahentaa kipua. Sosiaalihoitaja auttaa potilasta taloudellisten tukien selvittelyssä. Sairaalapastorin kanssa hänellä on puolestaan mahdollista puhua kuolemasta ja kuoleman jälkeisestä elämästä ja näin saada lohtua. Sairaanhoidotajan läsnäolo ja mahdollisuus keskustella mieltä askarruttavista asioista on tärkeä osa palliatiivista hoitoa. Psykiatrisen hoitajan konsultointi on myös mahdollista, jos potilaan vointi niin vaatii. Turvallisuuden tunnetta lisää soittokellon olemassa olo. Soittokellon avulla potilaan voi tavoittaa hoitajan aina kun tarvitsee apua. Omaisille mahdollistetaan potilaan kanssa oleminen, sillä omaisten läsnäolo lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja elämänlaatua.

” No omaisten läsnäolo tietysti ja se mukanaolo siinä ja sitten ihan kysytään, että haluuko hengellistä apua tai psykiatrisen sairaanhoidon, että sitä pitää kuulostella että missä vaiheessa potilas sitä itse haluais, että sitä pitää esittää tai lukemista tai on meille hankittu sitten niitä musiikkivehkeitäkin.”

” Ja sitten on tärkeää se, että on se hoitaja saatavilla. Se soittokello pitää olla.”

” Kyl sitä tavallaan hoitajana kun on siinä potilaan hoidossa, niin keskustelulla ja tämmösellä niin kun hakee mukavampaa oloa ja se vaikuttaa siihen kipuunki sitten.”

5.2 Sairaanhoidtajien kuvauksia palliatiivisen kivunhoidon arvioinnista

Teemahaastattelun toisena teemana oli kivunhoidon arvioiminen. Kysyimme hoitajilta, millä eri menetelmillä arvioidaan palliatiivisessa hoidossa olevan keuhkosityöpöpotilaan kipua. Kaikki hoitajista kertoivat käyttävänsä joko VAS-mittaria tai numeraalista NRS-mittaria silloin, kun potilas pystyy vielä puhumaan. Mittareiden rinnalla kerrottiin käytettävän myös sanallista kivun arviointia. Jos potilas ei pysty enää puhumaan, hoitajat arvioivat kipua ilmeitä ja eleitä seuraamalla. Myös omaisia kuunnellaan kivun arvioinnissa, koska he pystyvät arvioimaan varsinkin loppuvaiheessa omaisensa kipua. Haastateltavilta kysyttiin, tiesivätkö he mikä on ESAS-mittari. Kukaan hoitajista ei ollut tietoinen kyseisestä mittarista.

” Käytetään tätä kipumittari VAS-asteikkoa, sitten käytetään numeraalista kivunseurainta, nolasta kymmeneen, tai sitten ihan tämmöistä sanallista ei kipua, lievää kipua, kohtalaista kipua, kovaa kipua.”

” Sitten jos potilas ei pysty ilmaisemaan sanoin, tai näyttämällä osoittamalla sitä, niin sitten ihan potilaan ilmeitä, eleitä, rentoutta, jäykkyyttä arvioimalla.”

Hoitajilta kysyttiin tarkentavana kysymyksenä, kuinka usein kipua arvioidaan. Kipua kerrottiin arvioivan säännöllisesti vähintään kerran oman työvuoron aikana. Kivun arvioinnin aktiivisuus jakoi hoitajien mielipiteitä, koska yksi hoitajista koki, että kipua voitaisiin pitkäaikaisilla keuhkosityöpöpotilailta arvioida useamminkin. Toinen hoitaja oli kuitenkin sitä mieltä, että saattaa itse kysyä potilailta sitä niin usein, että potilaat saattavat jopa turhautua siihen. Kipua arvioidaan myös ylimääräisen kipulääkkeen annon jälkeen.

” Ihan joka vuorossa, työvuorossa, ja ihan kysyn niin ku nyt kun mullakin on tossa potilas, että kysyn useimmin, että onko kipua.”

Kivun arvioinnin kirjaamisesta kaikki vastasivat kirjaavansa arvioinnin potilaspapereihin päivittäiseen hoitolomakkeeseen. Erillistä seurantalomaketta kivun arvioinnilla osastolla ei ole,

vaan NRS ja muut huomiot kivusta kirjataan hoitosuunnitelmaan. Ilmi tuli, että osastolla pitkään olleilla keuhkosityöpöpotilailta kivun arviointia ei välttämättä tule potilaspapereihin laitettua yhtä aktiivisesti kuin lyhyemmässä osastohoidossa olevalla potilaalla. Kipulääkkeen vaikuttavuutta ei aina muisteta kirjata papereihin.

” Meillä kirjataan siihen hoitosuunnitelma lehdelle. Elikkä tota meillä ei ole erillistä niin kun seurantalomaketta. Elikkä siihen mihin kirjataan muutenkin potilaan voinnista, niin siihen sitten kirjataan sekä NRS että muut huomiot.”

Kivunhoidon arviointia tarkennettiin kysymällä, että arvioidaanko kipua levossa vai myös liikkeessä. Hoitajat kertoivat huomioivansa kivun arvioinnin levon lisäksi myös liikkeessä, esimerkiksi aamutoimien yhteydessä.

” Kysytään, kun tai mä kysyn sitä, kun potilas on siellä usein aamulla, kun mä nään hänet ensimmäisen kerran, niin hän on silloin levossa, niin mä kysyn häneltä onko hänellä tällä hetkellä kipua, ja sit mä kysyn että entäs jos sä yskit tai lähtisit liikkeelle, niin miltä se sitten tuntus.”

Haastateltavilta kysyttiin, millaista kipua palliatiivisessa hoidossa olevilla keuhkosityöpöpotilailta esiintyy. Kaikki hoitajat mainitsivat metastaasien aiheuttaman kivun, kuten päänsäryn, luustokivun, kudonsvauriokivun ja hermosäryn. Myös hengenahdistus ja kosketusyliherkkyys mainittiin. Potilaiden kerrottiin kuvanneen kipua jomottavaksi, pistäväksi tai viiltäväksi. Hoitaja kertoi kirjaavansa kivun tyyppin juuri sellaisena kuin potilas sen sanoo ja kokee.

” Ihan tämmöstä kudonsvauriokipua ja sitten tämmöstä hermosärkyä, hermokipua, ja jonkin verran ihan tämmöstä yleistä sellaista ihon kosketusyliherkkyyttä.”

5.3 Sairaanhoidajien kuvauksia palliatiivisen kivunhoidon kehittämisestä

Viimeisenä haastatteluteemana oli keuhkosityöpöpotilaiden kivunhoidon kehittäminen osastolla. Haastatellut hoitajat vaikuttivat osastolla annettavan kivunhoidon suhteen tyytyväisiltä. Hoitajien mielestä yhteistyötä voitaisiin kehittää vielä lisää kipuklinikan kanssa. Hoitajat myös toivoivat, että kun yhteistyötä tehdään ja koulutuksissa käydään, niin uutta tietoa jaetaksiin osastolla myös muille hoitajille. Kaksi hoitajaa toivoivat lisää tutkimuksia, joiden avulla tulisi uutta tietoa. Myös lisää koulutusta toivottiin ja kivunhoidon tärkeyden korostamista.

” No se varmaan se yhteistyön kehittäminen ja tämmönen, niin ne ovat sellaisia.”

” Varmaan ainakin itse toivoisi, että koko ajan sitä koulutusta, sitä herkästi sitten unohtaakin.”

Kehittämisen kohteena yksi hoitaja koki lääkkeiden sivuvaikutusten tehokkaamman kartoittamisen. Sivuvaikutusten kyseleminen on hoitajan mielestä vaihtelevaa eri potilaiden kohdalla. Kaikkia sivuvaikutuksia ei välttämättä tule kysytyä, ellei potilas niitä ilmaise itse.

” Kun näistä lääkkeitä tulee sitten näitä sivuvaikutuksia, et olen vähän miettinyt että miten näiden sivuvaikutusten kartoitusta voisi tehdä tehokkaammin.”

Kivunhoidon kirjaamisessa koettiin myös kehittämisen tarvetta. Hoitajat eivät välttämättä aina muista kirjata onko kipulääke auttanut, varsinkaan jos on kiire. Hoitajat kokivat, että he tekevät enemmän kuin mitä kirjaavat.

” Kirjaamisessa ois aina kehitettävää. Ei me tietenkään muisteta aina kirjata, että mikä on auttanut ja jos on joku kiire, niin sitä ei aina. Me tehdään varmaan paljon enemmän kuin mitä kirjataan.”

Myös herkkyys ihmisen kohtaamisessa ja herkkyyden säilyminen nousi esille, ja että syöpäpotilaat eivät jää toisten potilaiden syrjään.

” Semmonen herkkä, herkällä mielellä kyllä, eihän sekään oo mitään uuden kehittämistä, mutta tavallaan kun ajattelee sitä, että ettei vaan ihminen tässä hoitotyössä tule semmoiseksi kyyniseksi tai jotenkin kyllästyneeksi, sitten se herkkyys ihmisen kohtaamisessa.”



Kuvio 6. Yhteenveto palliatiivisesta kivunhoidosta sairaanhoitajien kuvaamana

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä sitoudutaan noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita. Jotta opinnäytetyö on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, tulee sen noudattaa hyvää eettistä käytäntöä. Toisten tutkijoiden töitä tulee kunnioittaa, ja huomioida toiset tutkimukset omassa opinnäytetyössä asianmukaisella tavalla. Toisten kirjoittamia tekstejä ei saa plagioida, mutta ei plagioida omaa tutkimustakaan. Itseplagioinnissa tutkija muuttaa pieniä osia omasta tutkimuksestaan. Tutkimustyötä tehdessä ollaan huolellisia, jotta luotettavuus säilyy myös tutkimuksen tuloksissa. Tuloksia ei saisi kaunistella, eikä yleistää ilman perusteita. Tiedonhankinnassa ja tutkimuksessa käytetään eettisesti hyväksyttäviä menetelmiä.

(Hirsjärvi ym. 2007; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2008.)

Teoreettista viitekehystä muotoillessamme kunnioitimme alkuperäisten aineistojen kirjoittajia laittamalla tekstiin tekstin sisäiset lähdeviitteet ja loppuun kattavat tiedot lähdeluetteloon. Luotettavuutta pyrimme lisäämään tuomalla vain haastatteluista saamamme aineiston esille ilman yleistyksiä tai kaunisteluita. Aineistoa analysoidessamme meitä oli kaksi opiskelijaa kokoajan tekemässä arviointia ja miettimässä luotettavuutta, mikä helpotti työtämme. Itsekritiikki ja halu saada tuloksista esille oleellinen asia olivat kantavana voimana, kun analysoimme aineistoa pyrkien mahdollisimman totuudellisiin tulkintoihin.

Opinnäytetyötä tehdessä tärkeässä roolissa on työn luotettavuus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on keskeisessä asemassa tutkimusvälineenä, kuten myös luotettavuuden arvioinnissa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkimuksen toteuttamisen kuvaaminen opinnäytetyössä. Luotettavuuteen vaikuttaa paljon haastatteluaineiston laatu. Haastattelutilanteen kuvaaminen on tärkeää, koska mahdolliset häiriötekijät ja haastattelijan virheelliset tulkinnat saattavat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 1999; Hirsjärvi ym. 2007.)

Luotettavuutta lisää hyvin suunniteltu haastattelurunko. Myös lisäkysymyksiä on hyvä pohtia etukäteen. Haastattelut olisi hyvä käydä läpi ennen varsinaista haastattelua. Haastattelun aikana luotettavuutta lisätään huolehtimalla nauhureiden toimivuudesta ja muutenkin haastatteluympäristön häiriöttömyydestä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184–185.)

Muotoillessamme haastattelukysymyksiä pohdimme samalla myös haastattelukysymysten eettisyyttä. Emme halunneet kysymyksillä johdatella haastateltavaa vastaamaan tietyllä tavalla esittämiimme kysymyksiin, vaan halusimme saada haastattelussa esille sairaanhoitajien todel-

lisia kuvauksia kivunhoidosta. Osallistuimme myös laadullisen tiedonhaun työpajaan, jossa käsitelimme opettajien opastuksella haastattelukysymyksiä. Työpajan pohjalta teimme pientä muokkausta kysymysten asetteluun. Ennen haastatteluja harjoittelimme nauhureiden käyttöä ja kysymysten esittämistä, jotta todellisessa tilanteessa kaikki sujuisi mahdollisimman mutkattomasti. Osastonhoitaja oli meidän pyynnöstämme valinnut haastateltaviksi neljä kokenutta sairaanhoitajaa, joille hän toimitti laatimamme saatekirjeen (Liite1). Osastonhoitaja ilmoitti meille myös sairaanhoitajien työvuoroihin sopivat haastatteluajankohdat.

Opinnäytetyön tekijöitä koskee vaitiolovelvollisuus, joka säilyy myös opintojen jälkeen. Tietoa hankitaan ja käsitellään luottamuksellisesti, eikä haastatteluun osallistuville henkilöille koidu haittaa. Yksi peruskysymys tutkimusta tehdessä onkin, miten tutkimukseen osallistuvien yksityisyys suojataan. Opinnäytetyöhön ei laiteta asioita, joista tutkimukseen osallistuvat olisivat tunnistettavissa. Haastateltavien osallistuminen on vapaaehtoista, jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi. Haastateltavilla on oikeus saada riittävä tietoa opinnäytetyöstä. Tutkimuksen kulusta kerrotaan haastateltaville, kuten myös mahdollisista riskeistä tutkimuksen aikana. Tutkimukseen osallistuvan tulisi ymmärtää saamansa tieto ja olla kykenevä tekemään kypsiä päätöksiä. Tärkeää on myös tutkijan ja haastateltavien välinen luottamuksellisuus, ja että tutkija ei johdattele tutkimukseen osallistujia vastaamaan kysymyksiin tutkijaa miellyttävällä tavalla. Tutkija saa tutkimukseensa tärkeää tietoa esimerkiksi haastattelusta, mutta mitä hyötyä tutkimuksesta on tutkimukseen osallistujalle? (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39; Hirsjärvi ym. 2007.)

Ennen jokaista haastattelua varmistimme suullisesti jokaiselta sairaanhoitajalta hänen halukkuutensa osallistua haastatteluun ja lupa nauhoittaa haastattelu. Allekirjoituksellaan sairaanhoitaja vielä antoi virallisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta (Liite 2). Haastattelun alussa kerroimme teemahaastattelusta ja toivoimme hoitajien kertovan mahdollisimman avoimesti kuvauksiaan teemojen puitteissa palliatiivisesta kivunhoidosta osastolla. Painotimme myös jokaisen haastattelun luottamuksellisuutta. Nauhoitetut haastattelut hävitettiin aineiston litteroinnin jälkeen. Jokainen haastatteluun osallistuja saattoi olla varma, ettei häntä voitu tunnistaa opinnäytetyöstämme ja haastatteluissa saatua tietoa käytetään vain tätä opinnäytetyötä varten.

Haastattelimme neljää sairaanhoitajaa yksilöhaastatteluina ja toteutimme haastattelut osaston tiloissa kahden päivän aikana. Molempina päivinä haastattelimme kahta sairaanhoitajaa. Kaikissa neljässä haastattelussa molemmat opinnäytetyöntekijät olivat paikalla. Olimme sopineet, että toinen meistä esittää haastattelukysymykset sairaanhoitajille ja toinen kirjoittaa haastattelun pääasioita paperille, jos jostain syystä nauhurit eivät toimisi. Pyrimme myös molemmat seuraamaan haastattelun kulkua ja esittämään täydentäviä kysymyksiä tarvittaessa.

Ensimmäiset haastattelut tapahtuivat Meilahden sairaalassa osasto 82:lla yleisessä kahvihuoneessa. Koska kahvihuone oli yleisessä käytössä, tapahtui haastatteluiden aikana muutama keskeytys, joilla saattaa olla vaikutusta haastateltavan keskittymiskykyyn ja sitä kautta saatuun materiaaliin. Myös nauhoituksessa näissä kohdin oli vaikea saada selvää mitä hoitaja sanoi. Toiset haastattelut toteutettiin Meilahden sairaalassa osasto 82:lla osastonhoitajan huoneessa. Toisten haastatteluiden aikana ei tapahtunut yhtään keskeytystä. Muilta osin haastattelut sujuivat hyvin. Esitimme kysymykset teemoittain ja teimme tarkentavia kysymyksiä haastattelun kuluessa. Haastatteluiden onnistumiseen on tietysti saattanut vaikuttaa kokemattomuutemme haastattelun tekijöinä.

Sairaanhoitajat olivat kokeneita työssään, mikä on luotettavuutta lisäävä tekijä. Haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat olivat työskennelleet osastolla jo pitkään ja heidän keskuudessaan kivunhoidon osaaminen olikin hyvää. Tulokset antavatkin kuvan jo kokeneiden sairaanhoitajien toteuttamasta kivunhoidosta. Uusien sairaanhoitajien keskuudessa palliatiivisen kivunhoidon osaamisen taso ei välttämättä ole yhtä korkea. Voimme kuitenkin olettaa, että jokaisessa työvuorossa on aina myös kokeneempia sairaanhoitajia töissä. Kokeneilta sairaanhoitajilta voi kysyä apua ja oppia uusia asioita kivunhoidosta.

Haastatteluiden jälkeen litteroimme haastatteluaineiston eli kirjoitimme auki nauhureilta puhutun aineiston sana sanalta kirjalliseen muotoon. Haastatteluiden auki kirjoittamisen suoritimme kotonamme, jolloin ulkopuolisilla henkilöillä ei ollut mahdollisuutta kuulla haastatteluita. Haastatteluiden äänittämisen ja auki kirjoittamisen avulla saatoimme palata haastatteluissa saatuun aineistoon jälkikäteen, mikä toi lisäarvoa opinnäytetyömme luotettavuudelle. Litteroidun materiaalin analysoimme sisällönanalyysiä käyttäen heti seuraavan viikon aikana haastatteluiden teon jälkeen. Koska haastatteluista oli kulunut vain lyhyt aika, helpottui oleellisten asioiden esille otto aineistosta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös analysoinnin vaiheet. Sisällönanalyysin pelkistämisen vaarana on, että pelkistetyt ilmaukset eivät kuvaakaan tutkittavaa asiaa tarpeeksi luotettavasti. Luokittelun tulisi kuitenkin olla luotettava, jotta aineistosta voitaisiin tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Jotta luotettavuutta voitaisiin sisällönanalyysissä lisätä, voi käyttää esimerkiksi face-validiteettia. Siinä tulokset esitellään henkilölle, jotka ovat tietoisia tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Tässä opinnäytetyössä ei face-validiteettiä käytetty sisällönanalyysivaiheessa. Tulokset kuitenkin esitetään lopuksi osaston henkilökunnalle. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36–37.)

Sisällönanalyysin avulla pyrimme saamaan litteroidusta tekstistä vastauksia tutkimuskysymykseemme. Luimme molemmat opinnäytetyöntekijät tekstit läpi ja poimimme mielestämme

oleellimmat asiat esille alkuperäisilmauksiksi. Vertaisarvioinnilla pyrimme luotettavuuden lisääntymiseen ja oleellisen tiedon esille tuloon. Yhdessä päätimme mitkä litteroidun aineiston kohdat vastasivat tutkimuskysymykseemme ja mikä tieto oli tutkimuskysymyksemme ulkopuolella. Vertaisarvioinnin lopputuloksena huomasimme keränneemme aineistosta lähestulkoon yhtenevät kohdat. Pelkistettyjen ilmausten luokittelussa alakäsitteiden kautta yläkäsitteisiin pyrimme jatkuvasti pohtimaan alkuperäisen ilmauksen viestiä. Analyysiprosessin lopussa hävitimme kaikki haastatteluissa keräämämme aineistot. Aineistoanalyysin mahdollisimman oikeaoppisen toteuttamisen takaamiseksi osallistuimme laadullisen analyysin pajaan, jossa kävimme opettajien opastuksella läpi tärkeimpiä kohtia sisällönanalyysistä ja sen soveltamisesta opinnäytetyöhömmme.

Sisällönanalyysin kautta saamiemme tulosten pohjalta kirjoitimme raportin, jossa pyrimme luotettavuuden parantamiseksi käyttämään kattavasti alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmauksien kirjoittamismuotoa pohdimme yhdessä opettajamme kanssa. Tutkimustuloksia ja johtopäätöksiä kirjoittaessamme etenimme teemoittain haastattelurunkoa mukailien. Tutkimustuloksissa esitimme haastatteluissa esille tulleet oleelliset tulokset. Johtopäätöksissä pyrimme miettimään miten teoria kohtaa tulokset ja mitä niiden pohjalta voidaan päätellä. Tuloksia tulkittessamme pyrimme mahdollisimman luotettavaan tulkintaan pitäen jatkuvasti mielessä tutkimuksen eettisyys- ja luotettavuustekijät, sekä vastuamme aineiston analysoijina.

6.2 Tulosten pohdinta

Sairaanhoitajat kuvasivat tärkeimmäksi kivunhoitomuodoksi lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät. Jokainen hoitaja osasi kertoa kattavasti lääkehoidon toteutuksesta palliatiivisessa syöpäkivun hoidossa. Sairaanhoitajat tunsivat WHO:n suositukset ja osasivat kertoa myös ajan-kohtaista tietoa suosituksista. Sairaanhoitajat myös tiedostivat muiden lääkkeiden, kuten psyykelääkkeiden ja unilääkkeiden, osuuden palliatiivisessa kivunhoidossa. Myös opioidien sivuvaikutuksena ilmenevän ummetuksen ennaltaehkäisevä laksatiivien käyttö tuli esille.

EPIC 2007 tutkimuksessa ilmeni, että Suomessa vahvojen opioidien käyttö on Euroopan alhaisinta tasoa. Samassa tutkimuksessa myös selvisi, että Suomessa 75% tutkimukseen osallistuneista syöpäpotilaista kärsi päivittäin kipua. (Paineurope.com 2007.) Tulosten mukaan kuitenkin osastolla 82 lääkkeellinen kivunhoito on tehokasta. Sairaanhoitajien kuvaukset osoittavat, että potilaan kivunhoitoa pidettiin tärkeänä, eikä myöskään vahvojen lääkkeiden käyttöä säästetty tilanteissa, joissa potilaalla oli kovat kivut. Potilaita myös kerrottiin, ettei kipu tarvitse kärsiä, vaan kipu pyritään hoitamaan tehokkaasti. Tämä onkin merkittävää, sillä tietoisuus kivun hoidon mahdollisuuksista vähentää potilaan kokemaa ahdistusta (Hovi & Salanterä 2000, 10–12). Sairaanhoitajien tiedot ja taidot kivunhoidosta ovat oleellisia, koska sairaanhoitajat toimivat välittäjinä potilaan voinnista lääkärille (Lahti ym. 2007, 35–38). Oleellista on-

kin, että sairaanhoitajat omaavat hyvät tiedot ja taidot kivunhoidosta, jotta hän pystyy toimimaan tehokkaasti potilaan kivun poistamiseksi, koska kivun hoitamatta jättäminen tai kivunhoidon aloittamisen pitkittyminen lisäävät potilaan kokemaa kärsimystä (Hovi & Salanterä 2000, 10–12).

Palliatiivisen kivunhoidon menetelmissä tuli esille moniammatillisen tiimin toiminta potilaan hyväksi. Lääkäreiden toiminnasta mainittiin kipusädehoito ja kipualueiden puuduttaminen. Fysioterapeutin työstä puolestaan TNS-hoidot ja pulloonpuhallusharjoitukset. Kipuhoitajan konsultaatio koettiin myös tärkeänä osana hyvää kivunhoitoa. Muista ammattikunnan jäsenistä hengellisen ja psyykkisen tuen toteuttajina esille tulivat pappi ja psykiatrisen alan ammattilaiset. Sosiaalityöntekijä mainittiin osana potilaan taloudellisen selviytymisen tukemista. Sairaanhoitaja, joka tiedostaa eri alojen osaamisen, voi käyttää vahvaa verkostoa potilaan hyvinvoinnin lisäämiseksi. Oleellista moniammatillisessa toiminnassa on potilaan ongelmien laaja-alainen käsitteleminen ja ongelma-alueissa potilaan tukeminen jokaisen ryhmän jäsenen asiantuntemuksen mukaan (Lauri 2000, 280–281). Töölön sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa sairaanhoitajien vastuu kivunhoidosta koettiin suureksi ja he toivoivatkin moniammatillisen tiimin yhä vahvempaa osallistumista potilaan kivun hoitamiseen. (Lahti ym. 2007, 35–38.) Tulokset osoittavat, että osastolla moniammatillisen tiimin keinoista hoitaa kipua tiedetään.

Sairaanhoitajan työnkuvan tärkeimpinä elementtejä pidettiin potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimista johon kuului fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuuden huomioiminen. Sairaanhoitajat toteuttavat työssään potilaan perushoitoa, jolla voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa sairaudesta riippuvia tai sairaudesta johtuvia kipuja. Perushoidon toiminnoista mainittiin muun muassa suun ja ihon kunnosta huolehtiminen, asentohoito ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Kaikki hoitajat mainitsivat myös kylmähoidon palliatiivisen kivunhoidon keinoksi. Sairaanhoitajan läsnäolo ja keskusteleminen potilaan kanssa koettiin tärkeäksi osaksi potilaan hyvinvointia. Herkkyys hoitotyössä auttaa hoitajaa ottamaan potilaan tarpeet huomioon yksilöllisesti, sillä pienet asiat voivat olla potilaalle oleellisia ja lisätä näin elämäniloa. Potilaalle saatetaan hakea kanttiinista jäätelöä tai hoitaja voi hieroa potilaan hartioita. Sairaanhoitajien kuvauksissa tulee esille myös perheen merkitys potilaan hyvinvoinnille.

Yksilöllinen potilaan tarpeiden huomioiminen koettiin potilaan tarpeista lähteväksi hoitotyöksi. Jokainen potilas on yksilö, jonka tarpeista hoito toteutetaan. Ennen kaikkea palliatiivisessa hoidossa tulee tukea potilaan yksilöllisiä tarpeita, sillä itse sairaus ja osastohoito luovat voimakkaita rajoitteita potilaan yksityisyydelle. Sairaanhoitajat voivat tukea potilaan yksilöllisyyttä muun muassa sallimalla potilaalle omien vaatteiden pitämisen ja oman paikan somistamisen mieleisekseen. Potilaan omatoimisuus mahdollistetaan sähkösängyn avulla lisäämällä näin potilaan riippumattomuutta hoitajista. Turvallisuuden tunteen ylläpitämistä tukevana

koettiin soittokellon olemassaolo, jolla potilas saattoi tarvitessaan kutsua apua. Potilaan ei välttämättä tarvinnut soittokelloa, mutta tietoisuus soittokellon olemassaolosta lisäsi potilaalle turvallisuuden tunnetta.

Tulosten mukaan jokainen sairaanhoitaja osasi kuvata kylmäpussit ja hoitajan antaman tuen osana palliatiivisen kivunhoidon ei-lääkkeellisiä hoitokeinoja. Muilta osin palliatiivisen kivunhoidon ei-lääkkeelliset muodot eivät tulleet kattavasti esille kaikkien haastatteluihin osallistuneiden hoitajien kuvauksissa. Vain yksittäiset hoitajat mainitsivat ennaltaehkäiseviä kivunhoidon keinoja, vaikka palliatiivisessa kivunhoidossa ennaltaehkäisyllä voidaan säästää potilas paljon kärsimykseltä. Johtopäätelmänä esittäisimmekin, että vaikka lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät tunnetaan hyvin on osastolla tarvetta ei-lääkkeellisten hoitokeinojen osaamisalueiden lisäämiseen.

Osastolla kipua arvioitiin aktiivisesti ja monipuolisesti. Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat käyttivät VAS- tai NRS-mittaria kivun arvioimisessa. Kipua arvioitiin myös sanallisesti tai potilaan eleitä ja ilmeitä seuraamalla. Myös omaisilta saatetaan kysyä heidän arviotaan läheisensä kivuliaisuudesta. Kipua arvioitiin säännöllisesti vähintään kerran oman työvuoron aikana. Kipua arvioitiin levon lisäksi myös potilaan liikkussa, kuten aamutoimien yhteydessä. Ylimääräisen kipulääkkeen annon jälkeen kipua arvioidaan uudestaan ja varmistetaan, että kipulääke on auttanut esimerkiksi läpilyöntikipuun. Kipumittareita käytetään aktiivisesti, toisin kuin esimerkiksi Lahden ym. (2007, 35–38) tekemässä tutkimuksessa Töölön sairaalaan. Tutkimuksen mukaan vain 4 % kyselyyn vastanneista hoitajista kertoi käyttävänsä kipumittaria säännöllisesti kivun arvioinnissa.

Haastattelussa tuli ilmi, ettei haastatteluun osallistuneilla hoitajilla ollut tietoa ESAS-mittarista. ESAS-mittarilla kartoitetaan kivun lisäksi myös muita syöpäpotilaiden oireiden laatua, kuten hengenahdistusta ja ummetusta. (Salminen 2007, 24–26.) Higginsonin ja Senguptan (2000, 287–300) tutkimuksen mukaan kivun lisäksi hengitysongelmia ja muita oireita oli huomattavan isolla osalla potilaista. Jos osastolla kehitettäisiin kivunhoitoa entisestään yhteistyössä kipupoliklinikan kanssa, olisi hyödyllistä saada osastolla tietoa uusimmista tutkimuksesta ja tämän myötä myös uusista kivunhoidon kehittämisen kohteista.

Kaikki haastateltavat kertoivat kirjaavan kivun arvioinnin potilaspapereihin. Kirjaus tehdään muiden päivittäisten kirjausten kanssa samalle hoitosuunnitelmalehdelle. Erillistä kivun arvioinnin kaavaketta osastolla ei käytetä esimerkiksi NRS-merkinnöille. Haastattelussa tuli ilmi, että pitkään osastohoidossa olleiden syöpäpotilaiden kivun arviointia ei välttämättä tule kirjattua yhtä aktiivisesti potilaspapereihin kuin lyhyemmässä osastohoidossa olevien syöpäpotilaiden kohdalla, varsinkin jos potilaat vaikuttavat yleisilmeeltään kivuttomilta. Syöpäpotilaat saattavat tulla osastolle kipulääkkeen titrausta varten, jolloin kivun arviointi ja kirjaaminen

korostuu ja on aktiivisempaa. Pitkäaikaiset syöpäpotilaat saattavat jäädä kivun arvioinnissa ja kirjaamisessa näiden potilaiden varjoon. Toisaalta yksi hoitaja ilmaisi, että ajoittain hän kysyy ehkä liiankin usein kivusta, mikä voi saada hänen mukaansa potilaat turhautumaan Kivunhoidon kehittämisehdotuksissakin tuli esille kirjaamisen kehittäminen. Kaikkea tehtyä ei tule välttämättä kirjattua potilasapereihin, joten puutteita ilmeni kipulääkkeen vaikuttavuuden kirjaamisessa.

Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli hyvin tiedossa millaista kipua saattaa esiintyä keuhkosityöpöpotilaalla. Metastaasien aiheuttamasta kivusta, kuten päänsärystä ja luustokivusta, oli kattavasti kerrottu. Myös kiputyyppejä mainittiin kattavasti vihlovasta kivusta jomottavaan kipuun. Esille tuli hyvin selvästi, että hoitajat olivat hyvin tietoisia, että palliatiivisessa hoidossa olevalla keuhkosityöpöpotilaalla esiintyy monenlaista kipua eri paikoissa elimistöä, ja että kipu on voimakasta ja yksilöllistä. Haastattelussa mainittiin myös kivun huomioiminen hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten yhteydessä ja siihen tarvittaessa annettava ylimääräinen kipulääkitys.

Kivunhoidon kehittämisehdotuksista moni hoitaja koki tärkeänä yhteistyön kehittämisen kipupoliklinikan kanssa. Yhteistyötä tehdään koko ajan, mutta sitä voisi kehittää vielä entisestään. Toiveena oli myös, että yhteistyötä tekevät ja koulutuksissa käyvät hoitajat toisivat tietoa paremmin myös muiden hoitajien tietoon ja heitä voisi konsultoida tarvittaessa. Tutkimuksia, kuten opinnäytetöitä, toivottiin myös lisää, jotta ne herättäisivät kiinnostusta ja asioista puhuttaisiin enemmän. Myös koulutusta toivottiin lisää, koska asioita saattaa unohtua nopeasti. Kivunhoidon tärkeyden korostamista toivottiin.

Lääkkeiden sivuvaikutusten tehokkaampi kartoittaminen nousi yhtenä asiana hoitajien kehittämisehdotuksissa. Lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutuksia ei välttämättä tule aktiivisesti kysyttyä potilailta, ellei potilas itse tuo niitä esille. Sivuvaikutusten tiedostaminen ja potilaalta kysyminen on kuitenkin tärkeä osa palliatiivista kivunhoitoa, koska esimerkiksi ummetus saattaa pahentaa kipua.

Tärkeänä asiana koettiin, että hoitajan herkkyys säilyisi hoitotyössä. Herkkyiden säilyminen potilastyössä on tärkeää, jotta hoitajasta ei tule kyyninen ja kyllästynyt. Haastattelussa mainittiin myös, että olisi hyvä, etteivät syöpäpotilaat jäisi muiden potilaiden varjoon, vaan että he olisivat tasavertaisia muiden potilaiden kanssa.

Sairaanhoitajat toivat esille kehittämiskohteina lääkkeiden sivuvaikutusten kartoittamisen, sekä yhteistyön muiden potilasta hoitavien kanssa. Moniammatillinen yhteistyö saattaisikin olla yksi keino osaamisen syventämiseen. Vaikka hoitajat osasivatkin kertoa eri ammattien työn kuvasta voisivat he ammattiryhmien yhteistyöllä syventää myös omaa osaamistaan poti-

laan monipuolisesta hoitamisesta ja erilaisten oireiden ennaltaehkäisystä. Näin eri alojen osaajat voisivat oman ammatillisen osaamisen puitteissa ja yhteistyön myötä hoitaa potilasta yhä paremmin ja myös jakaa osaamistaan toistensa kanssa.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme antoi tietoa siitä, miten sairaanhoitajat kuvaavat palliatiivisen keuhkosityöpöpotilaan kivunhoitoa. Jatkotutkimusaiheena olisi tehdä vastaava opinnäytetyö potilaiden näkökulmasta. Potilaiden kuvauksia saamastaan kivunhoidosta voitaisiin vertailla hoitajien kuvauksiin ja pohtia miten ne kohtaavat. Myös omaisten näkökulmasta tehtävä tutkimus voisi olla mielenkiintoinen, kun kyseessä on jo saattohoidossa oleva potilas, joka ei välttämättä pysty itse enää kysymyksiin vastaamaan.

Usealla sairaanhoitajalla tuli esille yhteistyön kehittäminen muun muassa kipupoliklinikan kanssa vielä entistä enemmän. Jatkotutkimusaiheena tästä voisikin nousta opinnäytetyö, joka perehtyisi osaston ja kipupoliklinikan tekemään yhteistyöhön, mitä se käytännössä tarkoittaa ja miten sitä voitaisiin kehittää.

Lähteet

- Axelsson, B. Danielson, E. & Melin-Johansson, C. 2006. Living With Incurable Cancer at the End of Life—Patients' Perceptions on Quality of Life.
<http://ovidsp.tx.ovid.com/spb/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=JIHOFPNOPNDDHGDKNCF LNECKKNDEAA00&returnUrl=http%3a%2f%2fovidsp.tx.ovid.com%2fspb%2fovidweb.cgi%3f%26Titles=S.sh.37|2|10%26FORMAT=title%26FIELDS=TITLES%26S=JIHOFPNOPNDDHGDKNCF LNEhtt>.
 Luettu 28.8.2009.
- Käypä hoito. 2008. Keuhkosyöpä.
http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=6&p_navi=1303&p_url=http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.suosituksset. Luettu 5.8.2009.
- Eriksson, E. & Lauri, S. 2000. Potilaan selviytymisprosessi. Teoksesta Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 43-60.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.
<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>. Luettu 3.5.2009.
- ETENE. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.
<http://www.etene.org/dokumentit/saattohoito.pdf>. Luettu 5.4.2009.
- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on?
http://www.fimnet.fi/finnest/lehdet/2003/no_1/a_hamunen.pdf. Luettu 30.10.2009.
- Hamunen, K. & Heiskanen, T. 2009. Syöpäkipu ja elämänlaatu.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkaiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV_1_09_SYOP AK_ELAMANL.pdf. Luettu 28.8.2009.
- Hagelberg, N. Kauppila, M. Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Hietanen, P. 2004. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: DUODECIM, 213-221.
- Higginson, IJ. & Sen-Gupta, GJ. 2000. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Pall Med* 3/2000, 287-300.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otava.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 136-185.
- Holli, K. 2000. Palliatiivinen lääketiede. Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys. Jäsenlehti n:o 10, 3-4.
- Holli, K. 2002. Keuhkosyöpäpotilaan oireidenmukainen hoito. Suomen lääkärilehti 30-32/2002, 2999-3001.
- Holli, K. 2006. Syöpä 2015.
<http://cancerfbin.directo.fi/@Bin/792e997c603050931a2c83355402db6d/1238247831/application/pdf/1543951/Syopa2015.pdf>. Luettu 30.3.2009.
- Hovi, S-L. & Salanterä, S. 2000. Sairaanhoidaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. *Sairaanhoidaja*. 1/2000, 10-12.

Hovi, S-L. Salanterä, S. & Routasalo, P. 2000. Kivunarviointi. Sairaanhoidaja 1/2000, 20-22.

Hovi, S-L. 2000. Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Teoksesta Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 113-128.

HUS. 2008. Osasto 82.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,621,727,976,979>. Luettu 31.3.2009.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipua ja kärsimys. Helsinki: DUODECIM.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: DUODECIM.

Hänninen, J. 2008. Saattohoito-opas.

<http://www.cancer.fi/@Bin/23290203/Saattohoito-opas2008.pdf>. Luettu 28.8.2009.

IASP. 2008. Global year against cancer pain.

http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Global_Year_Against_Cancer_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=7082.

Luettu 25.5.2009.

Idman, I. 2004. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: DUODECIM, 206-213.

Kaleva, J. 2002. Palliatiivinen hoito.

<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/020418.htm> 22. Luettu 26.3.2009.

Kiuru, M. 2003. Sairaanhoidajille tehdyn kyselyn satoa.

http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/Sairaanhoitajille_tehdyn_kyselyn_satoa.pdf. Luettu 25.4.2008.

Knuuttila, A. 2005. Thoraxalueen kasvaimet. Teoksessa Kinnula, V. Brander, P.E., & Tukiainen, P. (toim.) Keuhkosairaudet. Hämeenlinna: Duodecim, 571-588.

Lahti, T. Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 1/2007, 35-38.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21-43.

Lauri, S. 2000. Moniammatillinen yhteistyö. Teoksesta Eriksson, E. &

Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY, 280-288.

Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Suomen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja 235. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Mäkitaro, R. 2007. Keuhkosyövän oireet ja diagnostiikka. Suomen Lääkärilehti 13/2007, 1355-1357.

Nal, H. & Pakanen, V. 2001. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito.

http://www.fimnet.fi/finnest/lehdet/2001/no_4/a_nal.pdf. Luettu 29.3.2009.

Niskanen, A. 2008. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. (WWW-dokumentti).

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=shk01640. Luettu 30.8.2009.

- Paineurope.com. 2007. Final Results Presentation. European Pain in Cancer (EPIC) Global Results Presentation.
http://www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/final_results_presentation. Luettu 22.9.2009.
- Pyrhönen, S. 2007. Keuhkosyöpä jää edelleen parantamatta. Suomen Lääkärilehti 13/2007, 135.
- Pöyhiä, R. 2004. Syöpäpotilaan läpilyöntikipu. Suomen Lääkärilehti. 7/2004, 629-632.
- Saarto, T. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: DUODECIM, 103-123.
- Salminen, E. 2007. Tunnetmeko syöpäpotilaan kivun? Kipuviesti 1/2007, 24-26.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki työryhmän muistio.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1214211442205/passthru.pdf>. Luettu 24.4.2009.
- Strauss, A. & Corbin, J. 1998. Basics of Qualitative Research. Sage Publications, 292.
- Syöpäjärjestöt. 2005. Keuhkosyöpä.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/keuhkosyopa/>. Luettu: 30.3.2009.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi, 108-113.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.
<http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>. Luettu 30.4.2009.
- Vainio, P. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: DUODECIM, 58-103.
- Valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.
<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>. Luettu: 3.5.2009
- Vuorinen, E. 2007. Syöpäpotilaan kivunhoidossa riittää haastetta.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julaiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV_2_07_SYOP_AP_KIVUN.pdf. Luettu 20.4.2009.
- Vuorinen, E. 2009. Syöpäkivun vuosi.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julaiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV_1_09_SYOP_AK_VUOSI.pdf. Luettu 30.4.2009.
- Well Life Center. 2007. Tulevaisuuden ohjaus- ja neuvontapalvelujen kehittäminen Kolmiosai-
 raalassa.

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Saatekirje

Hyvä sairaanhoitaja.

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa Otaniemen yksikössä, sairaanhoitajiksi ja opin-
näytetyömme aihe on sairaanhoitajien kuvauksia palliatiivisessa hoidossa olevien keuh-
kosyöpöpotilaiden kivunhoidosta. Opinnäytetyömme on osa Hus-kuntayhtymän/Hyks Medisiini-
sen tulosityksikön ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen paikallisyksikön Kolmiosairaala-
hanketta. Tutkimuksemme toteutetaan haastattelemalla Meilahden sairaalan osasto 82:n nel-
jää sairaanhoitajaa. Haastattelujen arvioitu kesto on noin 1.5-2 tuntia. Kaikkien haastattelui-
hin osallistuvien tiedot käsitellään luottamuksellisina. Haastattelun teemoina on keuh-
kosyöpöpotilaan palliatiivisen kivunhoidon toteutus, arviointi ja kehittäminen.

Työmme tarkoituksena on kartoittaa osastolla sairaanhoitajien toteuttamaa kivunhoitoa ja
toivomme, että ystävällisesti osallistutte tutkimukseemme. Vastaamme mielellämme teitä
askarruttaviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Annamaaria Lammi
Annamaaria.lammi@laurea.fi
040-7246591

Petra Auramo
Petra.auramo@laurea.fi
045-2754479

Liite 2 Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Suostumus haastatteluun osallistumisesta

Opinnäytetyön nimi on Sairaanhoidajan kuvauksia palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosityöpöpotilaiden kivunhoidosta. Tutkielman tekijät ovat sairaanhoitajaopiskelijat Petra Au-ramo ja Annamaaria Lammi.

Olen tietoinen yllä mainitun opinnäytetyön tarkoituksesta ja että tutkimusmenetelmänä käytetään haastattelua. Osallistumiseni haastatteluun on vapaaehtoista. Minulle ei koidu haastatteluun osallistumisesta kustannuksia. Henkilöllisyyttäni ei saa opinnäytetyön tekijöiden lisäksi kukaan muu tietää, ja haastatteluaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Suostun haastateltavaksi ja siihen että haastattelussa antamiani tietoja käytetään opinnäytetyöhön. Voin keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumiseni missä vaiheessa tahansa, eikä minun tarvitse perustella keskeyttämiseni syytä.

Päiväys Allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 3 Haastateltavien taustatietolomake

Haastateltavien taustatietolomake

Ikä:

- 25-35 vuotta
 36-45 vuotta
 46-55 vuotta
 56-65 vuotta

Koulutus:

- Sairaanhoitaja (opistotaso)
 Sairaanhoitaja (AMK)
 Erikoissairaanhoitaja
 Muu; mikä? _____

Työkokemus:

Terveystieteiden alalla _____ vuotta

Palliativisessa hoidossa olevien keuhkosyöpäpotilaiden hoito _____ vuotta

Liite 4 Haastatteluteemat ja -kysymykset sairaanhoitajille

Haastatteluteemat ja -kysymykset sairaanhoitajille

1. Kivunhoidon toteutus

Millä eri menetelmillä kivunhoitoa toteutetaan osasto 82:lla palliatiivisessa hoidossa olevien keuhkosityöpöpotilaiden hoidossa?

2. Kivunhoidon arviointi

Millä eri menetelmillä arvioidaan keuhkosityöpöpotilaan kipua?

3. Kivunhoidon kehittäminen?

Miten palliatiivista kivunhoitoa voitaisiin mielestäsi kehittää osastolla?

Liite 5 Sisällönanalyysi

Pelkistetty ilmaus (kaikki)	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Syöpäkivun porrasteinen lääkehoito -Lääkkeenantoreitit - Invasiivinen kivunhoito -Hermo-kipulääke - Läpilyöntikivun hoito - Psykelääkkeet kivunhoidossa - Riittävä kivun lääkehoito 	Lääkkeellinen kivunhoito	Palliativinen kivunhoito
<ul style="list-style-type: none"> - Puudutteet kivunhoidossa - Kipu-sädehoito - Laksatiivit osana vahvojen opiaattien käyttöä - Unilääkkeet osana kokonaishoitoa 	Oireita helpottavat kivunhoitomenetelmät	Palliativinen kivunhoito
<ul style="list-style-type: none"> - Suun kunnosta huolehtiminen - Ihon kunnosta huolehtiminen - Asentohoito - Kylmähoito - Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen 	Ei-lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät hoitotyössä	Palliativinen kivunhoito
<ul style="list-style-type: none"> - Esimerkki valinnanvapaudesta - Potilaan tarpeiden huomioiminen - Pienet asiat elämän ilon lähteinä - Yksilöllisyyden huomioiminen - Potilaan omatoimisuuden tukeminen - Taloudellinen selviytyminen 	Yksilöllisyyden tukeminen	Yksilön huomioiminen palliativisessa kivunhoidossa
<ul style="list-style-type: none"> - Hengellinen tukeminen - Henkisen tuen merkitys kivunhoidossa - Turvallisuuden tunteen tukeminen - Psykkinen tukeminen 	Psykkinen hyvinvointi	Yksilön huomioiminen palliativisessa kivunhoidossa
<ul style="list-style-type: none"> - Kivun laadun kirjaaminen. - Kipujen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan - Ylimääräisten kipulääkkeiden kirjaaminen 	Kivunhoidon kirjaaminen	Kivunhoidon arvioiminen
<ul style="list-style-type: none"> - Säännöllinen kivun mittaaminen - Kipulääkkeen vaikutuksen arviointi ennen ja jälkeen. - Kivun arviointi levossa ja liikkeessä - Kivun arviointi hoitotoimien yhteydessä 	Kivun muuttumisen arvioiminen	Kivunhoidon arvioiminen

<ul style="list-style-type: none"> - Kivun arviointi mittareiden avulla ja sanallisesti. - Kivun arviointi potilaan eleitä arvioimalla. - Omaisten kuunteleminen kivun arvioinnissa. 	Kivun arviointimenetelmät	Kivunhoidon arvioiminen
<ul style="list-style-type: none"> - Yhteistyön kehittäminen - Kirjaamisen kehittäminen - Jatkuva koulutus - Monipuolisen kivunhoidon kehittäminen - Lääkkeiden sivuvaikutusten kartoittaminen 	Yhteisön kehittäminen	Palliativisen kivunhoidon kehittäminen
<ul style="list-style-type: none"> - Kivun olemassaolon tiedostaminen - Hoitajien herkkyyden säilyminen syöpäpotilaan kivunhoitajana - Tieto erilaisista kiputyypeistä - Syöpäpotilaiden kivunhoidon korostaminen - Uudenlaisten kiputilojen havaitseminen 	Sairaanhoitaja työnsä kehittäjänä	Palliativisen kivunhoidon kehittäminen