

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Anu Kurki

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA SYÖPÄPOTILAAN KIVUN-
HOIDON ONGELMATILANTEISTA JA NIIHIN LIITTYVÄSTÄ KON-
SULTAATIOSTA

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Anu Kurki

Nimeke

Sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteista ja niihin liittyvästä konsultaatiosta

Toimeksiantaja

Paletti - Palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa -hanke

Tiivistelmä

Suomessa elää tällä hetkellä 200 000 ihmistä, joilla on todettu syöpä. Vuonna 2011 Pohjois-Karjalassa todettiin 890 uutta syöpätapausta. Kipu on syövän oireista merkittävin ja potilaiden keskuudessa pelätyin. Kivunhoidon ongelmatilanteet liittyvät esimerkiksi kivunhoidolliseen pätevyyteen, kivun hallintaan ja kivunhoidon organisointiin. Sairaanhoitaja toimii aina syöpäpotilaan edustajana. Hänen tulee tarvittaessa konsultoida lääkäreitä kivunhoidon ongelmatilanteiden selvittämiseksi.

Tämän laadullisena tutkimuksena toteutetun opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet, millainen on syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne ja miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin kehittää. Teemahaastattelun avulla kerätty aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

Kivunhoidon ongelmatilanteet liittyivät kipulääkitykseen, läpilyöntikipuihin, potilaan kipuihin väsymiseen, lääkintälaitteiden vääränlaiseen käyttöön ja hoitajien riittämättömyyden perehdytykseen. Konsultaation nykytilanne koettiin hyväksi, mutta siinä nähtiin myös kehittämisen kohteita. Kehittämiskohteiksi nousivat siirtymävaiheen tiedonsaanti ja sairaanhoitajien yhteistyö eri tahojen kanssa.

Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää syöpäpotilaan kivunhoidon konsultaatiokäytänteiden kehittämisessä. Jatkotutkimusta voisi tehdä esimerkiksi syöpäpotilaiden ja omaisten kokemuksista kivunhoidon ongelmatilanteista.

Kieli
suomi

Sivuja 49

Liitteet 6

Asiasanat

syöpä, syöpäpotilas, kivunhoidon ongelmatilanteet, konsultaatio



THESIS
October 2013
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
tel. +358 50 405 4816

Author
Anu Kurki

Title
Nurses' Experiences of Cancer Patients' Pain Management Problems and related Consultation

Commissioned by
Paletti - Strengthening of the know-how and development of structures in palliative and terminal care as expert collaboration in the province of North Karelia -project

Abstract

At the moment, there are 200,000 people in Finland suffering from cancer. In 2011, 890 new cancers were diagnosed in North Karelia. Pain is the most significant symptom of cancer and, also, the most feared symptom among cancer patients. Problems in pain management in the treatment of cancer concern, for example, competence related to treating and assessing the severity of pain, pain management and organizing of pain management. A nurse is always the representative of a cancer patient and when necessary, the nurse should consult a doctor in order to solve problematic situations in pain management.

This thesis was carried out as a qualitative research. The purpose of the thesis was to find out what kind of pain management problems the nurses had faced with cancer patients, what the current state of consultation in pain management is like, and how consultation practices could be developed. Research material was collected by theme interviews and analyzed thematically.

It was discovered that the problems in pain management concerned pain medication, breakthrough pain, patients' exhaustion with pain and nurses' inadequate familiarization with pain management. The current state of consultation was described being good but there was still some room for development concerning e.g. the transitional phase of patient and nurses' co-operation with doctors, colleagues, patients and their close relatives.

The results of the thesis can be used in developing pain management consultation practices. Further research could be conducted on patients and their close relatives' experiences of pain management and related problems.

Language
Finnish

Pages 49

Appendices 6

Keywords

cancer, cancer patient, pain management problems, consultation

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Syöpätaudit.....	6
2.1	Syöpä	6
2.2	Syöpätaudit Suomessa	7
2.3	Syöpätilanne Pohjois-Karjalassa.....	8
2.4	Syöpäpotilaan hoito	9
2.5	Syöpäpotilaan kivun hoitotyö	11
3	Syöpäpotilaan kivunhoito	12
3.1	Syöpäkipu.....	12
3.2	Syöpäkipun lääkehoito	13
3.3	Syöpäkipun lääkkeetön hoito	15
3.4	Syöpäkipun onkologinen hoito	16
3.5	Syöpäkipun anestesiologinen ja neurokirurginen hoito.....	17
3.6	Syöpäkipun tutkiminen, arviointi ja kirjaaminen	18
3.7	Syöpäkipun hoidon ongelmatilanteet	19
4	Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito	21
4.1	Palliatiivinen hoito	21
4.2	Syöpäkipupotilaan oikeudet	23
5	Konsultaatio ja moniammatillinen yhteistyö kivunhoidossa	23
5.1	Konsultaatio.....	23
5.2	Moniammatillinen yhteistyö kivunhoidossa	25
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	26
7	Opinnäytetyön toteutus	26
7.1	Laadullinen tutkimus	26
7.2	Tutkimushaastattelu.....	27
7.3	Kohderyhmä ja aineiston hankinta	29
7.4	Teemoittelu.....	30
8	Opinnäytetyön tulokset	32
8.1	Kivunhoidon ongelmatilanteet.....	32
8.2	Konsultaation nykytilanne	34
8.3	Konsultaation kehittäminen	37
9	Pohdinta	39
9.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	39
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus	41
9.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	42
9.4	Opinnäytetyön oppimisprosessi	45
9.5	Jatkotutkimusehdotukset	46
	Lähteet	47

Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
Liite 2	Teemahaastattelurunko haastattelijalle
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Teemahaastattelurunko haastateltavalle
Liite 5	Esimerkki teemoittelusta
Liite 6	Teemat ja alateemat

1 Johdanto

Suomalaisista joka kolmas tulee sairastumaan jossain elämänsä vaiheessa syöpään. Syöpä on maamme toiseksi yleisin kuolinsyy, vaikka syövästä paranemisen ennuste onkin parantunut. Tällä hetkellä Suomessa elää yli 200 000 ihmistä, joilla on todettu syöpä. Vuosittain noin 10 000 ihmistä kuolee syöpään, joka onkin peruskuolemansyynä lähes joka viidennessä kuolemantapauksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 13 - 14.)

Kipu on laadullisesti ja määrällisesti merkittävin syövän oireista. Potilaat pelkäävät syövässä eniten juuri kipua. Voimakkaita kipuja esiintyy noin puolella kaikista syöpäpotilaista ja noin 75 prosentilla on kipuja sairauden loppuvaiheessa. Syöpäpotilaan kivun voi aiheuttaa itse syöpä, sen hoidot tai kivut voivat johtua jostakin muusta syystä. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 6.) Kivunhoidon ongelmatilanteet liittyvät useimmiten potilaiden ja hoitohenkilökunnan asenteisiin kivunhoitoa kohtaan, kivunhoidolliseen pätevyYTEEN, kivun arviointiin, kivun hallintaan ja kivunhoidon organisointiin (Kuuppelomäki 2002).

Sairaanhoitaja tukee potilasta kivun hallinnassa, ja hänellä on tärkeä rooli esimerkiksi kivun määrittelyssä ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Hoitaja toimii potilaan edustajana kivunhoitoon liittyvissä asioissa, ja hänen tehtävänä on informoida lääkäriä kivun sijainnista, voimakkuudesta, esiintyvyydestä ja luonteesta. (Lauri 2000; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008.)

Konsultaatio on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) mukaan ammattilaisten välistä neuvojen pyytämistä ja neuvottelua. Konsultaatioprosessin tavoitteena on lisätä sairaanhoitajan tietoja ja taitoja niin, että hän voi käsitellä ja ymmärtää kivunhoitoon liittyviä ongelmia.

Tämän laadullisena tutkimuksena toteutetun opinnäytetyön aihe on Sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteista ja niihin liittyvästä konsultaatiosta. Erikoissairaanhoito jää tutkimuksen ulkopuolelle. Opinnäytetyö on tehty toimeksiantona (ks. liite 1) Paletti - Palliatiivisen ja saattohoi-

don osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa -hankkeelle, joka toteutetaan vuosina 2013 - 2015. Hankkeen tarkoitus on vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja osaamista sekä kehittää rakenteita Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueen kunnissa. Yhtenä hankkeen tavoitteena on akuuttien ja vaikeasti hallittavien oireiden asiantuntija- ja konsultaatiokäytänteiden kehittäminen.

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää Pohjois-Karjalan maakunnassa työskenteleville sairaanhoitajille tehdyn teemahaastattelun avulla, millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet, millainen on syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne ja miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin kehittää. Opinnäytetyötä varten on haastateltu neljää sairaanhoitajaa Kontiolahdelta, Kiteeltä ja Ilomantsista. Sairaanhoitajat työskentelevät kotisairaanhoidossa, hoitokodissa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla.

2 Syöpätaudit

2.1 Syöpä

Syöpä on yhteisnimitys kaikille pahanlaatuisille kasvaimille, jotka tunkeutuvat ympäröivään kudokseen ulokkeittensa avulla. Normaalisti solujen elinaika on rajallinen, ja ne erilaistuvat toiminnallisiksi, mutta lisääntymättömiksi solumuodoiksi, jotka poistuvat elimistöstä kuolemansa jälkeen. Kudoksesta poistuvien ja sinne syntyvien solujen välillä vallitsee tasapaino. (Holmia ym. 2008, 93.) Yksittäinen, vaurioitunut solu saa aikaan syövän synnyn eli karsinogeneesin. Solu alkaa jakautua hallitsemattomasti, ja sen tytärsoluihin kertyy DNA-vaurioita. (Isola & Kallioniemi 2013, 15.)

Tietyt perintötekijät ohjaavat solun jakautumista. Näihin perintötekijöihin vaikuttavat erilaiset signaalit, jotka ovat peräisin ympärillä olevista soluista, joistakin kasvua kiihdyttävistä aineista, hormoneista tai hermostosta. Solu muuttuu itseään loputtomasti kopioivaksi syöpäsoluksi, jos tämä signaalijärjestelmä lakkaa

toimimasta. Kehon sääntelymekanismien kyky estää solujen lisääntymistä häviää, ja syöpäsolut alkavat vallata itselleen elintilaa. (Syöpäjärjestöt 2010.)

Kasvain muodostuu siis useimmiten solusta, joka on alkanut jakautua ja muodostaa kopioita itsestään. Kaikki kasvaimen solut ovat samanlaisia kuin ensimmäinen kasvainsolu. Tämä taas muistuttaa useimmiten sen elimen tai kudoksen soluja, joiden joukkoon se on syntynyt. (Holmia ym. 2008, 93.) Voi kestää yli kymmenen vuotta, ennen kuin syöpäsolu on jakautunut tarpeeksi monta kertaa ja on nähtävissä röntgenkuvissa tai käsin tunnusteltavissa (Syöpäjärjestöt 2010). Kasvain saa nimensä sen mukaan, minkä kudoksen joukkoon se on syntynyt. Verta muodostavien kudosten syöpäsairautta kutsutaan leukemiaksi, pahanlaatuisia pinta- ja rauhaskudoskasvaimia karsinoomiksi ja tukikudoskasvaimia sarkoomiksi. (Holmia ym. 2008, 93 - 94.)

2.2 Syöpätaudit Suomessa

Syöpä on sairaus, jonka on kokenut 200 000 suomalaisista elämänsä aikana. Noin 10 000 suomalaista kuolee vuosittain syöpään, joka onkin noin joka viidennen kuolemantapauksen perussy. (Pukkala, Dyba, Hakulinen & Sankila 2006, 6.) Maamme yleisimmät syöpämuodot ovat naisilla rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä. Rintasyöpä on yleistynyt, joten naisten syövän kokonaisilmaantuvuus on kasvussa. Miesten kaikkien syöpien ilmaantuvuus taas pysynee lähes ennallaan tulevien vuosien aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14.)

Syövän ilmaantuvuuden ennusteet ovat tarpeellisia, sillä niiden avulla voidaan päättää esimerkiksi syöpäpotilaiden hoidossa tarvittavien sairaalapaikkojen ja henkilökunnan määrästä. Ennusteiden avulla voidaan myös kohdentaa ennaltaehkäisyä ja varhaisen toteamisen toimia sekä arvioida syövän torjuntaan käytettävien menetelmien toimivuutta. (Pukkala ym. 2006, 6.) Syöpäkuolleisuuden ennustetaan vähenevän sekä miehillä että naisilla, miehillä naisia enemmän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14).

Ennusteen mukaan kaikkien syöprien ikävakioitu ilmaantuvuus pysyy lähes ennallaan, mutta vuoteen 2015 mennessä naisten uusien syöprien vuotuisen määrän kasvu on 10 - 16 prosenttia ja miesten 2 - 9 prosenttia. Kasvun syitä ovat keskimääräisen eliniän piteneminen ja suurten ikäluokkien saavuttama ikä, jossa syövän ilmaantuvuuden kasvu on voimakasta. Syöpätapausten määrä siis lisääntyy, kun väestö ikääntyy. Suomessa todetaan vuosittain yli 27 000 syöpätapausta, ja Suomen Syöpärekisterin ennusteen mukaan määrä olisi yli 33 000 vuoteen 2020 mennessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14.)

Syövän ehkäiseminen perustuu ympäristöön ja elintapoihin liittyvien tekijöiden muunteluun. Väestön tietoisuutta syöpää aiheuttavista vaaratekijöistä voidaan lisätä terveyskasvatuksen avulla, jolloin ihmisten vanhat tottumukset esimerkiksi tupakointitapojen ja ruokavalion suhteen saattavat muuttua. (Pukkala ym. 2006, 15.) Sairastuvuuteen voidaan vaikuttaa myös erilaisten interventioiden avulla. Paras esimerkki tällaisesta interventiosta maassamme on 1960-luvun puolivälissä aloitettu kohdunkaulan syövän esiasteiden seulonta, jonka seurauksena syövän ilmaantuvuus laski selvästi. Toisaalta taas rintasyöpään ja eturauhasen syöpään kohdistetut seulonnat ovat lisänneet näiden syöprien ilmaantuvuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 15.)

Tällä hetkellä ei ole tietoa uusista seulontamenetelmistä, jotka saattaisivat merkittävästi muuttaa joidenkin syöprien ilmaantuvuutta vuoteen 2020 mennessä. Syövän lääkkeelliseen ehkäisyyn on liitetty odotuksia, mutta näyttää siltä, etteivät alan innovaatiot ole muuttamassa väestön sairastuvuutta lähivuosina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 15.)

2.3 Syöpätilanne Pohjois-Karjalassa

Vuonna 2011 Pohjois-Karjalassa ilmaantui uusia syöpätapauksia naisten keskuudessa 426 ja miesten keskuudessa 464. Naiset sairastuivat yleisimmin ihon tyvisolusyöpään, rintasyöpään ja ruuansulatuselinten syöpiin. Miesten yleisimmät syöpämuodot olivat ihon tyvisolusyöpä, sukuelinten syövät ja ruuansulatuselinten syövät. (Suomen syöpärekisteri 2013.)

Naisilla uusia syöpiä todettiin eniten ikäryhmässä 80 - 84-vuotiaat, ja yleisimmin sairastuttiin ihon tyvisolusyöpään. Miehillä uusia syöpiä ilmaantui eniten ikäryhmässä 70 - 74-vuotiaat. Heistä suurin osa sairastui sukuelinten, pääasiassa eturauhasen syöpään. (Suomen syöpärekisteri 2013.)

Kaiken kaikkiaan yleisimmät syövät Pohjois-Karjalassa vuonna 2011 olivat naisilla rinta-, paksusuoli- ja kohdunrunkosyöpä ja miehillä eturauhas-, keuhko- ja paksusuolisyöpä. Naiset kuolivat useimmiten rinta-, keuhko- tai haimasyöpään ja miehet keuhko-, eturauhas- tai mahasyöpään. (Suomen syöpärekisteri 2013.)

2.4 Syöpäpotilaan hoito

Syöpäpotilaan pääasialliset hoitomuodot ovat kirurginen hoito, sädehoito, sytostaatti- eli solunsalpaajahoito, hormonihoito ja biologinen hoito sekä näiden yhdistelmät. Uusia hoitomuotoja ovat lisäksi vasta-ainehoito ja täsmälääkehoito. Syövän histologia ja levinneisyys tulee selvittää, ennen kuin voidaan päättää, mitä hoitomuotoa käytetään. (Holmia ym. 2008, 107.)

Kirurginen hoito on tärkeä perinteinen syövän hoitomuoto. Syöpäkirurgia on kehittynyt viime aikoina nopeasti leikkaustekniikoiden, anestesian, potilaan nestetasapainon, verenkierron ja tulehdusten hoidon kehittymisen myötä. Kirurgia on sopiva hoitomuoto silloin, kun syöpä muodostaa kiinteitä kasvaimia. Kirurgian tehokkuus vaihtelee sen mukaan, minkä asteinen syöpä on kyseessä ja onko etäpesäkkeitä muodostunut. Koska usein löytyy etäpesäkkeitä, leikkaushoitoon yhdistetään lääke- tai sädehoito ennen leikkausta tai sen jälkeen. (Holmia ym. 2008, 108.)

Sädehoito on kirurgian ohella tärkein parantava paikallinen hoitomuoto. Parantumiseen tähtäävää tai oireita lievittävää sädehoitoa saa lähes joka toinen syöpäpotilas. Syöpäpotilaiden parantumisesta noin 20 prosenttia on sädehoidon ansiota. Sädehoito voidaan nykyään kohdentaa entistä tarkemmin itse kasvaimen ja sen leviämisreitteihin, koska kuvantamismenetelmät ja hoitolaitteet ovat kehittyneet. Sädehoito perustuu ionisoivan säteilyn käyttöön, joka aiheuttaa vaurioita solun toiminnan kannalta tärkeisiin makromolekyyleihin ja niiden

rakenteisiin. Sädehoitoa voidaan antaa myös sisäisesti annosteltavien radioaktiivisten lääkkeiden avulla. Hoitotulokset ovat parantuneet monissa syöpätyypeissä, kun sädehoito on yhdistetty solunsalpaajahoitoon. (Kouri & Tenhunen 2013, 148 - 154.)

Sytostaatit eli solunsalpaajat ovat aineita, joita käytetään syövän lääkehoidossa. Nämä aineet vaikuttavat sytotoksisesti eli ne ovat soluille myrkyllisiä ja estävät sekä niiden jakautumista että kasvua. Solunsalpaajien vaikutus kohdistuu syöpäkudoksen lisäksi myös normaaliin kudokseen. (Holmia ym. 2008, 118.) Tehokkainta solunsalpaajahoito on varhaisessa vaiheessa. Solunsalpaajahoitoa voidaan antaa leikkauksen yhteydessä tai heti sen jälkeen silloin, kun kaikki näkyvä syöpäkudos on saatu poistettua. Solunsalpaajahoitoa voidaan antaa myös sädehoidon yhteydessä, jolloin lääke ja sädetys tehostavat toistensa vaikutuksia. Pitkälle edenneen syövän hoidon yhteydessä solunsalpaajahoidon päämääränä on syövän aiheuttamien oireiden vähentäminen, potilaan elämänlaadun parantaminen ja elämän pituuden lisääminen. (Johansson 2012.)

Hormonihoidon vaikutus perustuu siihen, että tiettyjä syöpäsoluja estetään käyttämästä elimistön omia hormoneja hyväkseen kasvussaan. Hormonihoito on käytössä muun muassa rintasyövän, eturauhassyövän, kilpirauhassyövän ja kohdun runko-osan syövän hoidossa. (Syöpäjärjestöt 2010.) Hormonihoito ei paranna syöpää lopullisesti, mutta se vähentää tai estää kasvaimen kasvua (Holmia 2008, 129).

Immuunihoidossa hyödynnetään elimistön omaa puolustuskykyä. Nykyisin käytössä olevia immunoterapeuttisia aineita ovat alfa-interferoni ja interleukiini 2. Interferoneilla on joidenkin syöpäsolujen kasvua hidastava vaikutus, mutta niiden vaikutusmekanismeista ei ole tarkkaa tietoa. Immuunihoidoja käytetään muun muassa harvinaisen karvasoluleukemian ja levinneen melanooman hoidossa sytostaatteihin yhdistettynä. Interleukiini 2 on käytössä etäpesäkkeitä lähettäneen munuaissyövän hoidossa. (Holmia 2008, 129.)

Syövän uusia hoitomuotoja ovat vasta-ainehoito ja täsmälääkehoito. Näiden hoitomuotojen käyttö lisääntyy tulevaisuudessa. Täsmälääkehoidossa lääkkeen teho kohdistuu tiettyä syöpäsolun ainesosaa tai toimintaa vastaan. Täsmähoi-

don etuna on sivuvaikutusten vähäisyys, sillä lääkeaineen vaikutus kohdistuu vain syöpäsoluihin. Täsmälääke imatinibi on käytössä kroonisten myeloisten leukemioiden, harvinaisten ruoansulatuskanavan kasvaimien, pienisolukeuhkosyöpien sekä joidenkin aivokasvaimien hoidossa. Tällä hetkellä vastaainelääkkeitä käytetään rintasyövän ja imukudossyövän hoidossa. Tulevaisuudessa syöpälääkkeiden teho kohdistuu todennäköisesti kunkin kasvaintyyppin solujen erityiseen rakenteen ja toiminnan poikkeavuuteen. Tällöin lääkkeen on mahdollista olla tehokas ilman hankalia haittavaikutuksia. (Syöpäjärjestöt 2012.)

2.5 Syöpäpotilaan kivun hoitotyö

Syöpään sairastuminen on kriisi, josta selviytyäkseen ihminen tarvitsee tukea. Kriisissä sekä tunne-elämän että fyysisen osa-alueen tasapaino järkkyyvät. Sairaanhoitajan on hyvä tuntea selviytymisprosessi, jotta hän voi tukea potilasta syöpäkivun hallinnassa. Kipu on eniten pelätty syöpään liittyvä oire, joten potilaan tunteiden ymmärtäminen ja hyväksyminen ovat lähtökohtana hyvälle kivunhoidolle. (Salanterä ym. 2006, 185 - 186.)

Syöpäpotilaan kiputiloja hoidettaessa on otettava huomioon kivun etiologiset tekijät. Myös tautiin liittyvät pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteet tulee huomioida, sillä ne vaikuttavat väistämättä kivun kokemiseen. (Vainio & Kalso 2009, 479.) Sokki- ja reaktiovaiheisiin liittyvät tunteet lisäävät kipua sairauden alkuvaiheessa. Tässä vaiheessa potilaan kyky ottaa vastaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta on rajallinen. Hoidossa keskitytäänkin oleellisiin, ajankohtaisiin asioihin, ja kivunhoitoon liittyvää tietoa annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. (Salanterä ym. 2006, 186.)

Sokkivaiheen jälkeen alkaa sairauden vähitellen etenevä hyväksyminen. Tässä vaiheessa potilaan on hyvä saada oikeaa tietoa kivunhoidosta ja sen seurannasta. Kun hoitosuhde on turvallinen ja luotettava, potilaan on helppo ottaa esille kivunhoitoon liittyviä kysymyksiä. (Salanterä ym. 2006, 186.) Kommunikaation merkitys korostuuikin syöpäpotilaan kivun hoidossa. Potilaiden on todettu kestävän kipua ja sitoutuvan kivunhoitoon paremmin, jos he saavat mahdollisuuden valita eri kivunlievitysmenetelmistä. Hoitajan vastuu potilaansa edusta-

jana korostuu varsinkin niissä tilanteissa, jolloin potilas ei syystä tai toisesta pysty osallistumaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. (Holmia ym. 2008, 132.)

Elämään uudelleensuuntautumisen vaihe alkaa, jos syöpä saadaan hallintaan tai se paranee. Vaikka potilas parantuisikin syövästä, hoidoista saattaa jäädä jatkuvaa hoitoa vaativia kipuja. Tässä vaiheessa potilaan on hyvä ymmärtää kipuaan ja pystyä hallitsemaan sitä itse. Aina syöpää ei voida parantaa, vaan potilas kuolee siihen. Viimeisinä elinpäivinä potilaan ja omaisten rauhoittaminen sekä tehokas kivunhallinta antavat toivoa. (Salanterä ym. 2006, 186.)

3 Syöpäpotilaan kivunhoito

3.1 Syöpäkipu

Noin neljäsosalla syöpäpotilaista kipu on ensimmäinen tutkimukseen ohjaava oire. Ensimmäisenä sairastamisvuotena noin kolmasosalla potilaista on kipua, ja taudin edetessä kipu yleistyy niin, että loppuvaiheen potilaista jo 50 - 90 prosenttia kärsii siitä. Potilaat kokevat sekä akuutteja että pitkäaikaisia, kroonisia kipuja. Kiputiloja voi olla samanaikaisesti kahdesta neljään eri puolilla kehoa. Kroonisen kivun äkillinen paheneminen eli läpilyöntikipu voi tulla esille vaikkapa liikkeessa. (Vainio & Kalso 2009, 478.)

Syöpäkipulla on samat patofysiologiset mekanismit kuin muullakin kroonisella kivulla. Syöpäkipun hoitoon liittyy kuitenkin monia akuutin kivunhoidon piirteitä, esimerkiksi erilaisten puudutusten käytöstä voidaan saada parempia tuloksia, kuin muun kroonisen kivun hoidossa. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 6.)

Kasvain voi aiheuttaa nosiseptiivistä kudoksen ärsytystä, joka aistitaan kudosaivuriokipuna (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 6). Kudosaivuriokipuja on arvioitu olevan noin 70 prosentilla, neuropaattisia kipuja 40 prosentilla ja viskeeraalista kipua 35 prosentilla syöpäpotilaista. Luustoetäpesäke on tyypillisin kudosaivuriokivun aiheuttaja. (Salanterä ym. 2006, 183.)

Hermovauriosta johtuva neuropaattinen kipu syntyy, kun kasvain painaa hermoa tai kasvaa sen sisään. Hermot voivat vaurioitua myös joidenkin solunsalpaajahoitojen tai leikkausten vuoksi. Neuropaattisen kivun tunnistaminen on tärkeää, sillä se reagoi tavanomaisiin hoitoihin huonosti. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 6.)

Viskeraalinen kipu syntyy, kun sisäelimiä ympäröivät kapselit tai onttojen elinten seinämät venyvät. Myös kasvaimen aiheuttamat tukokset vaikkapa suolistossa aiheuttavat viskeraalista kipua. (Salanterä ym. 2006, 183.) Viskeraalisen kivun paikantaminen on usein vaikeaa ja useimmiten sitä esiintyy vatsan tai rintakehän alueella. Viskeraaliseen kipuun liittyviä autonomisia oireita ovat kalpeus, pahoinvointi ja hikoilu. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 6.)

Myös syövän parantamiseen tähtäävät hoidot voivat aiheuttaa erilaisia kipuja. On arvioitu, että 20 prosenttia syöpäpotilaiden kiputiloista on hoidollisista tai diagnostisista toimenpiteistä johtuvia. Yhtenä esimerkkinä hoidon aiheuttamasta kivusta ovat sädehoidosta johtuvat ihon ja limakalvojen vauriot. Syöpäpotilas voi tarvita myös leikkaushoitoa, jolloin kroonisen kivun lisäksi esiintyy akuuttia leikkauksen jälkeistä kipua. (Hamunen 2003, 30.)

Lääkkeiden sivuvaikutukset voivat aiheuttaa syöpäpotilaalle kipua. Tavallisimpia kiputilojen aiheuttajia ovat opioidien käyttöön liittyvä ummetus sekä tulehduskipulääkkeiden ja kortisonien käyttöön liittyvät ylävatsakivut ja -vaivat. Sytostaattien aiheuttamaan polyneuropatiaan liittyvät erityisesti alaraajojen kivut ja puutumisen. (Hamunen 2003, 30.)

3.2 Syöpäkivun lääkehoito

Kipulääkkeet ovat syöpäpotilaan kivunhoidon kulmakivi. Nykyisin lääkehoitoa toteutetaan laajasti hyväksytyn World Health Organizationin (WHO) hoitoporrastuksen (kuvio 1) mukaisesti. Porrastuksessa edetään kivun voimakkuuden mukaan miedoista särkylääkkeistä opioideihin. (Holmia ym. 2008, 134.) Kun potilaan kipu on lievää, valitaan lääkkeeksi yleensä tulehduskipulääke (esim. ibuprofeeni), keskivaikeassa kivussa edellä mainitun lisäksi annetaan opioidivaiku-

tukseltaan heikkoa analgeettia (esim. kodeiini) ja vaikean kivun hoitoon käytetään vahvaa opioidiagonistia (esim. morfiini) (Vainio & Kalso 2009, 489 - 490).

Lievät kivut, luustokivut	Keskivaikeat kivut	Keskivaikeat ja vaikeat kivut
- ibuprofeeni 1800-3200 mg/vrk	- kodeiini 240 mg/vrk	- morfiini 60 - 120 mg/vrk p.o.
- naprokseeni 1000 mg/vrk	- dekstropropoksifeeni 300 mg/vrk	- oksikodoni 40 90 mg/vrk p.o.
- diklofenaakki 150 mg/vrk	- tramadoli 400 mg/vrk	- metadoni 30 - 60 mg/vrk p.o.
- rofekoksibi 50 mg/vrk	-buprenorfiini 0,6 - 1,6 vrk sl	- fentanyyli 25 - 100 µg/h

Kuvio 1. WHO:n syöpäkivun porrasteinen lääkehoito. (Mukaillen Vainio & Kalso 2009.)

Jokaiseen kaavion vaiheeseen voidaan lisätä tarvittaessa spesifinen lisälääke tehostamaan kivunlievitystä tai lievittämään kipulääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia. Tällaisia lisälääkkeitä ovat esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet neuropaattiseen kipuun ja spasmolyytit opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin. (Vainio & Kalso 2009, 490.)

Kivunhoidon periaatteena on kipulääkkeen säännöllinen ympärivuorokautinen annostelu suun kautta. Pääasiassa käytössä ovat pitkävaikutteiset lääkemuo-dot. Läpilyöntikiputilanteissa pitkävaikutteisen lääkkeen kanssa samanaikaisesti annetaan nopeavaikutteinen tabletti tai liuos. (Holmia ym. 2009, 135.) Jos tiedetään, missä tilanteissa läpilyöntikipua esiintyy, lääke voidaan ottaa ennakoivasti. Yleensä lisäkipulääkeannos on kuudesosa potilaan vuorokausittaisesta opioidiannoksesta. (Salanterä ym. 2006, 184.) Kivun hoidossa ennaltaehkäisy on helpompaa ja siihen riittävät pienemmät lääkeannokset, kuin kivun poistamiseen (Holmia ym. 2009, 135).

Useimmiten syöpätauteihin liittyvät kivut lievittyvät suun kautta annettavan lääkeytymisen avulla. Joskus jatkuva pahoinvointi voi hankaloittaa kipulääkkeen ottamista. Tällöin voidaan käyttää fentanyylilaastaria tai lääkeannostelijaa, kipupumppua, joka annostelee kipulääkkeen ihon alle tai verisuoneen asetetun katetrin kautta. Erityistapauksissa kipulääke voidaan annostella suoraan selkäydintä ympäröivään spinaali- tai epiduraalitalaan, jolloin saadaan aikaan kivunlievitys pienellä lääkeannoksella ja voidaan vähentää ruoansulatuskanavan sivuvaikutuksia, kuten ummetusta tai pahoinvointia. (Vainio 2003, 78.)

Syöpäkivun lääkehoito on tärkeää suunnitella yksilöllisesti jokaiselle potilaalle sopivaksi. Aina oikea lääke ja annos eivät löydy ensimmäisellä kokeilukerralla. Taudin edetessä aluksi hyvän kivunlievityksen antanut lääke voi menettää tehonsa. Kivunhoidossa onkin oleellista hyvä seuranta ja kivunlievityksen tarkkailu. (Vainio & Kalso 2009, 490.)

3.3 Syöpäkivun lääkkeetön hoito

Lääkehoito ei ole aina riittävä keino kivun hoitokeinoksi tai pitempiaikaisen kipukierteen katkaisemiseksi. Lääkehoito ei myöskään ole kaikille sopiva tai mahdollinen kivun lievittäjä. (Vuento-Lammi 2012, 19.) Erilaisilla lääkkeettömillä hoitokeinoilla voidaan suunnata potilaan huomiota pois kivusta. Koskettaminen, kuunteleminen, näkeminen ja liikkuminen voivat saada aikaan kivuntunteen vähenemistä, kun ärsykeitä saadaan muiden aistien kautta. Käytettäviä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä ovat esimerkiksi rentoutus, huumori, musiikki ja mielikuvien luominen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 357.)

Yksi tärkeimmistä hoitotyön lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä on asentohoito. Asennonmuutoksen avulla voidaan lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Asentohoito on myös laskimo- ja lymfakiertoa edistävä menetelmä, joka vähentää nesteiden kasaantumista kudoksiin ja lievittää näin kipua. (Kassara ym. 2005, 357.)

Hieronta on menetelmä, jonka avulla potilas yleensä voidaan saada rentoutumaan ja rauhoittumaan. Se on turvallinen ja tehokas keino lievittää kipua. Rauhalliset, pehmeät ja sivelevät otteet saavat lihakset rentoutumaan ja kivun tunteen lievenemään. Hieronnalla on fyysisen vaikutuksen lisäksi myös psykologinen merkitys, sillä se voi vähentää potilaan ahdistusta. (Kassara ym. 2005, 357.)

Kylmähoitoa ja lämpöhoitoa käytetään myös kivunhoidossa. Kylmähoidon avulla saadaan vähennettyä verenkiertoa, hidastettua kudosten aineenvaihduntaa ja lievitettyä kouristelevaa lihasjännitystä. (Kassara ym. 2005, 357.) Lämpöhoidon vaikutuksesta paikallinen lämpötila nousee ja verenkierto vilkastuu. Tällöin tapahtuu aineenvaihdunnan kiihtymistä, pehmytosien jäykkyyden vähenemistä, lihasjännityksen laukeamista ja kivun lievenemistä. (Vuento-Lammi 2012, 19.)

Hoitaja voi potilasta koskettamalla antaa lohdutusta ja lisätä luottamusta. Hoitajan on kuitenkin arvioitava tapauskohtaisesti, miten potilasta voi koskettaa, sillä esimerkiksi neuropaattisesta kivusta kärsivä potilas voi saada pitkään jatkuvan kiputilan pienestäkin kosketuksesta. (Kassara ym. 2005, 357.)

Lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitokeinot täydentävät toisiaan. Molempia keinoja käytettäessä potilaalle tulee antaa sellaista hoitoa, josta hän kokee saavansa parhaan mahdollisen hyödyn. Hoitajan on aina ensin kerrottava potilaalle, mikä on hoidon tarkoitus ja mitä hyötyä siitä on. Tämän jälkeen käytettävästä menetelmästä sovitaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Kipupotilaan hoito tulee suunnitella niin, että se häiritsee mahdollisimman vähän potilaan lepoa ja nukkumista. (Kassara ym. 2005, 356 - 358.)

3.4 Syöpäkivun onkologinen hoito

Kun syöpäkivun tärkein syy on kasvain, kivun hoitoa ovat kaikki kasvainta rajoittavat tai pienentävät hoidot. Ensisijaisia kivunhoitoon käytettyjä onkologisia menetelmiä ovat luustoetäpesäkkeisiin tai pehmytosakasvaimiin kohdistetut kipuja puolikeyhosädehoito sekä isotooppihoidot. Sädehoito saa aikaan täydellisen kivunlievityksen 30 - 60 prosentille ja jonkinasteisen kivunlievityksen noin 70

prosentille potilaista. Sädehoidon vaikutuksen alkamiseen kuluu 1 - 4 viikkoa, ja se kestää yleensä 3 - 6 kuukautta. Kivun palatessa sitä voidaan lievittää uusintasädehoidolla. Kun kasvain on sädeherkkä, saadaan aikaan parhaita tuloksia sädehoidolla. Jos kasvain on nopeasti kasvava, pikainen lievitys saadaan yhdistämällä solunsalpaajat ja sädehoito. (Vainio & Kalso 2009, 486 - 488.)

Luustoetäpesäkkeitä syntyy usein rinta-, eturauhas- ja keuhkosyövän yhteydessä. Näiden etäpesäkkeiden sädehoidon indikaatioita ovat murtumien esto, selkäydinkompression ehkäisy tai hoito sekä kivunhoito. Selkäydinkompression oireena on nopeasti kehittyvä paikallinen niska- tai selkäkipu. Kipuun voi liittyä myös hermojuurikipua tai tuntopuutoksia. Potilas on tutkittava välittömästi, jos herää epäily kompressiosta. Nopeasti etenevät oireet vaativat myös nopeaa hoitoon pääsyä. Kirurgiseen hoitoon päädytään, mikäli luhistunut nikama työntyy selkäydintilaan, kasvain on resistentti sädehoidolle tai ennestään sädehoitulle alueelle ei voida antaa lisää sädehoitoa. (Vainio & Kalso 2009, 487.)

Pehmytosakasvainten sädehoidon indikaatioita ovat esimerkiksi solis- tai lannehermopunoksen pinnetilat, lymfostaasin aiheuttama alaraajaturvotus tai vena cava superior -oireyhtymä. Vena cava superior -oireyhtymää esiintyy keuhko-, imusolmuke-, kives- ja rintasyövän yhteydessä. Oireita ovat rintakehän, käsien ja kaulan kipu ja turvotus sekä hengenahdistus. Sädehoito lievittää oireita useimmiten jo ensimmäisen hoitoviikon aikana. (Vainio & Kalso 2009, 488.)

3.5 Syöpäkipun anestesiologinen ja neurokirurginen hoito

Syöpäpotilaista 1/5 - 1/10 kokee sietämätöntä kipua, joka ei ole lievitetävissä edellä mainituilla keinoilla tai joille systeeminen kipulääkityksen tuottaa haitallisia sivuvaikutuksia. Tällöin kivunhoitoon voidaan käyttää kohdistettuja anestesiologisia tai neurokirurgisia erikoismenetelmiä. Tavallisimmat anestesiologiset menetelmät ovat spinaalinen kivunlievitys ja neurolyytiset salpaukset. (Vainio, Saarto & Hänninen 2004, 90 - 91.) Neuropaattisessa kivussa kivunlievitystä on mahdollista tehostaa käyttämällä lisäksi esimerkiksi paikallispuudutetta (Paija 2004, 670).

Spinaalista kivunlievitystä voidaan käyttää tilanteissa, joissa suun kautta annettava kipulääkitys vaikuttaa tehottomalta (Paija 2004, 670). Intratekaalinen tai epiduraalinen lääkkeiden annostelu on hyvä vaihtoehto silloin, kun vaikea syöpäkipu paikantuu vartalon tai raajojen alueelle. Spinaalinen lääkkeiden annostelu tapahtuu jatkuvana infuusiona kannettavan lääkeannostelijan avulla. Spinaalista kivunhoitoa voidaan käyttää taudin myöhäisessäkin vaiheessa, jos sairaalaan siirtyminen tai katetrin asettaminen ei aiheuta potilaalle liiallista kuormitusta. (Heiskanen 2012, 467 - 468.)

Kirurgisilla, kasvaimen kohdistuvilla toimenpiteillä voidaan usein helpottaa myös kipuja. Esimerkkinä tällaisista toimenpiteistä ovat selkärankaa stabiloivat leikkaukset ja patologisten murtumien naulaukset. Toimenpiteet ovat kuitenkin vaativia, hoitotulos kestoaltaan rajallinen ja taudin ennuste usein huono, joten neurokirurgia tulee vain harvoin kyseeseen syöpäkipun hoidossa. Neurokirurgisia, syöpäkipun hoitoon käytettäviä toimenpiteitä ovat neuroablatiiviset, stimulatoriset ja lääkkeen antoon liittyvät menetelmät. (Vainio ym. 2004, 93 - 94.)

3.6 Syöpäkipun tutkiminen, arviointi ja kirjaaminen

Kokonaisvaltainen potilaan ja hänen kiputilansa arviointi on hyvän lääkehoidon ja luottamuksellisen hoitosuhteen perusedellytys. Kipulääkityksen suunnittelussa on tiedettävä kipumekanismit, joiden selvittäminen potilaalle tukee hänen lääkehoitoaan. Kun potilas ymmärtää kivun syyn ja mekanismit, hänen on helpompaa hallita kipuaan ja hyötyä kipulääkkeistä on suurempi. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385.)

Kipudiagnostiikan olennainen osa on kasvaimen laadun ja levinneisyyden sekä potilaan saamien hoitojen tunteminen. Kipua tutkittaessa on tärkeää saada tarkka anamneesi potilaan kiputilojen kestosta ja laadusta. On myös selvítettävä millaiset ovat kivun ajalliset ja alueelliset ulottuvuudet. Kun tiedetään, miten kipu reagoi liikkumiseen, asennon vaihtoon, lämpötiloihin tai kokeiltuihin hoitoihin, sen mekanismi voidaan selvittää helpommin. Tutkimushetkellä tunnetun kivun voimakkuus on tärkeä mitata sen patofysiologian selvittämiseksi ja myös siksi,

että saadaan alkuarvo, johon kivunhoidon vaikuttavuutta voidaan verrata. (Vainio & Kalso 2009, 485.)

Jokainen ihminen kokee kivun yksilöllisesti. Kipua on vaikea kuvailla mittaamalla, eikä potilaiden kipukokemuksia tulisi koskaan vertailla toisiinsa. Kivun voimakkuuden määrittely on kuitenkin tärkeää kivunhoitoa suunniteltaessa ja sen vaikutuksia seurattaessa. Yleisin aikuisen kivun mittaamisessa käytetty menetelmä on VAS-kipujana (visual analogue scale). Kiilamaisen janan toinen pää kuvaa täysin kivutonta tilaa (0), ja toisessa päässä on pahin mahdollinen kipu (10). (Sailo 2000, 102.) Kivun arvioinnissa voidaan käyttää myös numeerista asteikkoa, jossa kysytään sanallisesti, minkä numeron väliltä 0 - 10 potilas antaisi kivulle (Vainio ym. 2000, 71). Joillekin potilaille voi tuntua vieraalta arvioida kipua numeraalisesti. Tällöin voidaan käyttää kivun voimakkuutta kuvaavia sanoja. Myös lasten kasvokuvallista kipumittaria voidaan kokeilla, se saattaa olla esimerkiksi vanhuksille selkeämpi vaihtoehto. Kipumittaria käytettäessä on tärkeintä, että potilas tietää, mikä on kivun mittaamisen tarkoitus ja että hän on ymmärtänyt mittarin käyttämisen oikein. (Sailo 2000, 103.)

Kivun tarkka, potilaan oman kuvauksen mukainen kirjaaminen on yksilöllisen ja laadukkaan kivunhoidon pohja. Potilasturvallisuussyistä kivun kirjaamisessa on huomioitava lääkeaineyleherkkyydet, aiempien hoitojen vaikutukset ja mahdolliset sivuvaikutukset. Hoidon jatkuvuuden takaa se, että potilaan saamat kipulääkkeet, niiden vaikutukset ja tarvittaessa määrätty kivunhoito on kirjattu tarkasti potilasasiakirjoihin. Kivun mittaamisessa on syytä käyttää potilaskohtaisesti aina samaa kivunmittausmenetelmää, jotta kivun mittaaminen ja tuloksen kirjaaminen takaa potilaalle mahdollisimman tehokkaan kivunhoidon. (Sailo 2000, 98.)

3.7 Syöpäkivun hoidon ongelmatilanteet

Kuuppelomäen (2002, 701 - 709) vuodeosastoilla työskenteleville sairaanhoitajille tekemän kyselytutkimuksen mukaan kivunhoidon ongelmatilanteet voidaan jaotella viiteen eri kategoriaan: asenteet kivunhoitoa kohtaan, kivunhoidollinen pätevyys, kivun arviointi, kivun hallinta ja kivunhoidon organisointi.

Asenteissa kivunhoitoa kohtaan suurimmiksi ongelmiksi koetaan potilaiden ja perheenjäsenten vahvojen kipulääkkeiden pelko sekä potilaiden ja perheenjäsenten eriävät näkökulmat lääkityksestä. Myös joidenkin lääkäreiden piittaamattomuus kivunhoidosta ja ennakkoluulot morfiinia kohtaa koetaan ongelmallisiksi. Kivunhoidolliseen pätevyyteen liittyviä ongelmia ovat lääkäreiden tiedonpuute ja heidän tarpeensa saada lisäkoulutusta kivunhoidossa. Esille tulevat myös sairaanhoitajien lisätiedon ja koulutuksen tarve. Lisätietoa toivotaan saatavan vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä, kipulääkkeiden yhdistelemisestä ja kivun arvioinnista. (Kuuppelomäki 2002, 704 - 705.)

Kivun arviointiin liittyen erityisen ongelmallisia ovat tilanteet, joissa potilas on kyvytön kertomaan kivustaan sanallisesti joko tajuttomuuden, sekavuuden, kunnan huononemisen tai haluttomuuden vuoksi. Joskus potilaan on myös hankalaa erottaa fyysinen kipu psyykkisestä. Kivun arviointi on erityisen hankalaa, jos potilaat yrittävät tulla toimeen kivun kanssa mahdollisimman kauan, ovat vastahakoisia kertomaan kivuistaan tai kieltävät ne kokonaan. (Kuuppelomäki 2002, 705.)

Kivun hallinnan kategoriassa tavallisin ongelma on riittämätön kipulääkitys. Potilaille määrättiin epäsopivia kipulääkkeitä, ja henkilökunta vastaa liian hitaasti lisääntyneeseen kivunlievityksen tarpeeseen. Vahvan kipulääkityksen aloittamisen liiallinen viivästyminen tuottaa potilaalle kärsimystä. Sopivan lääkityksen ja annostuksen löytäminen on aikaa vievää. Henkilökunnalla koetaan olevan liian vähän tietoa eri kipulääkkeiden yhdistelemisestä. Jotkut hoitajat eivät uskalla antaa potilaille tarpeeksi lääkettä heidän sitä vaatiessaan, eikä kaikkea kipua ole mahdollista lievittää. (Kuuppelomäki 2002, 705.) Osa syöpäpotilaista saattaa tulla toimeen lievän taustakivun kanssa, jolla ei ole olennaista vaikutusta elämänlaatuun. Taustakivun sijaan ongelmaksi voivat tulla niin sanotut läpilyöntikiput, jotka usein ovat merkki tavallista vaikeammasta ja monimutkaisemmasta kipuoireyhtymästä. (Pöyhiä 2002, 27.)

Kivunhoidon organisointiin liittyvistä ongelmista suurimmat ovat sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä koskevia. Joidenkin hoitajien mielestä lääkärit eivät luota tarpeeksi sairaanhoitajien arvioon potilaan kivusta ja lääkityksen tarpeesta. Yhteistyö voi olla haasteellista erilaisten näkökantojen ja yhteisesti so-

vittujen kivunhoitomenetelmien puutteen vuoksi. Lääkäreitä on hankala tavoittaa, kun uusia reseptejä tarvitaan. Sijaislääkäreillä on huono pätevyys kivunlievityksasioissa, jolloin muun henkilökunnan vastuu kasvaa. Eniten ongelmia tuottavat ajanpuute, henkilökunnan vähäisyys ja puutteellinen kivun kirjaaminen. (Kuuppelomäki 2002, 705 - 706.)

Siiskosen, Niemi-Murolan, Hamusen ja Kalson (2008, 32 - 36) lääkäreille teke­mästä kyselytutkimuksesta selviää, että syöpäkivun lääkehoidon perusteet ovat hyvin lääkäreiden tiedossa, mutta syöpäkivun hoitoon liittyviä ongelmiakin esiin­tyy. Esimerkiksi lääkeannoksiin liittyvät kysymykset olivat haasteellisia kyselyyn vastanneille lääkäreille. Vastaajien keskuudessa lääkärin kokemattomuuden, koulutuksen riittämättömyyden ja puutteellisten tietojen koetaan aiheuttavan eniten ongelmia syöpäkivun hoidossa. Myös kivun arvioinnin luotettavuus, huumeresep­tien saatavuus ja henkilökunnan kielteiset asenteet vahvoja opioi­deja koetaan koetaan hoitoa hankaloittavina asioina.

Lääkäreiden mukaan ongelmia syntyy usein silloin, kun kivunhoitoon erikoistu­neet henkilöt ovat lomien tai päivystystilanteiden vuoksi tavoittamattomissa. Hoidon organisaatio koetaan vaihtelevaksi, sillä kaikissa hoitopaikoissa ei ole kivunhoidon vastuuhenkilöä tai -yksikköä. Ongelmia syntyy myös silloin, kun erikoissairaanhoidon kivunhoidon ohjeistus on joko puutteellista tai puuttuu ko­konaan. Potilaille ilmenevät vaikeat sivuvaikutukset, opioidista toiseen siirtymi­nen tai moniongelmaisten potilaiden kivunhoito koetaan myös haastavina tilan­teina lääkäreiden keskuudessa. (Siiskonen ym. 2008, 35.)

4 Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito

4.1 Palliatiivinen hoito

World Health Organizationin (2013) mukaan palliatiivisen hoidon avulla voidaan parantaa vakavasti sairastuneiden potilaiden ja heidän perheidensä elämänlaa­tua. Hoito tarjoaa kivun ja oireiden lievitystä, henkistä ja psykososiaalista tukea

aina diagnoosin saamisesta elämän päättymiseen saakka, eikä sillä pyritä jouduttamaan tai pitkittämään kuolemaa.

Ensimmäisenä palliatiivisen hoidon päämääränä on kuoleman ymmärtäminen elämän normaalina päätepisteenä. Hoidon tarkoitus on lievittää kuolevan ihmisen kaikkia oireita, parantaa elämänlaatua, tarjota henkistä ja hengellistä tukea sekä auttaa elämään jäljellä oleva aika niin aktiivisesti, kuin se kullekin potilaalle on mahdollista. Tukea tarjotaan myös omaisille sairauden aikana ja kuoleman jälkeen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 77.)

Käsite palliatiivinen hoito on syövän hoidossa aiemmin tarkoittanut lääketieteellisiä oireita lievittäviä tekniikoita, kuten palliatiivinen sädehoito tai kirurgia. Viime vuosina käsite on laajentunut koskemaan taudin kaikissa vaiheissa tapahtuvaa hoitoa, jolla ei tähdätä taudin paranemiseen. Oireenmukaisesta, esimerkiksi kivun, pahoinvoinnin ja ruokahaluttomuuden tehokkaasta hoidosta on hyötyä sekä paraneville että kuolemaa lähestyville potilaille. (Vainio & Kalso 2009, 505 - 506.) Palliatiivisen hoidon tavoitteena on sairauden aiheuttamien oireiden mahdollisimman hyvä hallinta ja hyvän elämänlaadun ylläpito. Syöpäsairauksien palliatiivinen hoito sisältää syövän lääke- tai sädehoidon sekä erilaisia tukihoitoja taudin vaiheessa, jossa pyritään rajoittamaan kasvaimen leviämistä, mutta pysyvään paranemiseen ei ole mahdollisuuksia. (Hietanen 2004, 20.)

Totuuden kertominen potilaalle on yksi hyvän palliatiivisen hoidon peruselementteistä. Etenkin syöpäpotilaiden kohdalla totuuden kertominen on erityinen kysymys, sillä useimmiten syöpäpotilaat pystyvät osallistumaan heitä koskevaan päätöksentekoon autonomisina henkilöinä. Syöpäpotilas tarvitsee sairautensa alusta asti rehellistä tietoa, jonka avulla hän voi suunnitella tulevaisuuttaan ja saavuttaa mahdollisimman hyvän elämänlaadun. Potilaan on saatava tietoa sekä taudin ennusteesta että eri hoitovaihtoehdoista. Parantumattomasta syöpästä sairastavan potilaan on oltava tietoinen omasta sairaudestaan ja sen vaiheesta. Potilaan on niin ikään saatava tieto kuratiivisen hoidon epätarkoituksenmukaisuudesta ja palliatiivisen hoidon käytettävissä olevista, tarkoituksenmukaisista keinoista juuri itsensä kohdalla. (Mattila 2002, 57 - 58.)

4.2 Syöpäkipupotilaan oikeudet

Syöpäkipupotilaita koskevat samat oikeudet kuin kaikkia muitakin potilaita. Potilaan oikeuksien taustalla ovat muun muassa periaatteet ihmisarvon ja potilaan autonomian kunnioittamisesta sekä hyvän tekemisestä ja vahingon välttämisestä. Näiden periaatteiden on toteuduttava syöpäkipupotilaan hyvässä terveyden- ja sairaanhoidossa. Tärkeimpiä potilaan oikeuksista ovat itsemääräämisoikeus, tiedonsaantioikeus ja oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 49.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) löytyy periaate potilaan autonomiasta eli itsemääräämisoikeudesta. Lain mukaan hoidon edellytyksenä on potilaan suostumus. Potilasta tulee siis hoitaa yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa. Potilaan kieltäytyessä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Potilaan hyvästä hoidosta on vastuussa lääkäri, jonka syöpäpotilaan kannalta tärkein velvollisuus on asianmukaisen kivunhoidon järjestäminen. Asianmukainen hoito tarkoittaa oikean, tarkoituksenmukaisen ja tarpeeksi tehokkaan kipulääkkeen valintaa sekä valitun lääkkeen riittävää annostusta. Ensisijainen tavoite on kivun poisto, ja ellei se ole mahdollista, pyritään ainakin mahdollisimman tehokkaaseen kivunlievitykseen. Niin kivun ali- kuin ylihoitaminenkin on eettisesti väärin. Potilaan kivun ja kärsimyksen poistaminen tai lievittäminen sekä niiden vakavasti ottaminen on ihmisarvon kunnioittamista. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2007, 49.)

5 Konsultaatio ja moniammatillinen yhteistyö kivunhoidossa

5.1 Konsultaatio

Konsultaatiota voidaan kuvailla ammattilaisten väliseksi neuvojen pyytämiseksi ja neuvotteluksi. Konsultaatioprosessin aikana pyritään siihen, että konsultaatio-

ta pyytänyt henkilö voisi käsitellä ja ymmärtää ajankohtaista työhönsä liittyvää ongelmaa. Myös henkilön tietoja ja taitoja pyritään lisäämään niin, että hän voisi tulevaisuudessa ratkaista itsenäisesti vastaavia eteen tulevia ongelmatilanteita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Tässä opinnäytetyössä konsultaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa sairaanhoitaja pyytää neuvoja esimerkiksi lääkäriltä syöpäpotilaan kivunhoidossa ilmaantuneen ongelmatilanteen ratkaisemiseksi.

Hollannin Utrechtissa on kehitetty vuonna 1999 alueellinen puhelinkonsultaatiopalvelu. Palvelu on kaikkien palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden ammattilaisten käytössä 24 tuntia vuorokaudessa, jokaisena viikonpäivänä. Palvelun tarkoituksena on tuoda palliatiivisen hoidon asiantuntemus kaikkien ammattilaisten hyödynnettäväksi. Vuonna 2005 palvelun konsultteina toimi kolme yleislääkärää, yksi hoivakodin lääkäri, saattohoitolääkäri, onkologi, anestesiologi ja viisi erikoistunutta sairaanhoitajaa. Kaikilla heistä oli usean vuoden kokemus palliatiivisesta hoidosta. Konsultit vastaavat kysymyksiin, jotka voivat olla joko yksittäisiä potilastapauksia tai yleisesti palliatiivista hoitoa koskevia. (Teunissen, Verhagen, Brink, van der Linden, Voest & de Graeff 2007, 577 - 578.)

Toinen esimerkki palliatiivisen hoidon konsultaatiosta löytyy Kanadasta, Brittiläisestä Kolumbiasta, jossa on ollut vuodesta 2001 käytössä ympärivuorokautinen puhelinkonsultaatiopalvelu. Puheluihin vastaavat palliatiiviseen hoitoon erikoistuneet lääkärit, ja palvelu on tarkoitettu niin lääkäreiden, sairaanhoitajien kuin farmaseuttienkin käytettäväksi. Nelivuotisessa tutkimuksessa kerättiin tietoa palvelua käyttävistä soittajista, potilaista ja puheluiden syistä. Puolet soittajista oli sairaanhoitajia, ja vajaa kolmannes puheluista soitettiin virka-ajan ulkopuolella. Tärkeimmäksi puhelun syyksi nousivat kivunhoidon ongelmatilanteet ja seuraavaksi yleisimpänä syynä olivat ruuansulatuskanavan ongelmat, kuten pahoinvointi, ripuli ja ummetus. Lähes yhdeksän soittoa kymmenestä koski syöpäpotilaiden hoitoon liittyviä ongelmia. (Ridley & Gallagher 2008, 1009 - 1012.)

5.2 Moniammatillinen yhteistyö kivunhoidossa

Yksi sairaanhoitajan työn keskeisistä osaamisalueista on yhteistyöosaaminen. Työ edellyttää yhteistyötä niin potilaan ja hänen läheistensä kuin kollegoiden ja moniammatillisten tiimienkin kanssa. Sairaanhoitajan tulee hallita tasavertainen asiakaslähtöinen yhteistyö ja toimia hoitotyön asiantuntijana moniammatillisessa tiimityössä. Tarvittaessa hänen tulee konsultoida hoitotyön ja muiden ammattiryhmien asiantuntijoita sekä myös itse toimia konsultoitavana asiantuntijana. (Opetusministeriö 2006, 66.)

Moniammatillista yhteistyötä tehdään eri ammattien edustajien kesken. Terveystieteiden eri ammattiryhmiin kuuluvilla henkilöillä on erilaisia tietoja ja taitoja, joita yhdistämällä syöpäpotilaan hoidossa tarvittava tieto monipuolistuu. Syöpäpotilaan hoidossa päätöksentekotilanteet vaihtelevat. Yksittäisissä hoitotilanteissa hoitoratkaisuja tehdään tilanteen ehdoilla potilaan ja yhden tai useamman työntekijän päätöksenteon avulla. (Lauri 2000, 280 - 283.)

Kivunhoidossa moniammatillinen yhteistyö voi tuottaa potilaan kannalta parhaan mahdollisen tuloksen, jos eri ammattiryhmillä on riittävä tieto hoidon tavoitteista. Eri ammattiryhmien edustajilla on oltava riittävät taidot, ja heidän tulee tiedostaa oma roolinsa sekä sitoutua hoitotilanteeseen. Sairaanhoitajan rooli on keskeinen potilaan kivun määrittelyssä ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Sairaanhoitaja myös tiedottaa lääkärille kivun sijainnista, voimakkuudesta, esiintyvyydestä ja luonteesta. (Lauri 2000, 283.)

Kipuongelma on usein moniulotteinen, joten siitä selviytymistä tukeva hoito ja kuntoutus kannattaa toteuttaa moniammatillisesti. Yhdellä ammattiryhmällä ei välttämättä ole yksinään tarpeeksi tietoa ja voimavaroja hoidon toteuttamista varten. Ammattiryhmien välinen yhteistyö auttaa usein kohdistamaan riittävästi voimavaroja potilaan eduksi. Moniammatillisen toiminnan tärkein osa onkin potilas lähipiireineen. (Pohjolainen 2009, 259.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata Pohjois-Karjalan maakunnassa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden kivunhoidon ongelmatilanteista ja niihin liittyvästä konsultaatiosta. Opinnäytetyön tehtävä oli saada sairaanhoitajille tehdyn teemahaastattelun avulla vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet?
2. Millainen on syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne?
3. Miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin kehittää?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja sen pyrkimyksenä on tosiasioden löytäminen tai paljastaminen. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä suosia ihmistä tiedonkeruun instrumenttina, jolloin tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja tutkittavien kanssa käytyihin keskusteluihin enemmän kuin mittausvälineillä hankittuun tietoon. Aineiston hankinnassa käytettäviä laadullisia metodeja ovat esimerkiksi osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut tai teemahaastattelu. Näitä menetelmiä käytettäessä tutkittavien omat näkökulmat ja mielipiteet pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152 - 155.)

Laadullisen tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen avulla (Hirsjärvi ym. 2004, 155). Kun haastateltavia valitaan, täytyy muistaa, mitä ollaan tutkimassa. Usein haastateltavat on mielekästä valita tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella. Tärkeää

on siis, että haastateltavalla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2005, 114.)

Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan usein kokonaisuutena, eivätkä tilastolliset todennäköisyydet kelpaa sen johtolangoiksi. Laadullisessa tutkimuksessa eivät suuret tutkimusyksiköiden joukot tai tilastolliset argumentaatiotavat ole tarpeellisia tai edes mahdollisia. Laadullisen analyysin kaksi vaihetta ovat havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Nämä vaiheet tosin nivoutuvat käytännössä aina toisiinsa. (Alasuutari 2011, 38 - 39.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, koska opinnäytetyön tekijä uskoi, että teemahaastattelujen avulla saataisiin parhaiten sairaanhoitajien omia mielipiteitä ja kokemuksia kuvaavaa aineistoa. Haastateltavia ei valittu sattumanvaraisesti, vaan valitsemisen perusteena oli se, että heillä oli kokemusta syöpäpotilaiden hoidosta ja kivunhoidosta.

7.2 Tutkimushaastattelu

Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla toteutetun tutkimuksen aineiston voi kerätä monella eri tavalla. Tutkimusaineistoksi soveltuu kaikki ihmisen tuottama materiaali, kuten kirjeet, kuvanauhoitteet, dokumenttiaineistot, elämäkerrat tai valokuvat. Kun tutkimusaineistoksi halutaan valita ihmisen kokemukset puheen muodossa, sen keräämisen keinona käytetään tutkimushaastattelua. (Vilkkä 2005, 100.)

Tutkimushaastattelulla on arkikeskustelusta poiketen erityinen tarkoitus ja osallistujaroolit. Haastattelija on tehnyt aloitteen haastattelun tekemiseksi ja hän on tietämätön osapuoli. Haastateltava puolestaan pitää hallussaan tietoa. Haastattelija ohjaa tai ainakin suuntaa keskustelua tiettyihin puheenaiheisiin. (Ruusu-vuori & Tiittula 2005, 22.) Haastattelutilanteeseen voidaan soveltaa yhteisrakentamisen käsitettä. Haastatteluvastaus siis heijastaa haastattelijan läsnäoloa ja hänen tapaansa kysyä asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 49.)

Haastattelua voidaan luonnehtia kielen käyttöön perustuvaksi, kahden ihmisen väliseksi viestinnäksi, joka koostuu ihmisten sanoista ja niiden merkityksestä ja tulkinnoista (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48). Tutkimushaastattelun rakentaminen tapahtuu samoilla keinoilla ja samoihin vuorovaikutusta koskeviin oletuksiin nojaten kuin muissakin keskusteluissa. Olemme oppineet yhteisön jäseneksi kasvaessamme, kielenoppimisen yhteydessä tapoja, joita käytämme haastattelutilanteessa. Kysymme kysymyksiä, teemme oletuksia, osoitamme ymmärtämistä ja välitämme kiinnostusta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 73) mukaan ennen kaikkea joustavuus on yksi haastattelun eduista. Haastattelun aikana haastattelija voi toistaa kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä, selventää sanamuotoja sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastattelun tärkein tehtävä on saada mahdollisimman paljon tietoa käsiteltävästä aiheesta. Onnistumisen kannalta onkin perusteltua antaa haastattelukysymykset jo hyvissä ajoin tutustuttavaksi haastateltaville. Haastattelun aiheen kertominen on eettisesti perusteltua, ja toisaalta ihmiset lupautuvat tutkimukseen helpommin, kun tietävät mistä siinä on kyse. Joustavuuden lisäksi haastattelun eduksi voi laskea sen, että haastateltaviksi voidaan valita henkilöitä, joilla on kokemusta ja tietoa nimenomaan tutkittavasta aiheesta.

Teemahaastattelu on yksi tutkimushaastattelun muodoista, ja se on Suomessa suosituin tapa kerätä laadullista aineistoa. Tässä haastattelumuodossa aihepiirit, teema-alueet, on määritelty ennalta, mutta kysymykset eivät ole tarkasti muotoiltuja ja järjestettyjä. (Eskola & Vastamäki 2007, 27.) Teemahaastattelu etenee keskeisten teemojen varassa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan, jolloin tutkimus vapautuu tutkijan näkökulmasta ja tutkittavan ääni saadaan paremmin kuuluviin (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48).

Teemahaastattelussa haastattelijan täytyy pitää huolta siitä, että kaikki teema-alueet tulevat läpikäytyiksi, vaikka niiden järjestys ja laajuus vaihtelevatkin haastattelukohtaisesti. (Eskola & Vastamäki 2007, 27 - 28). Teemahaastattelussa pyritään löytämään tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisia, merkityksellisiä vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

7.3 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Pohjois-Karjalan maakunnassa työskentelevät sairaanhoitajat, joilla on kokemusta syöpäpotilaiden hoitotyöstä. Haastateltavat sairaanhoitajat valittiin niin, että tietoa ja kokemuksia saataisiin kerättyä hoitotyön kentän eri alueilta. Haastateltavia oli yhteensä neljä, ja heidän työpaikkojaan haastatteluhetkellä olivat terveystieteiden keskus, hoitokoti ja kotisairaanhoito. Työpaikat sijaitsivat Kontiolahdella, Kiteellä ja Ilomantsissa. Sairaanhoitajien työkokemus hoitoalalta vaihteli kolmesta kolmeen kymmeneen neljään vuoteen, ja jokaisella oli kokemusta syöpäpotilaiden hoidosta. Osalla hoitajista oli kokemusta myös syöpää sairastaneiden omaisten saattohoidoista, joista saatuja kokemuksia tuli esiin haastattelujen aikana.

Opinnäytetyön aineisto hankittiin teemahaastattelun avulla. Esihaastattelu suoritettiin kesäkuussa 2013. Tämä oli opinnäytetyön tekijälle hyvä tilaisuus testata haastattelijana olemista, teemahaastattelurungon (liite 2) toimivuutta ja myös tutustua haastattelujen nauhoittamiseen käytettävän digitaalisen tallentimen ominaisuuksiin. Haastattelurunko osoittautui niin toimivaksi, että esihaastattelua oli mahdollista käyttää haastattelun aineistona. Esihaastateltava myös täytti haastateltaville asetetut kriteerit, eli hän oli sairaanhoitaja, jolla oli kokemusta syöpäpotilaiden hoidosta.

Varsinaisia haastatteluja varten haastateltavien tiedusteleminen alkoi yhteystietojen etsimisellä internetin kautta. Heinäkuun alussa lähetettiin sähköpostia erään vuodeosaston osastonhoitajalle, hoitokodin johtajalle ja yksityisen hoivayrityksen toimitusjohtajalle tiedustellen mahdollisia halukkaita haastatteluun osallistujia. Yhden haastattelun opinnäytetyön tekijä sopi ollessaan keväällä 2013 harjoittelussa kotisairaanhoidossa, jossa hänen ohjaajanaan ollut sairaanhoitaja oli sopiva haastateltavaksi. Vuodeosastolta ja hoitokodista haastateltavat löytyivät helposti, yksityisen hoivayrityksen osalta haastateltavan löytäminen oli haastavampaa, eikä haastateltavaa sitten löytynytkään opinnäytetyön tekemiselle asetettujen aikataulujen rajoissa.

Saatuun tietoon halukkaat haastateltavat opinnäytetyön tekijä lähetti heille sähköpostitse saatekirjeen (liite 3), josta kävi ilmi, mistä opinnäytetyössä oli ky-

se. Samassa yhteydessä tiedusteltiin mahdollisia sopivia haastatteluajkoja, ja sovittiin aika haastateltavan aikatauluihin sopivaksi. Kun haastatteluajat oli saatu sovittua, opinnäytetyön tekijä lähetti myös haastateltavia varten tehdyn, riisutun teemahaastattelurungon (liite 4), jotta he voisivat jo etukäteen tutustua haastattelun kulkuun ja siinä käsiteltäviin teemoihin.

Haastattelut tehtiin kesä-elokuussa 2013 haastateltavien työpaikoilla, rauhallisissa ja häiriötekijättömissä tiloissa. Haastattelut tallennettiin digitaalisella tallentimella ja varmuuden vuoksi myös matkapuhelimen nauhurilla. Haastattelut kestivät 10 - 30 minuuttia. Litterointiin kului haastattelun kestosta riippuen 1 - 2 tuntia ja litteroitua haastatteluaineistoa kertyi 16 sivua.

Tutkimuslupakäytännöstä kysyttiin kunkin yksikön esimiestaholta, kun haastattelun ajankohta oli varmistunut. Vuodeosaston osalta tutkimuslupaa ei tarvittu, koska tutkimukseen osallistui vain yksi työntekijä, jonka henkilöllisyys ei tulisi ilmi opinnäytetyössä. Kotisairaanhoidon ja hoitokodin kohdalla tutkimuslupa täytyi hakea. Kotisairaanhoidon osalta luvan hakeminen oli hieman hankalaa, koska opinnäytetyötä tehtiin suurimmaksi osaksi kesä-heinäkuussa, kun taas seuraava tutkimuslupa-asioita käsittelevä kokous oli vasta elokuussa. Haastattelut kuitenkin tehtiin, ja opinnäytetyön tekemistä jatkettiin varautuen siihen, että analysoitua materiaalia ei ehkä saataisikaan käyttää lopullisessa työssä. Tutkimuslupa saatiin elokuussa sekä kotisairaanhoidon että hoitokodin osalta, joten kaikkea haastatteluaineistoa oli lopulta mahdollista käyttää opinnäytetyön työstämisessä. Tutkimuslupia ei laitettu opinnäytetyön liitteeksi haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi.

7.4 Teemoittelu

Teemoittelu on luonteva teemahaastatteluaineiston analysointitapa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Teemoittelun avulla haastatteluaineistosta voi nostaa esiin teemoja, jotka valaisevat tutkimusongelmaa. Aineiston joukosta on pyrittävä löytämään tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet. (Eskola & Suoranta 1998, 175 - 176.)

Teemojen muodostaminen tapahtuu etsimällä haastatteluja yhdistäviä tai erottavia seikkoja. Yleensä teemat löytyvät jokaisesta haastattelusta, joskin vaihtelevissa määrin ja eri tavoin. Aineisto voidaan järjestellä teemoittain litteroinnin jälkeen. Aineistoa teeman mukaan järjestettäessä kootaan jokaisen teeman alle haastatteluiden kohdat, joissa puhutaan kyseessä olevasta teemasta. Järjestely voidaan tehdä tekstinkäsittelyn avulla ”leikkaa - liitä” -toiminnolla. Tekstinkäsittelyn avulla voidaan koota vaivattomasti teemojen alle myös kohtia, jotka kuuluvat muihinkin teemoihin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemojen käsittelyn yhteydessä tutkimusraportissa esitetään yleensä näytepa-loja, sitaatteja. Näiden aineistosta lainattujen kohtien tarkoituksena on havainnollisten esimerkkien antaminen lukijalle. Sitaatit todistavat, että tutkijalla on ollut aineisto, jonka pohjalta analyysi on tehty ja josta on saatu johtolankoja juuri kyseessä oleviin teemoihin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Teemoittain järjestetyt sitaatit ovat usein mielenkiintoisia, mutta aineiston analysointi voi jäädä teemoittelun nimissä kootuksi sitaattikokoelmaksi. Onnistunut teemoittelu vaatii kuitenkin teorian ja kokemuksiin pohjautuvan tiedon toisiinsa lo-mittautumista. (Eskola & Suoranta 1998, 176.)

Sitaattien käytöstä ei voida antaa ehdottomia sääntöjä. Tutkijan on mietittävä tarkasti, kannattaako useampia sitaatteja esittää peräkkäin ilman analyysia ja tulkintaa. Sitaattien runsas käyttö kuvaa aineistoa laajasti, mutta raportista tulee tällöin helposti laaja ja raskaslukuinen. Toisaalta runsaat sitaatit antavat lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkijan tekemien tulkintojen järkevyyttä. (Eskola & Suoranta 1998, 181.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin teemoittelun (ks. liite 5) avulla. Haastattelu-jen avulla saatu aineisto jaettiin tutkimustehtävien mukaisesti teema-alueisiin. Nämä teema-alueet jaettiin vielä alateemoihin aineiston analysoinnin selkeyttä-miseksi. Haastatteluaineistosta muodostettiin yhdeksän teemaa ja niiden alle yhteensä 24 alateemaa (liite 6).

8 Opinnäytetyön tulokset

8.1 Kivunhoidon ongelmatilanteet

Ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisia kivunhoidon ongelmatilanteita sairaanhoitajat ovat työssään kohdanneet. Sairaanhoitajilta kysyttiin myös, milloin kivunhoidon ongelmatilanteita esiintyy ja onko potilaita jouduttu lähettämään erikoissairaanhoidon kivunhoitoon liittyvien ongelmatilanteiden vuoksi. Haastateltavien esiin tuomat kivunhoidon ongelmatilanteet voitiin jakaa viiteen ryhmään. Niitä olivat kipulääkitykseen liittyvät asiat, läpilyöntikivut, potilaan väsyminen kipuihin, lääkintälaitteiden vääränlainen käyttö ja hoitajan riittämättömän perehdytys.

Kaikki haastateltavat mainitsivat erityisenä ongelmana riittämättömän kipulääkityksen, joka koettiin erittäin hankalaksi niin potilaalle, hoitajalle kuin lääkärillekin. Riittämätön kivunlievitys aiheutti ylimääräistä kärsimystä potilaalle ja hoitohenkilökunta koki, ettei pystynyt tekemään tarpeeksi potilaan kipujen poistamiseksi.

”... lääkitystä ei pystytä pitämään riittävänä, et kivut saatas pidettyä kurissa.”

”Kyllähän se on, että missä vaiheessa sitä kipulääkettä lisätään tarpeeksi.”

”Yhen ainoon muistan urani aikana tähän asti, että kipulääkkeet ei minkäänlaiset auttanu. Se oli tosi hankala juttu sitte niin hänelle itelleen, ku meille hoitajilleki. Lääkärille tietysti kanssa.”

Sopivan kipulääkityksen löytyminen koettiin ongelmalliseksi. Myös läpilyöntikivut, kipulääkkeiden sivuvaikutukset ja potilaan väsyminen kipuihin toivat haastateltavien mukaan haasteita kivunhoitoon.

”Monesti on aika vaikkee saaha sitä oikeeta kivunhoittoa näille asiakkaille.”

”Pääsääntöisesti ne on ollut tällaisia läpilyöntikipuja...”

”... niiden (kipulääkkeiden) sivuvaikutukset, joskus pahojakin sivuvaikutuksia, joita on korvaavilla lääkkeillä hoidettu.”

”... potilaan oma väsyminen ja uupuminen siihen omaan tilanteeseen...”

Lääkintälaitteiden, kuten kipupumpun, vääränlaisen käytön koettiin tuovan ongelmia kivunhoitoon. Esimerkiksi kipupumpun virheellinen asettaminen ja käyttö voivat aiheuttaa potilaalle tarpeettomia kiputiloja. Tämä voisi olla estettävissä oikeanlaisella laitteen käyttöön liittyvällä perehdyttämällä. Kivunhoidon ongelmatilanteiden koettiin muutenkin joskus liittyvän riittämättömään perehdytykseen.

”... kun esimerkiksi kipupumput tai tällaiset tulloo, että niihin saisi sen tarkan hyvän perehdytyksen käytöstä ... nää ongelmatilanteet on tullu lähinnä siinä ... että siinä ei oo riittävä perehdytys ollu hoitajalla sitten.”

Kivunhoidon ongelmatilanteita ilmaantui haastateltavien mukaan ympäri vuorokauden. Erityisesti kotisairaanhoidossa ongelmallisimpia aikoja olivat ilta-, yö- ja viikonloppuajat.

”... ihan säännöllisesti koko vuorokauden ympäri...”

”... kotona hoidettavilla turvattomuus on lisänny sitä kiputuntemusta ja hätäntymistä, että ne on sitten ollu iltasin tai viikonloppusin.”

Joissakin tilanteissa potilaita jouduttiin lähettämään erikoissairaanhoidon kivunhoidon ongelmatilanteiden vuoksi. Tätä kuitenkin tapahtui haastateltavien mukaan suhteellisen harvoin. Useimmiten nämä tilanteet pystyttiin välttämään hyvän ennakkoinnin ja oikeanlaisen kipulääkityksen avulla.

”... monesti on ne lääkitykset kaikki katottu jo silleen valmiiks, että pystyy menemään ja siellä (terveyskeskuksen vuodeosastolla) on ohjeet käytettävissä. Mutta sitte jos tämmöistä ei oo tehty, niin sitte he menevät päivystykseen ja sieltä menevät erikoissairaanhoidon.”

”Se ennakointi ois miusta hirveen tärkeätä, että sitte ei turhan takia tarviis ihmisiä enää köijätä tuonne kaupunkiin, kun kaikki ei ees haluu lähtee.”

8.2 Konsultaation nykytilanne

Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää, millainen syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne on sairaanhoitajien mielestä. Haastateltavat toivat esiin kokemuksiaan konsultaation nykytilanteesta, keneltä konsultaatio-apua on saatu, millainen avun saatavuus on ja millaisissa tilanteissa apua on tarvittu.

Haastatteluissa tuli esille, että konsultaation tilanne oli nykyisellään hyvä. Kotisairaanhoidon puolella, saattohoitotilanteissa, lääkäri oli käytettävissä myös virka-ajan ulkopuolella.

”Hirveen hyvin on toiminut.”

Haastateltavien mukaan konsultaatiotilanteessa oli myös parantamisen varaa. Apua oli hankala saada etenkin iltaisin, öisin ja viikonloppuisin ilmaantuneiden ongelmatilanteiden kohdalla.

”Mutta just ilta ja yö on silleen, että ei saa lääkäreitä kiinni ... ja viikonloput ja juhlapyhät, ne on niitä ongelmajuttuja.”

”Että enempi pitäs olla lääkäreitä käytettävissä, tämmösiä kokeneita lääkäreitä.”

”Eihän oo niinkun yksittäistä lääkäriä, jota myö voitais konsultoida vaan Tikkamäelle kun soittaa, siellä on millon kukaki.”

Konsultaatioapua oli saatu eri tahoilta. Haastateltavat olivat saaneet apua lääkäreiltä. Myös kollegiaalisuus mainittiin haastatteluissa, eli toisia sairaanhoitajia voitiin myös konsultoida ongelmatilanteissa. Apua oli saatu myös muilta tahoilta, kuten seurakunnan, Syöpäyhdistyksen tai vertaistuen kautta.

”Meiän kotisairaanhoidon lääkäreiltä ensisijaisesti, mutta sitten tietysti terveyskeskuksen muilta lääkäreiltä ja erikoissairaanhoidosta soittamalla.”

”Terveyskeskuksesta ja sairaalasta on konsultaatiota saanu ja muutakin apua ja tukea, ja lisälääkitystä tarvittaessa.”

”... ja toiset hoitajat. Kollegiaalisuus.”

”... seurakunnan ihmiset, joita on käytettyki meillä paljon, että sitten nää henkisen puolen tukemiseen. Syöpäyhdistyksen ihmiset ja sitten nämä vertaistuki-ihmiset ...”

Konsultaatioavun saatavuus koettiin hyvänä, mutta siinä nähtiin myös kehitettävää. Apua saatiin hyvin varsinkin silloin, kun sairaanhoitajalla oli pidempi kokemus hoitotyöstä. Usein oli tiedettävä oikeat reitit ja keneltä neuvoja kannatti pyytää.

”... jos saattohoitoa tehdään kotona tai jos omaiset tekee saattohoitoa kotona, niin siinä on terveyskeskuksen ja kotihoidon väki hyvin mukana ja se räätälöidään silleen se toiminta, että tukea saa ja apua saa.”

”Kyllä mie oon sitten loppujen lopuks saanu niitä (neuvoja ja apua), mutta se vie aikaa. Että joutuu käyttämään paljon eri reittejä että saa.”

Kehittämisen paikkoja olivat haastateltavien mukaan riittävän konsultaatioavun saaminen ja avun saaminen virka-ajan ulkopuolella. Terveyskeskuksessa kon-

sultointi oli vaikeutunut, koska tilanne oli muuttunut niin, ettei osastonlääkäri päivystänyt enää virka-ajan ulkopuolella.

”En aina koe saavani (riittävästi apua). Tullee monta kertaa olo, että mitä tässä vielä vois enemmän tehdä sen potilaan hyväksi.”

”Mutta ajan saatossa ensin loppu yöpäivystys ja nyt sitten vuoden alusta myös viikonloppupäivystys. Sehän tuottaa haastetta sitten siihen kivunki hoitoon.”

”Mut ongelma on just se, että nyt ei voida osastonlääkäreitä enää tai talon lääkäreitä konsultoida ilta-aikaan, yöaikaan, viikonloppuisin, kun ennen se oli helppoo.”

Eniten käytetty konsultaatiomenetelmä oli puhelinkonsultaatio. Puhelimen avulla oli konsultoitu niin terveyskeskuksessa, yhteispäivystyksessä kuin erikoissairaanhoidossakin työskenteleviä lääkäreitä. Puhelinkonsultaatiossa koettiin olevan omat hankaluutensa, koska joskus asioita oli vaikea selittää puhelimesta. Myös kotikäyntejä yhdessä lääkärin kanssa oli tehty, varsinkin kotona tapahtuvien saattohoitojen kohdalla. Tämä koettiin tärkeäksi moniammatillisen näkökulman saamisen kannalta.

”... kyllähän myö puhelimitse konsultoidaan kans sitä yhteispäivystystä ja sitte keskussairaalan myös. Mutta kuitenkin kun ei oo näköpuhelimia vielä, se on kauheen vaikee joskus selittää puhelimesta.”

”... kyllä mie oon ihan kasvokkainki ollu keskustelemassa ja jopa yhdessä menty asiakkaan luo kotiin. Semmosta, että tulee semmonen moniammatillinen siinä.”

Konsultaatioapua tarvittiin useimmiten tilanteissa, joissa potilaan sairaus oli edennyt tai se oli loppuvaiheessa, erityisesti lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Lääkehoitoon haasteita toivat erityisesti potilaalle ilmaantuvat läpilyöntikivut ja lääkkeenantotavan vaihtuminen esimerkiksi injektio- ja tablettihoidosta keskuslaski-

mokatetrin kautta annettavaan lääkitykseen. Myös tilanteissa, joissa kipu aiheutti potilaalle henkisiä vaikeuksia, tarvittiin apua ja neuvoja.

”... kun sairaus etenee ja vointi huononee, kun rupee olemaan läpi-lyöntikipuja ja joudutaan sitten injektio- ja lääkityksestä CVK:hon tai kipu-pumppuun tai tämmöseen siirtymään...”

”Just tää lääkehoito...”

”... tulee tämmösiä monenlaisia henkisen puolen asioitakin...”

Lisäksi konsultaatioapua tarvittiin ennakkoinnissa, eli silloin, kun pyrittiin ehkäisemään ennalta mahdollisia kivunhoidon ongelmatilanteita. Kun potilaan tiedettiin olevan hyvin kivulias, voitiin kivunhoitoa suunnitella jo etukäteen, koska lääkäri ei kaikissa hoitopaikoissa ollut aina tavoitettavissa.

”... lääkärin kanssa pitää suunnitella ... se kivun lievitys, että mitä jos tuloo kivulias, että hyvin ennakkoon tilanne jo käyvä läpi ...”

8.3 Konsultaation kehittäminen

Kolmannen tutkimustehtävän avulla kartoitettiin sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin kehittää. Kehittämisen kohteiksi nousivat siirtymävaiheen tiedonsaanti, lääkärin ja sairaanhoitajan välinen yhteistyö sekä yhteistyö kollegoiden kanssa. Myös yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa toivottiin kehitettävän.

Siirtymävaiheeseen, jossa potilas siirtyi esimerkiksi erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle tai vuodeosastolta kotisairaanhoitoon, toivottiin tiedonkulun tehostamista ja parempaa yhteistyötä.

”... semmosena kehittämiskohteena olis se ensihetken tiedonsaanti siitä, kun asiakas siirtyy erikoissairaanhoidosta kotiin saattohoito-vaiheeseen.”

Lääkärin ja sairaanhoitajan väliseen yhteistyöhön toivottiin tasavertaisuutta ja mahdollisuutta kutsua lääkäri myös potilaan luokse tarvittaessa. Toiveena oli myös, että voitaisiin konsultoida syöpätaudeista ja kivunhoidosta kokemusta omaavia lääkäreitä sekä lääkäreitä, jotka tuntisivat potilaan ja tietäisivät hänen tilanteensa jo ennakolta.

”Kotisaattohoitoa ajatellen ihannetilanne ois se, että työparina jos hoitaja ja lääkäri toimii, niin ois myös kotikäyntejä.”

”Yhteistyön lisääminen ja sitten tämmönen tietynlainen avoimuus, ja sitten se että ei liian voimakkaasti katota, että tuo esimerkiksi sairaanhoitaja ja tuo on lääkäri, tuo ei kuulu mulle. Tehään silleen joustavasti lomittain yhteistyötä.”

”Miusta olis ihannetilanne, että olis joku syöpätauteihin erikoistunut lääkäri, jolla olis niinku se asiantuntijuus, jota vois konsultoida.”

Sairaanhoitajien välistä yhteistyötä ja verkostoitumista pidettiin myös kehittämisen paikkana. Etenkin toivottiin, että syöpätaudeista kokemusta omaavien kollegoiden tietoja voitaisiin hyödyntää omassa työssä eteen tulevissa kivunhoidon ongelmatilanteissa.

”...esimerkiks syöpäosastolla nuo sairaanhoitajat, kun heillä on paljon laajempi kokemus tästä, kun on tavallaan erikoisalasta kuitenkin kyse.”

Potilaan ja hänen omaistensa kanssa tehtävä yhteistyö koettiin tärkeäksi myös kivunhoitoon liittyvissä asioissa. Omaiset voivat antaa tärkeää tietoa potilaan tilanteesta. Potilaan ja omaisten luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan lisääntyi, kun he saivat olla mukana hoidon suunnittelussa.

”Monta kertaahan sitten omaiset on tärkeessä roolissa kanssa tässä, että hyö toimii viestinviejinä ja -tuojina...”

”Ja tietenkin se potilas tai asiakas siinä mukana olemassa ja omaiset. Että se yhteinen linja löytyy...”

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tehtävä oli selvittää, millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet, millainen on syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne ja miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin kehittää.

Kivunhoidon ongelmantilanteita tuli haastatteluissa esiin viidenlaisia. Sairaanhoitajat kokivat ongelmatilanteiden liittyvän kipulääkitykseen, läpilyöntikipuihin, potilaan kipuihin väsymiseen, lääkintälaitteiden käyttöön ja sairaanhoitajan perehdytykseen.

Kuuppelomäen (2002, 705) tutkimuksen mukaan riittämätön kipulääkitys oli suuri ongelma. Myös sopivan lääkityksen ja annostuksen löytäminen oli aikaa vievää. Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia. Sairaanhoitajat kokivat kipulääkityksen riittämättömyyden ja sopivan lääkityksen löytymisen ongelmalliseksi syöpäpotilaan kivunhoidossa. Pöyhiän (2002, 27) mukaan taustakivun sijaan ongelmaksi voivat tulla läpilyöntikivut. Myös opinnäytetyössä tuli esiin, että läpilyöntikivut ovat yksi suurimmista ongelmista kivunhoidossa. Siiskosen ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että lääkärit kokivat lääkityksen aiheuttamat sivuvaikutukset haasteellisiksi. Sama asia tuli esille myös opinnäytetyössä sairaanhoitajien kokemana.

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajien riittämätön kivunhoidollinen perehdytys voi aiheuttaa ongelmia. Myös Kuuppelomäen (2002, 705) tutkimuksesta kävi ilmi, että sairaanhoitajilla oli tarvetta lisätiedon ja koulutuksen saantiin. Erityisesti lisätietoa toivottiin saatavan vaihtoehtoisista kivunlievitysmenetelmistä, kipulääkkeiden yhdistelemisestä ja kivun arvioinnissa. Opinnäytetyön

mukaan taas etenkin lääkintälaitteiden käytön suhteen tulisi saada parempaa perehdytystä.

Potilaan väsymistä kipuihin pidettiin opinnäytetyön mukaan yhtenä mainittavana kivunhoidon ongelmana. Kipuihin väsyminen voi osittain liittyä siihen, että potilas ei osaa tai halua tuoda kiputilaansa tarpeeksi selkeästi esille. Kivun arviointi voi siis jäädä vajavaiseksi, ja näin ollen kivunhoitokin on riittämätöntä. Myös Kuuppelomäen (2002, 705) tutkimuksessa tuli esille, että erilaiset kivun arviointiin liittyvät tilanteet ovat usein ongelmallisia.

Syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne koettiin opinnäytetyön tulosten mukaan osittain hyväksi ja osittain siinä nähtiin myös kehittämiskohteita. Yhteistyö lääkäreiden, kollegoiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa sujui usein ongelmattomasti. Laurin (2000, 280 - 283) mukaan moniammatillinen yhteistyö kivunhoidossa voikin tuottaa potilaan kannalta parhaan mahdollisen tuloksen. Kotisairaanhoidossa oli oma lääkäri käytettävissä myös virka-ajan ulkopuolella. Toisaalta esiin tuli myös kokemuksia siitä, että iltaisin, öisin ja viikonloppuisin apua oli hankala saada.

Opinnäytetyön mukaan käytetyin konsultaatiomenetelmä oli puhelinkonsultaatio. Eniten konsultoituiin terveyskeskusten, yhteispäivystyksen ja erikoissairaanhoidon lääkäreitä. Hollannissa (Teunissen ym. 2007) ja Kanadassa (Ridley & Gallagher 2008) on ollut useita vuosia käytössä ympärivuorokautinen puhelinkonsultaatiopalvelu. Puhelinpalveluita käyttivät usein sairaanhoitajat ja puhelut koskivat useimmiten syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita. Opinnäytetyöstä kävi ilmi, että puhelinkonsultaation lisäksi sairaanhoitajat olivat myös käyneet arvioimassa potilaan tilannetta lääkärin kanssa henkilökohtaisesti.

Yhtenä konsultaatiokäytänteiden kehittämiskohteena nähtiin opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan siirtymävaiheen tiedonsaannin kehittäminen. Lisäksi toivottiin kehitettävän sairaanhoitajien yhteistyötä lääkäreiden, kollegoiden sekä potilaan ja omaisten kanssa. Kuuppelomäen (2002, 705) tutkimuksessa tuli myös esille, että sairaanhoitajien ja lääkärin välisessä yhteistyössä on kehittämisen varaa. Lääkäreiden koettiin esimerkiksi luottavan huonosti sairaanhoitajien arvioihin potilaiden kivuista ja lääkityksen tarpeesta. Opinnäytetyöstä kävi

ilmi, että yhteistyöhön toivottaisiin tasavertaisuutta, jonka kehittyminen vaatisi luottamusta lääkärin ja sairaanhoitajan välille.

Opinnäytetyön tulosten mukaan sairaanhoitajat toivoivat voivansa konsultoida kokeneita lääkäreitä, joilla olisi erikoisosaamista syöpätautien ja kivunhoidon osa-alueelta. Siiskosen ym. (2008, 34) tutkimuksesta selvisi myös, että lääkäreiden kokemattomuus ja puutteelliset tiedot aiheuttivat useimmiten ongelmia syöpäkivun hoidossa.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota moniin seikkoihin. Ensinnäkin tutkijan on tiedettävä, mitä hän on tutkimassa ja miksi sekä mitkä ovat tutkijan omat sitoumukset tutkimukseen liittyen. Aineistonkeruuseen tulee kiinnittää huomiota menetelmän, tekniikan ja aineiston keräämiseen liittyvien erityispiirteiden osalta. Tutkimuksen tiedonantajien valinta ja heidän henkilöllisyytensä suojaaminen on erityisen tärkeää tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden kannalta. Luotettavuuden arvioinnissa otetaan huomioon myös tutkijan ja tiedonantajan suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysimenetelmät sekä raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 140 - 141.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 198) esittävät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi uskottavuuden ja siirrettävyyden. Uskottavuus edellyttää tutkijalta selkeää tulosten kuvausta. Tarkastelun kohteena ovat analyysiprosessi ja tulosten validiteetti. Tutkijan on kuvattava analyysi mahdollisimman tarkasti, sillä aineiston ja tulosten suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Lukijan on pystyttävä ymmärtämään, miten analyysi on tehty sekä millaisia vahvuuksia ja rajoituksia tutkimuksella on ollut.

Siirrettävyys varmistetaan huolellisella tutkimuskontekstin kuvauksella sekä osallistujien valinnan ja taustojen selvittämisellä. Myös aineiston keruu ja analyysin tarkka kuvaaminen ovat tärkeitä asioita siirrettävyyden kannalta. Kun edellä mainitut seikat on kuvattu tutkimuksessa tarkasti, toisen tutkijan on helppo seurata prosessin kulkua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus pyritään usein varmistamaan esittämällä raportissa suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Näin lukijalla on mahdollisuus myös pohtia aineiston keruun polkua. Tutkijan on suositeltavaa käyttää kuvauksia materiaalistaan, mutta lainausten määrä ja pituus on päätettävä aina tutkimuskohtaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa haettiin tietoa työn teoriaosaa varten tieteellisistä teoksista ja julkaisuista niin sähköisesti kuin manuaalisestikin. Opinnäytetyön tekijä oli tarkka siitä, millaista tietoa kelpuutti työhön. Tärkeimpiä kriteereitä olivat tiedon tuottajien luotettavuus ja teosten julkaisuajankohta. Suurin osa teoriaosuudesta saatiin kirjoitettua kevätlukukauden aikana. Teoriaa täydennettiin vielä kesän aikana haastavammin löydettävällä tiedolla. Esimerkiksi etenkin terveydenhuollossa tapahtuvasta konsultaatiosta oli haastavaa löytää tietoa, ja kaikkein tuorein kansainvälinen tieto osoittautui jopa maksulliseksi.

Tutkimuksen haastateltavat valittiin niin, että heillä oli tietoa ja kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Tutkimustulokset pohjautuivat täysin haastateltavien kertomuksiin, jotka opinnäytetyön tekijä pyrki teemoittelemaan mahdollisimman selkeästi ja johdonmukaisesti tutkimustehtävä kerrallaan. Tutkimuksen uskottavuuden ja siirrettävyyden varmistamiseksi aineiston keruu- ja analysointiprosessi pyrittiin kuvailemaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tutkimukseen osallistuvien valintakriteerit selvitettiin ja heidän taustoistaan kerrottiin. Myös prosessin etenemiseen vaikuttaneet heikkoudet tuotiin esille. Tulososiossa esitettiin suoria lainauksia haastatteluista, jotta haastateltavien omakohtaiset kokemukset saataisiin paremmin esiin ja lukija voisi nähdä, millaisesta aineistosta teemoittelu sai pohjansa.

9.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelu alkaa siitä, että jo tutkimusaiheen valinta on opinnäytetyön tekijän eettinen ratkaisu. Hyödyllisyys on tutkimusetiikan peruste ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohta. Tutkijan tuleekin arvioida jo tutkimussuunnitelmaa tehdessään, miten tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan

hyödyntää hoitotyön laadun kehittämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Eri organisaatioiden tutkimuskäytännöt ovat vaihtelevia, mutta yleensä tutkimusta varten haetaan tutkimuslupa yksikön esimieheltä. Tutkijan on tärkeää perehtyä yksiköiden lupakäytäntöihin ja toimia niiden edellyttämällä tavalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222 - 223.)

Tutkimukseen osallistumisen perusteena tulee olla tietoinen suostumus. Yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista onkin tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistumisen on aina oltava aidosti vapaaehtoista ja tutkimuksesta on voitava kieltäytyä. Tutkittavilla täytyy olla mahdollisuus kieltäytyä antamasta tietoja tai jopa keskeyttää tutkimus omalta osaltaan. Osallistumattomuudesta ei rangaista, eikä osallistumisesta palkita. Näin ollen esimerkiksi saatekirjeen tulee olla neutraali ja asiallinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218 - 219.) Kun aineisto kerätään suoraan tutkittavilta ja se tallennetaan sellaisenaan, on tutkittavia informoitava kirjallisesti ja heiltä tarvitaan vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Kuula 2006, 119).

Yksi parhaiten tunnetuista ihmistieteen tutkimuseettisistä normeista on tunnistettavuuden estäminen. Nimettömyys eli anonymiteetti ja tunnistamattomuus onkin otettava itsestäänselvytenä, kun tutkittavien kanssa sovitaan tutkimuksen tekemisestä. (Kuula 2006, 201.) Tutkimustietoja ei saa tulla yhdenkään tutkimusprosessin ulkopuolisen henkilön tietoon. Aineiston ollessa pieni, voidaan osallistujien taustatietoja kuvailla keskiarvoina. Alkuperäisilmauksia eli sitaatteja käytettäessä tulee olla tarkkana siitä, että niistä ei selviä, kuka on ollut tutkittavana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Tutkimusta tehtäessä plagioinnilla tarkoitetaan esimerkiksi toisen henkilön tekstin suoraa lainaamista ilman asianmukaisten lähdeviittemerkintöjen käyttöä. Tulosten sepittäminen taas tarkoittaa sitä, että tutkija ei ole lainkaan kerännyt aineistoa tai hän muuttaa saamiaan tuloksia. Tutkimusraportissa tulee kuvata tarkasti kaikki tutkimuksen vaiheet, unohtamatta mahdollisia kielteisiä tuloksia tai tutkimuksen puutteita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223.)

Opinnäytetyön tekijä valitsi tutkimusaiheen sen vuoksi, että se on ajankohtainen ja esimerkiksi toimeksiantajana toimiva projekti voi käyttää tutkimuksesta saatua tietoa hyödyksi. Opinnäytetyön tekijä otti selvää, millainen on kunkin haastateltavan sairaanhoitajan työyksikön tutkimuslupakäytäntö ja tutkimuslupaa haettiin niistä yksiköistä, joissa se oli käytäntönä. Koska osallistujamäärä oli pieni, eikä henkilötietoja tullut tutkimuksessa ilmi, yhdestä yksiköstä ei tarvinnut hakea lupaa.

Opinnäytetyötä varten haastatellut henkilöt osallistuivat tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti ja oman harkintansa mukaan. Ketään ei siis pakotettu osallistumaan, ja toisaalta ketään ei myöskään palkittu osallistumisesta. Kun osallistujat olivat antaneet suostumuksensa haastattelun tekemiseen, opinnäytetyön tekijä lähetti heille saatekirjeen ja haastateltavia varten tehdyn teemahaastattelurungon. Näin tutkimukseen osallistuvat pystyivät tarkemmin perehtymään, mistä opinnäytetyössä on kysymys ja millainen haastattelun kulku tulisi olemaan. Jokaista osallistujaa siis informoitiin kirjallisesti ja he antoivat vapaaehtoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta.

Anonymiteetin ja tunnistamattomuuden varmistamisessa pyrittiin olemaan erityisen huolellisia. Haastateltavien sairaanhoitajien henkilötiedot eivät tulleet esiin missään vaiheessa tutkimusta. Ne olivat ainoastaan opinnäytetyön tekijän tiedossa. Työpaikkoja koskevat tiedot, tutkittavien työkokemus ja työtaustat kerrottiin niin, ettei niidenkään perusteella voi päätellä, kuka on ollut tiedonantajana. Tulososiosta, sitaattien osalta jätettiin pois kaikki yksilöivät tunnisteet. Sitaatit jätettiin alkuperäiseen muotoonsa, koska kaikki haastateltavat puhuivat Pohjois-Karjalan murretta, eikä heitä siis voinut tunnistaa puhetavan perusteella.

Koko prosessin ajan pyrittiin olemaan tarkkoja siinä, että kaikki lähdeviitteet tulisivat merkityiksi asianmukaisesti. Opinnäytetyön tekijä ei esittänyt omanaan muiden tuottamaa tietoa. Työstä käy myös ilmi, että opinnäytetyön tekijä todella keräsi tutkimusaineiston ja tulokset esitettiin, niin kuin ne tutkimusaineistosta ilmenivät. Kaikki tutkimuksen vaiheet pyrittiin kuvaamaan tarkasti ja tutkimustulokset kuvattiin totuudenmukaisesti.

9.4 Opinnäytetyön oppimisprosessi

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen ja ajatuksia herättävä prosessi. Aihe valikoitui opinnäytetyöntekijän kiinnostuksen pohjalta. Alkuperäinen ajatus oli tehdä opinnäytetyö, joka käsittelisi jollain tavalla syöpäpotilaan kivunhoitoa. Oli onnekas yhteensattuma, että Paletti-hanke oli juuri käynnistämiskäynnissä, kun työn aihetta pohdittiin. Opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä hankkeen projektipäällikköön, joka ehdotti opinnäytetyön tekemistä kivunhoidon ongelmatilanteisiin liittyvän konsultaation näkökulmasta.

On tärkeää, että tehdyllä työllä on käytännön merkitystä ja sitä voidaan mahdollisesti hyödyntää toimeksiantajan ja työelämän tarkoituksiin. Opinnäytetyöntekijä kokee, että opinnäytetyön tekeminen oli ammatillista kasvua edistävää. Työn tekeminen antoi mahdollisuuden perehtyä laajasti syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyviin asioihin sekä teorian tiedon että hoitoalan ammattilaisten kokemusten pohjalta. Näistä tiedoista on varmasti hyötyä tulevaisuudessa, sairaanhoitajan töitä tehdessä. Myös itsenäisen työskentelyn ja päätöksenteon taidot harjaantuivat opinnäytetyön tekemisen myötä.

Aikaa vievin osuus työssä oli tiedonhankinta, joka kävi kuitenkin ajan kuluessa helpommaksi. Tietolähteitä oli paljon, joten rajausta piti tehdä ja olla tarkkana lähteiden luotettavuuden suhteen. Teemahaastatteluja tehtiin nyt ensimmäistä kertaa. Haastattelujen tekeminen jännitti tekijää aluksi hieman, mutta haastattelut sujuivat kuitenkin luontevasti. Haastattelutilanteet olivat rentoja ja haastateltavat aiheesta innostuneita, asialleen ja työlleen omistautuneita. Haastattelujen litterointi ja analysointi sujui joutuisasti, koska aihe oli mielenkiintoinen ja opinnäytetyöntekijä halusi päästä nopeasti selville siitä, millaisia tuloksia aineistosta tulisi esille.

Aikataulutus oli yksinkertaista, koska työ tehtiin yksin. Välillä opinnäytetyöntekijä olisi kaivannut tukea valintoihin ja motivoivaa kannustusta työn eteenpäin viemiseksi. Varsinkin kesän aikana työn tekeminen oli aika yksinäistä puurtamista, kun opinnäytetyöryhmä ei kokoontunut. Keväällä ja syksyllä saatiin hyvää tukea ryhmässä niin samassa tilanteessa olevilta opiskelutovereilta kuin ohjaavilta opettajiltakin. Myös asiantuntijaohjaaja antoi hyviä vinkkejä ja neuvoja työn to-

teuttamista varten. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöntekijä on tyytyväinen siihen, miten työ saatiin etenemään ja siihen, että opinnäytetyö on oman työn tulosta.

9.5 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvänä jatkotutkimuksen aiheena voisi olla syöpäpotilaiden tai heidän omaistensa kokemukset kivunhoidon ongelmatilanteista ja niiden ratkaisemisesta. Lisäksi jatkotutkimusta voisi tehdä siitä, millaisin keinoin konsultaatiokäytänteitä voisi kehittää. Terveystieteiden tutkimuksessa tapahtuvasta konsultaatiosta voisi myös tehdä lisää tutkimusta erilaisiin hoitotyön ongelmatilanteisiin liittyen.

Opinnäytetyöstä saatujen tutkimustulosten avulla on mahdollista kehittää syöpäpotilaiden kivunhoidon konsultaatiokäytänteitä. Syöpäpotilaiden parissa työskentelevien sairaanhoitajien omakohtaiset kokemukset ja mielipiteet antavat hyvän pohjan kehittämistyölle.

Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus, 27 - 28.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* (36) 1, 30.
- Heiskanen, T. 2012. Kivun hoito erikoistekniikoin. *Finnanest* 45 (5), 466 - 469.
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim* 129 (4), 385 - 392.
- Hietanen, P. 2004. Kuraatio vai palliatio? Näkökohtia hoidon valinnassa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 19 - 21.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Isola, J. & Kallioniemi, A. 2013. Syövän klonalisuus. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Lyly, T. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 15 - 16.
- Johansson, R. 2012. Tietoa potilaalle. Solunsalpaajat eli sytostaatit. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01077&p_teos=dlk&p_osio=&p_selaus=. 5.5.2013.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kouri, M. & Tenhunen, M. 2013. Sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Lyly, T. (toim.). Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim, 148 - 172.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuuppelomäki, M. 2002. Pain management problems in patients' terminal phase as assessed by nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing* 40 (6), 701 - 709.
<http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a77bc10-3cc9-48e0-a03e-910e434bd028%40sessionmgr112&vid=3&hid=103>. 19.7.2013.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lauri, S. 2000. Moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 279 - 288.
- Mattila, K.-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.

- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. Helsinki: Opetusministeriö.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>. 16.8.2013.
- Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? *Duodecim* 120 (6), 655 - 662.
- Pukkala, E., Dyba, T., Hakulinen, T. & Sankila, R. 2006. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. *Syöpä 2015. Syöpäjärjestöjen julkaisuja*. Helsinki: Suomen syöpärekisteri.
http://www.cancer.fi/@Bin/52456271/image_61_2.pdf. 22.7.2013.
- Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 259 - 263.
- Pöyhiä, R. 2002. Lämpilyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. *Finnanest* 35 (1), 27.
- Ridley, J. & Gallagher, R. 2008. Palliative Care Telephone Consultation: Who Calls and What do they Need to Know? *Journal of Palliative Medicine* 11 (7), 1009 - 1012.
<http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=99ae19b4-99fa-41d6-b5ad-6047124e020b%40sessionmgr104&vid=13&hid=103>. 23.7.2013
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino, 22 - 56.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html. 10.5.2013.
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.-M. (toim.) *Kivunhoito*. Helsinki: Tammi, 97 - 110.
- Salanterä, S., Hagelberg N., Kauppi, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Siiskonen, E., Niemi-Murola, L., Hamunen, K. & Kalso, E. 2008. ”Kyllähän se kipu hoidetaan, rauhoittukaa” – Lääkäriliiton kyselytutkimus syöpäkivun hoidon tilasta Suomessa. *Kipuviesti* 2010(1), 32 - 36.
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/files/Kipuviesti%201-2010.pdf>. 29.8.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 - 2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf. 4.3.2013.
- Suomen kivuntutkimusyhdystys ry. 2007. *Syöpäkivun hoito-opas*.
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/files/Sy%C3%B6p%C3%A4kivunhoito-opas.pdf>. 6.5.2013
- Suomen syöpärekisteri. 2013. *Ajantasaiset perustaulukot*. Pohjois-Karjala.
<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/pohjois-karjala/>. 22.7.2013.
- Syöpäjärjestöt. 2010. *Tietoa syövästä*.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/>. 5.5.2013.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Sosiaaliportti. Tietoa konsultoinnista. http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/konsultointi/tietoa_konsultoinnista/. 22.7.2013.
- Teunissen S. C. C. M., Verhagen E. H., Brink M., van der Linden B. A., Voest E. E. & de Graeff A. 2007. Telephone consultation in palliative care for cancer patients: 5 years of experience in The Netherlands. *Supportive Care in Cancer* 15 (6), 577 - 582. <http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?sid=9938546b-f360-4a3c-b47b-c43ad45e00ab%40sessionmgr110&vid=14&hid=112>. 2.8.2013.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vainio, A. 2003. Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 478 - 506.
- Vainio, A., Saarto, T. & Hänninen, J. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 58 - 140.
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vuento-Lammi, M. 2012. Teoksessa Kivun lääkkeettömät hoitomuodot. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Espoo: Suomen Kipu ry, 19 - 22.
- World Health Organization. 2013. Programmes and projects. Cancer. Palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>. 4.3.2013.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Karelia ammattikorkeakoulu Oy
Toimeksiantajan edustaja:	Paletti-hanke, Henna Myller
Osoite:	Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	+358 50 438 7548
Sähköposti:	henna.myller@karelia.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyön aihe:	SAIRAANHOITAJIEN KONSULTAATION TARVE SYÖPÄPOTILAAN KIVUNHOIDON ONGELMATILANTEISSA POHJOIS-KARJALAN MAAKUNNASSA
Opiskelijanumero ja nimi:	0900927 Anu Kurki
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	
Toimeksiantajan sitoumukset	
Opiskelija voi kopioida hankkeen kustannuksella opinnäytetyöhön liittyvää materiaalia Tikkarinteen monistamon koneella tai vaihtoehtoisesti hän saa kopiopaperia. Tarvitavat opinnäytetyöhön liittyvät haastattelumatkat opiskelija voi laskuttaa halvimman kulkuneuvon mukaan. Opiskelija saa kirjekuoret tutkimuslupahakemuksiin	
Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelija luovuttaa valmiin opinnäytetyön hankkeelle 1kpl paperiversiona muovikansissa sekä sähköisesti/muistitikulla. Opiskelija antaa luvan laittaa opinnäytetyö Moodle-sähköiseen oppimisympäristöön hankkeessa olevien toimijoiden käyttöön. Valmiin opinnäytetyön opiskelija esittelee hanketoimijoille erikseen sovittavana ajankohtana.	
Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Merja Nuutinen ja Minna Rokkila
Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
6.6.2013	 Anu Kurki
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
6.6.2013	 Henna Myller

Teemahaastattelurunko haastattelijalle

1. Mikä on ammattisi?
2. Kauanko olet ollut hoitoalalla?
3. Kauanko olet hoitanut syöpäpotilaita?

APUKYSYMYKSET:

- Miten usein olet hoitanut syöpäkipupotilaita?
4. Millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita olet kohdannut työssäsi?

APUKYSYMYKSET:

- Millainen ongelmatilanne on sellainen, että koet tarvitsevasi konsultaatiota sen ratkaisemiseksi?
 - Milloin kivunhoidon ongelmatilanteita yleensä ilmaantuu?
 - Esiintyykö ongelmatilanteita usein iltaisin, öisin tai viikonloppuisin?
 - Onko potilaita jouduttu lähettämään erikoissairaanhoidon kivunhoidon ongelmatilanteiden vuoksi ilta-, yö- tai viikonloppu-aikaan?
5. Millainen on mielestäsi syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne?
 - Millaista konsultaatiota tällä hetkellä on saatavissa kivunhoidon ongelmatilanteissa?

APUKYSYMYKSET:

- Millaiseksi koet tämänhetkisen konsultaatiotilanteen?
- Miten apua on saatavilla iltaisin, öisin tai viikonloppuisin?
- Keneltä olet saanut apua, neuvoja ja tukea ongelmatilanteissa?
- Kuinka usein olet kokenut tarvitsevasi ulkopuolista apua ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi?

Teemahaastattelurunko haastattelijalle

6. Miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin mielestäsi kehittää?

- Millaista konsultaatiota toivoisit saavasi kivunhoidon ongelmatilanteissa?

APUKYSYMYKSET:

- Kuka konsultaatiota voisi antaa?
- Koetko saavasi riittävästi apua, tukea ja neuvoja ongelmatilanteissa?
- Millaista apua toivoisit saavasi ilta-, yö- tai viikonloppuaikoina?
- Millaisia konsultaatiomenetelmiä toivoisit käytettävän? (Puhelin, videopuhelut, ”konsultti” paikan päälle...)

Saatekirje

Hyvä tutkimukseen osallistuja,

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Karelia-ammattikorkeakoulusta. Valmistumisajankohtani on joulukuu 2013. Olen tekemässä opinnäytetyötä aiheesta Sairaanhoitajien konsultaation tarve syöpäpotilaan kivunhoidossa Pohjois-Karjalan maakunnassa. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita Pohjois-Karjalan maakunnassa työskentelevät sairaanhoitajat ovat kohdanneet, millainen on syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne ja miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin kehittää.

Opinnäytetyöni teen toimeksiantona Paletti - Palliatiivisen- ja saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja rakenteiden kehittäminen asiantuntijayhteistyönä Pohjois-Karjalan maakunnassa -hankkeelle, jonka toteutusaika on 2013 - 2015. Yhtenä hankkeen tavoitteena on akuuttien ja vaikeasti hallittavien oireiden asiantuntija- ja konsultaatiokäytänteiden kehittäminen. Hankkeen projektipäällikkö toimii opinnäytetyöni asiantuntijaohjaajana.

Tulen keräämään opinnäytetyöni aineiston teemahaastattelun avulla. Haastattelut aion nauhoittaa aineiston analyysia helpottaakseni. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on mahdollisuus lopettaa tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa. Kerätty aineisto on ainoastaan minun käytössäni, eikä henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa. Aineiston tulen hävittämään, kun opinnäytetyö on hyväksytty.

Toivon, että löydämme Teille sopivan haastatteluajankohdan kesän 2013 aikana.

Ystävällisin terveisin,

Anu Kurki

Teemahaastattelurunko haastateltavalle

1. Mikä on ammattisi?
2. Kauanko olet ollut hoitoalalla?
3. Kauanko olet hoitanut syöpäpotilaita?
4. Millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita olet kohdannut työssäsi?
5. Millainen on mielestäsi syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne?
 - Millaista konsultaatiota tällä hetkellä on saatavissa kivunhoidon ongelmatilanteissa?
 - Millaista konsultaatiota on saatavissa iltaisin, öisin ja viikonloppuisin?
6. Miten konsultaatiokäytänteitä voitaisiin mielestäsi kehittää?
 - Millaista konsultaatiota toivoisit saavasi kivunhoidon ongelmatilanteissa?
 - Millaista konsultaatiota toivoisit saavasi iltaisin, öisin ja viikonloppuisin

Esimerkki teemoittelusta

Teema	Sitaatti	Alateema
T1.1. Kivunhoidon ongelmatilanteet	"Pääsääntöisesti ne on ollut tällaisia läpilyönti-kipuja..." (H1)	Läpilyöntikiput
	"...potilaan oma väsyminen ja uupuminen siihen omaan tilanteeseen..." (H1)	Potilaan väsyminen kipuihin
	"...lääkitystä ei pystytä pitämään riittävänä, et kivut saatas pidettyä kurissa." (H1)	Kipulääkityksen riittämättömyys
	"Kipulääkityksen riittämättömyys..." (H2)	
	"Kyllähän se on, että missä vaiheessa sitä kipulääkettä lisätään tarpeeks." (H3)	
	"Yhen ainoon muistan urani aikana tähän asti, että kipulääkkeet ei minkäänlaiset auttanu. Se oli tosi hankala juttu sitte niin hänelle itelleen, ku meille hoitajilleki. Lääkärille tietysti kanssa." (H3)	
	"Monesti on aika vaikeeta saaha sitä oikeeta kivunhoittoa näille asiakkaille." (H2)	Sopivan kipulääkityksen löytyminen
	"... se tarvittavan annostuksen muuttaminen ja lääkeyksen alottaminen. Että ne aina viivästyy sitten, se ei oo niin nopeeta." (H4)	
	"...niiden (kipulääkkeiden) sivuvaikutukset, joskus pahojakin sivuvaikutuksia, joita on korvaavilla lääkkeillä hoidettu." (H2)	Kipulääkkeiden sivuvaikutukset
	"... esimerkiks kipupumpun käyttö, ammatitaidotonta laittamista, turhaan on niinku kipuja ollu sitte, suoraan sanoen väärin laitettu.	Lääkintälaitteiden väärälainen käyttö

Teemat ja alateemat

Tutkimustehtävä	Teema	Alateemat
1. Millaisia syöpäpotilaan kivunhoidon ongelmatilanteita sairaanhoitajat ovat kohdanneet?	T1. Kivunhoidon ongelmatilanteet	Läpilyöntikivut Potilaan väsyminen kipuihin Kipulääkityksen riittämättömyys Sopivan kipulääkityksen löytyminen Kipulääkkeiden sivuvaikutukset Lääkintälaitteiden vääränlainen käyttö
	T2. Millaisissa tilanteissa ulkopuolista apua tarvitaan	Sairauden loppuvaihe Lääkehoitoon liittyvät tilanteet Henkinen puoli Sairauden eteneminen
	T3. Milloin ongelmatilanteita ilmaantuu	Ympäri vuorokauden Illat, yöt ja viikonloput
	T4. Potilaan lähettäminen erikoissairaanhoidon kivunhoidon ongelmatilanteiden vuoksi	
2. Millainen on syöpäpotilaan kivunhoitoon liittyvän konsultaation nykytilanne?	T5. Konsultaation tämänhetkinen tilanne	Tilanne hyvä Tilanteessa parantamisen varaa
	T6. Keneltä konsultaatioapua on saatu	Kollegat Lääkärit Muut
	T7. Konsultaatioavun saatavuus	Hyvä saatavuus Saatavuudessa parantamisen varaa
	T8. Nykyiset konsultaatiomenetelmät	Kotikäynnit lääkärin kanssa Puhelinkonsultaatio

Teemat ja alateemat

Tutkimustehtävä	Teema	Alateema
3. Miten konsultaatiokäytännöitä voitaisiin kehittää?	T9. Konsultaatioavun kehittäminen	Siirtymävaiheen tiedonsaannin kehittäminen Lääkärin ja sairaanhoitajan välisen yhteistyön kehittäminen Yhteistyö kollegoiden kanssa Yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa