

Milja Huvinen
Eeva Kuitunen
Anna-Stina Lahtinen

Sairaanhoidajan osaaminen palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

15.12.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Milja Huvinen, Eeva Kuitunen, Anna-Stina Lahtinen Sairaanhoitajan osaaminen palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa. 36 sivua + 3 liitettä 15.12.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori Minna Elomaa-Krapu
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien osaamista palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa. Tavoitteena on tuoda tietoa opetuksen tueksi ja yleiseen käyttöön aiheesta kiinnostuneille sekä palliatiivisten hoitotyön yksiköille ja hoitajille. Tavoitteena on kehittää kivun hoidon opetusta ja tuoda esille kivun arvioinnin kannalta tärkeimmät osatekijät.</p> <p>Toteutimme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena. Hankimme tietoa eri tietokannoista erilaisten hakusanojen ja -yhdistelmien avulla. Löysimme tutkimukset analyysiin Cinahlin kautta. Valitsimme analyysiä varten 10 tutkimusta, jotka vastasivat hakukriteereihimme. Kaikki tutkimukset olivat ulkomaalaisia.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että kivunhoidon opetusta järjestetään liian vähän sairaanhoitajaopinnoissa. Kivun hoidon opetus tulisi olla laajempaa ja näkyvämpää. Hoitajat toivovat työn tueksi enemmän koulutuksia ja selkeitä ohjeistuksia kivun arviointiin. Hoitajat korostivat moniammatillista yhteistyötä ja hyvän suhteen luomista potilaaseen. Sairaanhoitajien osaaminen näkyi etenkin kokemuksen tuomana intuitiivisena toimintana. Epävarmuus ja tunne siitä, ettei pysty saamaan potilaan kipua halutulle tasolle aiheutti riittämättömyyden tunnetta sairaanhoitajille. Kipumittareiden käyttö vaihteli ja ne koettiin usein aikaa vievinä. Sairaanhoitajilla koettiin olevan tärkeä tehtävä potilaan puolestapuhujana ja linkkinä muun hoitohenkilökunnan välillä.</p>	
Avainsanat	sairaanhoitajan osaaminen, palliatiivinen hoito, kivun arviointi, syöpä

Author(s) Title	Milja Huvinen, Eeva Kuitunen, Anna-Stina Lahtinen Nurses' expertise in evaluating palliative cancer patient's pain
Number of Pages Date	36 pages + 3 appendices 15 Dec 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Minna Elomaa-Krapu, PhD, senior lecturer
<p>The purpose of this thesis is to research nurses' expertise in evaluating pain levels of palliative cancer patients. The aim of this thesis is to provide useful information available to those interested, while aiding in the education of the subject. The goal is to also emphasize the most important aspects concerning pain evaluation and its components.</p> <p>This thesis was completed as a literary review. Information and literary research was acquired through different databases (e.g. Cinahl) using a variety of keyword combinations. Literary research from ten sources that corresponded with the preferred criteria was chosen and all sources were foreign.</p> <p>The results showed that the current education of pain treatment available in nursing studies is insufficient. The education of pain treatment should be more apparent and extensive. Many nurses believe comprehensive training with more clear instructions for evaluating pain would assist them in providing better care to their patients. Nurses emphasized multidisciplinary collaborations and having positive relationships with the patients. The nurses' skills were displayed through their intuition gained through work experience. The feeling of uncertainty and the inability to comfort their patients sufficiently caused feelings of inadequacy for the nurses. Nurses also felt that pain subscales were quite time consuming and their usage was often inconsistent. Additionally, nurses were considered to have important tasks being a patient advocate and being a link to other staff members.</p>	
Keywords	nurses' expertise, palliative care, pain evaluation, cancer

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tietoperustaa	2
2.1	Palliativinen hoito	2
2.2	Sairaanhoitaja palliativisen syöpäpotilaan kivun hoidossa	3
2.3	Kipu syöpäpotilaalla	6
2.4	Kivun arviointi	8
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	10
4	Opinnäytetyön menetelmät	11
4.1	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä	11
4.2	Aineistonkeruu	12
4.3	Aineiston analysointi	13
5	Tulokset	15
5.1	Sairaanhoitajan osaaminen kivun arvioinnissa	16
5.1.1	Ammatillinen vuorovaikutussuhde	16
5.1.2	Kivun arviointi	17
5.1.3	Ammattiosaaminen	20
5.1.4	Palliativisen hoidon erityisosaaminen	21
5.2	Haasteet kivun arvioinnissa	22
5.2.1	Kivun moniulotteisuus	23
5.2.2	Kivun tunnistaminen	24
5.2.3	Puutteellinen tieto	25
5.2.4	Voimavarat	26
6	Pohdinta	28
6.1	Opinnäytetyön etiikka	28
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	29
6.3	Tulosten tarkastelu	30
6.4	Johtopäätökset	32
	Lähteet	34

Liitteet

Liite 1. Hakuhistoria

Liite 2. Analyysi

Liite 3. Tutkimusten esittely

1 Johdanto

Syöpätautien määrä väestössä kasvaa jatkuvasti ja uusia hoitomuotoja kehitetään edelleen myös palliatiivisen hoidon osa-alueella. Syöpähoitojen tulokset ovat Suomessa kuitenkin hyvät. Noin 60 % syöpädiagnoosin saaneista on vielä elossa viiden vuoden kuluttua. Palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain 200-300 000 potilasta. Palliatiivisessa hoidossa lievitetään potilaan oireita parantavan hoidon rinnalla ja jatkona (Pihlainen 2010: 11,15). Syöpä ei välttämättä tarkoita välitöntä kuolemaa, vaan se voi kuulua normaali elämään vuosikausia. Niinpä parantavan hoidon rinnalla on alettu puhua myös jarruttavasta hoidosta. (Surakka – Mattila – Åstedt-kurki – Kylmä – Kaunonen, Marja 2015: 7.) Palliatiivisen hoidon pääperiaatteita ovat potilaiden oireiden hallinta sekä perheen ja läheisten hengellinen ja emotionaalinen tukeminen. Euroopan parlamentin raportissa todetaan, että palliatiivista hoitoa pitää olla saatavilla kodeissa, saattohoitokodeissa ja sairaaloissa sekä palveluja tulee olla tarjolla myös avo-, päivä- sekä kivunhoitopalveluina. (Pihlainen 2010: 16.)

Aiheenamme on sairaanhoitajan osaaminen palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa. Pääteemoina tietoperustassa ovat palliatiivinen hoito, kipu ja sairaanhoitajan osaaminen. Tarkoituksena on kuvata avaintekijöitä palliatiivisen syöpäpotilaan kivun hoidossa sekä tutkia millä keinoin sairaanhoitaja havainnoi ja arvioi sekä tukee potilaan kykyä ilmaista kipua. Tavoitteena on tuoda lisää tietoa opetuksen tueksi ja selvittää sairaanhoitajan taitoja palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa sairaanhoitajille, opiskelijoille ja muille aiheesta kiinnostuneille. Valitsimme aiheen sen tärkeyden ja ajankohtauuden vuoksi. Kivun arviointi liittyy sairaanhoitajan osaamiseen oleellisesti ja on tärkeä osa potilaan kivun hoitoa sen onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajan kivun hoidon osaaminen turvaa potilaalle mahdollisimman turvallisen ja onnistuneen hoidon. Palliatiivisen hoidon kehittäminen on osa tulevaisuutta etenkin opetuksen ja koulutuksen kannalta. Toteutamme opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksena palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnista sairaanhoitajan arvioimana. Työn tilaajana on Metropolia Ammattikorkeakoulu.

2 Tietoperustaa

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai kuolemaa uhkaavan sairauden oireiden mukaista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tarkoitus on parantaa potilaan ja hänen läheisensä elämänlaatua ja lievittää kipua ja tuskaa sairauteen liittyen. (Saarto – Hänninen – Antikainen – Vainio 2015: 10.) Syöpätautia ei aina pystytä parantamaan, mutta ihminen voi elää sairautensa kanssa jopa vuosia jarruttavan hoidon avulla (Surakka – Mattila – Åstedt-kurki – Kylmä – Kaunonen 2015: 8). Keskeistä on potilaan elämänlaadun parantaminen ja kärsimyksen lievittäminen (Erjanti – Anttonen – Grönlund – Kiuru 2014: 13).

Kärsimys voi olla niin fyysistä, sosiaalista, psyykkistä kuin hengellistäkin. Oireiden häiritsevyys riippuu potilaasta. (Saarto ym. 2015: 32.) Palliatiivinen hoito toimii jarruttavan hoidon rinnalla. Palliatiivisessa hoidossa tärkeitä periaatteita ovat etenkin kokonaisvaltaisuus, itsemäärääminen, kunnioitus, yksilöllisyys, turvallisuus sekä ihmiskeskeisyys. Sairaanhoitajan tulee toteuttaessaan palliatiivista hoitoa noudattaa Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistyksen (SPHY ry) laatimia kriteereitä. Auttamismenetelmien hallintaan kuuluvat läsnäolo, kuuntelu, kuuleminen, rauhoittaminen ja lohduttaminen. Sairaanhoitajan tulee hallita myös potilaan oireiden lääkehoito sekä lääkkeettömän hoidon toteutus. (Surakka ym. 2015: 7-8.)

Palliatiivisessa hoidossa olevan henkilön elämänlaatua heikentävät hankalat oireet, heikentynyt toimintakyky, henkisen hyvinvoinnin puutteet ja tyytymättömyys hoitoon. Palliatiivisessa hoidossa olevien syöpäpotilaiden oirekuva vaihtelee syöpätaudista riippuen, mutta myös yhtäläisyyksiä löytyy. Oireet aiheuttavat potilaille muun muassa fyysistä ja psyykkistä vaivaa, ahdistusta ja kärsimystä. Oireita voivat olla esimerkiksi kipu, pahoinvointi ja oksentelu, agitoituneisuus, hengenahdistus ja uupumus. Palliatiivinen hoito kulkee rinnakkain muun hoidon aikana syöpädiagnoosista kuolemaan asti niin, että sen osuus kasvaa loppuvaiheeseen mentäessä. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on auttaa potilasta elämään mahdollisimman hyvää ja aktiivista elämää halujensa mukaan mahdollisimman vähäisin oirein. (Saarto ym. 2015: 32-33.)

Palliativiseen hoitolinjaukseen siirrytään, kun taudin spesifiset hoidot eivät enää hillitse taudin etenemistä eivätkä lievitä riittävästi taudin aiheuttamia oireita (Saarto ym. 2015: 9). Palliativinen hoito tulisi aloittaa jo syövän varhaisvaiheessa. Varhain aloitettu palliativinen hoito muiden hoitojen rinnalla parantaa potilaiden elämänlaatua, vähentää masentuneisuutta ja voi jopa pidentää elinikää. (Saarto ym. 2015: 32.) Loppuvaiheessa oleva syöpä on yksi tavallisimmista palliativista hoitoa vaativista sairauksista. Palliativisen hoidon aloituksesta päätetään yhdessä potilaan, läheisten ja lääkärin kanssa. Palliativisen hoidon aloitus ei merkitse välttämättä potilaan välitöntä kuolemaa vaan se voidaan aloittaa myös, jos kuolema on mahdollinen, mutta parantavia hoitoja on silti jäljellä. Palliativiseen hoitoon kuuluu läheisten huomioon ottaminen, ja heille on myös tarjottava tietoa ja tukea potilaan hoidon aikana sekä kuoleman jälkeen. (Erjanti ym. 2014: 14.)

Saattohoito eroaa palliativisesta hoidosta siten, että palliativinen hoito kattaa koko hoidon diagnoosista lähtien, kun taas saattohoito sijoittuu kuoleman välittömään läheisyyteen. Saattohoitopäätökseen liittyy lähestyvän kuoleman tunnistaminen ja tarpeettomien hoitojen lopettaminen. Tällöin keskitytään potilaan oireiden välittömään lievitykseen. Saattohoitopäätös on tärkeä turhien odotusten ja toiveiden välttämiseksi. (Saarto ym. 2015: 256-257.) Saattohoitopäätöksen tekeminen toteutetaan yhdessä potilaiden ja läheisten kanssa hoitolinjakeskusteluiden avulla (Erjanti ym. 2014: 21). Saattohoidon aikana potilaan elintoiminnot ovat jo hidastuneet ja itsestä huolehtiminen on vaikeutunut. Kuoleman läheisyyteen liittyy merkkejä kuten väsymys, nielemisvaikeudet, tajunnantason aleneminen ja periferian viileys. Saattohoidossa olevan potilaan seuraamiseksi on kehitetty erilaisia tarkistuslistoja ja malleja. Oireita ja kärsimystä arvioidaan esimerkiksi ESAS- ja MDAS – lomakkeiden avulla. (Saarto ym. 2015: 258.)

2.2 Sairaanhoidaja palliativisen syöpäpotilaan kivun hoidossa

Sairaanhoidajalla on lakiin perustuva ammatinharjoittamisoikeus, jonka Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää hakemuksen perusteella. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) varmistaa, että kyseisellä ammattihenkilöllä on ammatin harjoittamiseen vaadittava koulutus. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 2, 5.)

Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa ihmistä kokonaisvaltaisesti. Sairaanhoidaja ohjaa, tukee ja auttaa niissä sairauten tai terveyteen liittyvissä toiminnoissa, joista potilas huo-

lehtisi itse, mikäli siihen kykenisi. Sairaanhoidaja tekee ihmisläheistä työtään omalla persoonallaan, jossa korostuu kyky hyväksyä erilaisia ihmisiä. Sairaanhoidajalla on oltava laajat teoreettiset tiedot ja kyky soveltaa niitä käytännön hoitotyöhön. Sairaanhoidajan työssä tarvitaan hyviä ongelmanratkaisutaitoja, stressinsietokykyä, huolellisuutta sekä tarkkuutta. Hoitotoiminnot riippuvat potilaan terveydentilasta, toimintakyvystä, iästä sekä ympäristöstä ja ne voivat liittyä potilaan perustarpeisiin, lääkehoitoon, nestehoitoon tai opetukseen. (Kassara ym. 2004: 18.) Sairaanhoidaja toimii terveyden edistäjänä sekä ylläpitäjänä, sairauksien ehkäisemisessä sekä kärsimyksen lievittämisessä tukien potilaan omia voimavaroja (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 1996).

Sairaanhoidaja tekee työtään yhdessä muiden hoitajien ja terveysalan ammattilaisten kanssa kunnioittaen oman ja muiden ammattiryhmien asiantuntemusta (Rautava – Nurmi – Westergård – Henttonen – Ojala – Vuorinen 2015:19). Sairaanhoidajaliitto on laatinut sairaanhoidajien kollegiaalisuusohjeet, joiden tarkoituksena on tukea sairaanhoidajien yhteistyökykyä. Ohjeiden tavoitteena on potilaiden paras mahdollinen hoito, joka vastaa hoitajien yhteistä tavoitetta päivittäisessä työssä. Kollegiaalisuusohjeiden neljä pääaluetta ovat ammattietiikka, kommunikaatio, yhteistyö ja vastuu. (Sairaanhoidajien kollegiaalisuusohjeet 2014.)

Yhteistyötä sairaalassa on tutkittu muun muassa yliopistollisen sairaalan sydänsairaiden ja lasten osastoilla, joissa kohderyhmä muodostui sairaanhoidajista. Kysely toteutettiin sähköisenä. Tutkimuksessa sairaanhoidajat kokivat yhteistyön kohtalaiseksi ristiriitatilanteiden hallinnan osa-alueella, johon vaikutti merkittävästi työkokemus yhtenä taustatekijänä. Sairaanhoidajat kokivat hyvin toteutuneina yhteistyön osa-alueina jaetun prosessin, kommunikaation sekä ammatillisuuden. Sairaanhoidajat kokivat, että ristiriitatilanteet sekä erimielisyydet hoidettiin huolellisesti ja käsiteltiin parhaimman ratkaisun saavuttamiseksi. Tiedonkulku ja neuvon kysyminen arvioitiin hyväksi sekä kollegoilta saatiin vain harvoin väärää tietoa. Tämä viittaa vahvaan luottamukseen omaan ammattikuntaan. Yhteistyö tukee hoitotyön onnistumista ja kokematon henkilö kuntaa, ammatillista kasvua sekä vastavuoroisuutta. (Ylitörmänen – Qvist – Turunen 2013: 4-11.)

Sairaanhoidajan ja potilaan välinen luottamus ja avoin vuorovaikutus ovat tärkeitä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Sairaanhoidajan tulee ottaa toiminnassaan huomioon potilaan itsemääräämisoikeus sekä vaitiolovelvollisuus liittyen potilaan antamiin luottamuksellisiin tietoihin. Sairaanhoidaja toimii yhdessä potilaan läheisten ja perheen kanssa ja tukee myös heidän osallistumistaan potilaan hoitoon. (Jahren Kristoffersen – Nortvedt

– Skaug 2006: 17.) Palliativisessa hoitotyössä sairaanhoitajan tulee osata ottaa potilas huomioon ainutkertaisena yksilönä. Tämä luo hoitajalle vakuuttavuutta, mutta myös potilaalle tunteen kunnioittamisesta ja itsemääräämisestä. Hoitajan on tunnettava palliativisen ja kuolevan hoitamista koskevat säädökset ja suositukset. On tärkeä tunnistaa palliativisen potilaan toiveet sekä pohtia, kuinka haluaisi itse tulla hoidetuksi samassa tilanteessa. Kun hoitaja tuntee omat sekä potilaan toiveet, hän pystyy toimimaan ammatillisesti. Ammatillisuuteen liittyy myös omien tunteiden käsittely. (Surakka ym. 2015: 10-11.)

Ammatillisella osaamisella tarkoitetaan sitä sairaanhoitajan tieto- ja taitotasoa, jota häneltä vaaditaan ammattiin valmistuessa ja jota hän tarvitsee hoitotyön toimintoja suorittaessaan. Sairaanhoitajan osaaminen perustuu terveysalalla yleisesti ohjaaviin arvoihin, etiikkaan, käytännöllisiin taitoihin, uusiutuvaan tietoperustaan sekä sosiaalisiin taitoihin. (Jahren Kristoffersen – Nortvedt – Skaug 2006: 17.) Sairaanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta ja sen jatkuvasta kehittämisestä, jonka tulisi näkyä väestön terveyden edistymisenä. (Rautava – Nurmi ym. 2015: 19.) Palliativisessa hoidossa työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan monitieteisen ja teoreettisen tiedon hallintaa, tutkimus- ja tiedonhankkimisvalmiuksia, monikulttuurisuuden kohtaamista sekä omaisten terveyden edistämismuutusta (Surakka ym. 2015: 12).

Ammatillisen osaamisen kehittämistä on tutkittu muun muassa ikääntyvien (45 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat) ja nuorten hoitajien kesken tehdyllä kyselyllä suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa, jonka mukaan ikääntyvät ja nuoret hoitajat kokivat mahdollisuutensa ammatillisen osaamisensa kehittämiseen sekä sen hyödyntämiseen hyvinä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi se, että etenkin vanhemmat ihmiset (yli 54-vuotiaat) kokivat enemmän tarvetta lisäkoulutukseen. (Salminen – Miettinen 2011: 5-7.)

Sairaanhoitajan toimenkuva syöpäpotilaan hoidossa keskittyy fyysisen, psyykkisen ja yleistilan seurantaan. Sairaanhoitajan tietotaito sekä säännölliset seurantakäynnit potilaan hoidossa ovat edellytys luottamuksellisen ja hyvän hoitosuhteen luomiseksi, jossa potilasta autetaan kokonaisvaltaisesti hoitoon liittyvissä ongelmissa. Potilaan voinnin seurantaan on kehitetty erilaisia seurantalomakkeita ja mittareita, joiden avulla sairaanhoitaja pystyy arvioimaan potilaan tilaa ja esimerkiksi kivun voimakkuutta. (Eriksson – Kuuppelomäki 2000: 88.)

Syöpää sairastavan potilaan hoidossa sairaanhoitajan tuki ja selviytymisprosessin tunteminen auttaa potilaan kivun hallinnassa ja kivunhoidon lähtökohtana pidetään potilaan tunteiden ymmärtämistä ja hyväksymistä. Syöpäkipu on oireista eniten pelätty, jota voivat lisätä alkuvaiheen kriisit kuten pelko, masennus ja epätoivon tunteet. Sairaanhoitaja keskittyy potilaan kannalta oleellisiin ja ajankohtaisiin asioihin sekä riittävän tiedon antamiseen ja ohjaamiseen. Potilaan kyky vastaanottaa tietoa hoidostaan ja yleisesti sairaudesta on heikentynyt kriisistä johtuen, joten on tärkeää informoida potilasta rauhallisesti toistaen sekä suullisesti että kirjallisesti. (Salanterä – Hagelberg – Kauppila – Närhi 2006: 185-186.)

Hoitotyöhön kuuluu monenlaisten eettisten ongelmien tarkastelua ja niiden ratkaisemista. Peruskysymys eettisen ongelman alueella ovat kysymykset oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta tilanteesta tai tietyllä inhimillisen toiminnan alueella. (Leino-Kilpi – Välimäki 2014:61.)

Empiirinen etiikan tutkimus on vielä vähäistä, vaikka suuret organisaatiomuutokset terveydenhuollossa sekä tehokkuusvaatimukset tuovat uusia arvopohjaisia ongelmia hoitotyöhön. Sairaanhoitajien kokemia eettisiä ongelmia työssään on tutkittu muun muassa 1000 sairaanhoitajan satunnaisotannalla vuonna 2009, joista 47 %:a vastaajista koki työhön liittyviä eettisiä ongelmia usein tai melko usein. Melko usein eettisten ongelmien syynä olivat näkemyserot hoitajien ja potilaiden välillä sekä hoitajien ja muiden ammattiryhmien välillä. Yli puolet vastanneista koki, ettei heillä ollut aikaa keskustella eettisistä ongelmista tai heillä ei ollut aikaa toteuttaa eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa. Työn aiheuttama stressi oli suoraan yhteydessä eettisiin ongelmiin työssä. Yhteiset ohjeistukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden toiminnassa auttaisivat eettisessä päätöksenteossa yhdessä yhteisen pohdinnan sekä keskustelun kanssa. (Kuokkanen – Leino-Kilpi – Kattajisto 2010: 26-35.)

2.3 Kipu syöpäpotilaalla

Syöpää sairastavalta potilaalta ei aina pystytä saamaan kipuja pois syöpähoidoilla. Tällöin syöpähoitojen lisäksi tarvitaan muutakin kivunhoitoa. Syöpään sairastuneilla kipua esiintyy ensimmäisenä vuotena 28-32 %:lla. Kun syöpä etenee, myös kipu alkaa yleistyä potilailla. Syövän loppuvaiheessa kipua esiintyy 50-90 % potilaista. Syöpäpotilailla on erilaisia kiputiloja akuutista kivusta krooniseen kipuun ja monilla esiintyy samaan aikaan lisäksi 2-4 kiputilaa eri puolilla kehoa. (Kalso – Haanpää – Vainio 2009: 478.)

lhossa, luukalvossa, sidekudoksessa ja sisäelimiä ympäröivissä kalvoissa on runsaasti herkkiä hermopäätteitä eli nosiseptoreita. Kun tuumori ja sen etäpesäkkeet ärsyttävät mekaanisesti, kemiallisesti ja iskeemisesti, reagoivat hermopäätteet ärsytykseen. Kipu-järjestelmä muuttuu lyhytaikaisenkin kipuärsytyksen johdosta. Jos perifeerinen kipuärsytys on jatkuvaa, tulee koko hermojärjestelmään muutoksia. Nämä muutokset voivat olla suuriakin, mahdollisesti pysyviä, toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia. Monet muutkin asiat vaikuttavat kivun syntymiseen ja sen kokemiseen. Näitä ovat kipumuisti, tunnekokemukset (pelko, ahdistus, toivottomuus), oppiminen, uskomukset, muut sairaudet, puuttuva sosiaalinen tuki ja kivun psykologinen merkitys. (Kalso ym. 2009: 479.)

Noin 75 % syövän aiheuttamista kivuista johtuu itse syövästä, 15 % johtuu hoidoista ja hoitokomplikaatioista ja 10 % johtuu muista tekijöistä. Jotta voi ymmärtää hoitoja, on tärkeä erottaa kolme alaluokkaa: syövän aiheuttama nosiseptiivinen kipu, neuropaattinen kipu ja syövän hoitojen seurauksena kehittyvä kipu. Nosiseptiivisessä kivussa kasvain tukkii onton sisäelimen, jonka takia sisäelin venyy, mikä johtaa kiputuntemukseen. Neuropaattisessa kivussa ääreis- ja keskushermostoon levinnyt syöpä puristaa hermoja, mikä saa aikaan hermovauriokipua. Syövän hoitojen seurauksena syntynyt kipu on yleensä neuropaattista kipua, poikkeuksena on sädehoidosta seuraava välitöntä kipua tuottava kudosturvotus. (Kalso ym. 2009: 480-483.)

Kivun kokemiseen vaikuttaa edellä mainittujen asioiden lisäksi myös potilaan psyykkiset ominaisuudet ja elämäntilanne. Sairauden takia vaikea elämäntilanne vaikuttaa kivun kokemiseen ja potilas saattaa olla masentunut, jonka takia kipu koetaan vahvempana. Potilas saattaa reagoida esimerkiksi selvittämättömiin ristiriitoihin kivulla, koska hän ei ole saanut selvitettyä eletyssä elämässä olleita välirikkoja. (Kalso ym. 2009: 484.)

Kipudiagnostiikassa on tärkeää tietää kasvaimen laatu, levinneisyys ja potilaan saamien hoitojen tunteminen. Kivun kestosta ja laadusta pitää saada tarkka anamneesi. Potilas voi itse arvioida kipua täyttämällä kipupiirroksen. Kipupiirros kertoo kipujen sijainnin ja lukumäärän. Kipujen voimakkuus on tärkeää tietää, koska sitä verrataan myöhemmin esiintyviin kipuihin, etenkin hoitojen vaikutuksesta syntyneisiin kipuihin. VAS - asteikon tulokset on hyvä merkitä ylös päivittäin. Syöpää sairastavan potilaan kipu vaikuttaa potilaan elämään kokonaisvaltaisesti, joten lääkärin pitää olla tietoinen millä eri tavoin kipu häiritsee potilasta. Lääkärin suhtautuminen potilaaseen heti kivun tutkimuksen alkuvai-

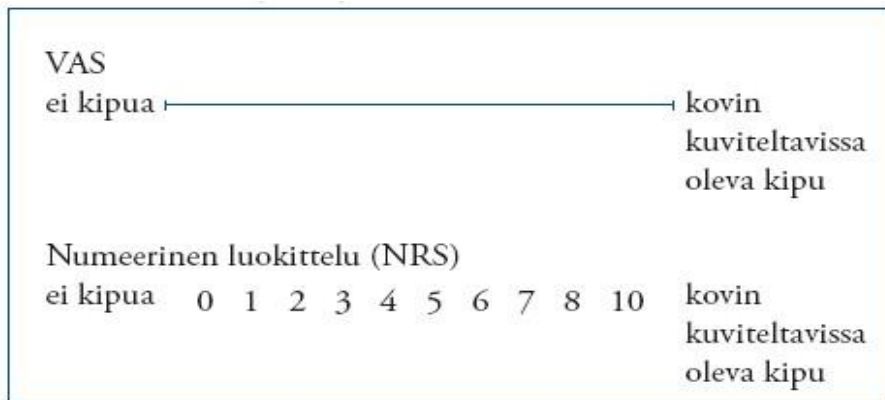
heessa vaikuttaa koko hoitoon ja hoitotulokseen. Perustutkimuksen lisäksi potilaalle tehdään neurologisia tutkimuksia kipualueella. Jos kyseessä on neuropaattinen kipu, tehdään tutkimuksia koko vaurioituneiden hermojen hermotusalueella. (Kalso ym. 2009: 485.)

Kivun hoidossa lääkärin ja potilaan välinen suhde tulisi olla potilaslähtöistä, jotta tiedon välittäminen potilaalle tapahtuu potilaan ehdoilla. Usein lääkäri saattaa puhua liikaa eikä potilas pysty vastaanottamaan kaikkea kuulemaansa tietoa. Potilaan kuunteleminen on tärkeämpää kuin puhuminen. Potilasta kuuntelemalla lääkäri saa selville potilaan ongelmia ja tätä kautta pystyy paremmin auttamaan potilasta. Monet potilaat kestävät sairauden aiheuttaman henkisen kriisin omin avuin tai omaisten tuella. Osa tarvitsee kuitenkin ammattilaisten tukea. Kokonaisvaltainen psykososiaalinen tuki edellyttää hyvää yhteistyötä syövän hoidosta vastaavien lääkäreiden, kiputyöryhmän, sosiaalityöntekijän, teologin, kuntoutusyksikön ja psykiatrisen hoitoyksikön välillä. (Kalso ym. 2009: 486.)

Syöpäpotilailla esiintyviä oireita on tutkittu TYKS:in syöpäklinikalla vuonna 2006. Tutkimuksessa oli mukana 116 miestä ja 87 naista. Oireista eniten (86,3 %:lla) esiintyi uupumusta. Muita yleisimpiä oireita olivat kipu rasituksessa (71,5 %), inihäiriöt (71,1 %) ja masennus (59,0 %). Tutkimus osoitti, että palliatiivisessa hoidossa olevat syöpäpotilaat kärsivät laajasti erilaisista oireista, joista kipu on merkittävässä osassa. Onnistuneen hoidon kannalta on tärkeää tunnistaa kipuun liittyvää oirehdintaa. (Salminen – Salmenoja 2007: 825-828.)

2.4 Kivun arviointi

Kipupotilasta tutkittaessa anamneesilla on merkittävä rooli. Potilasta haastatellessa kysytään oireiden alkua ja kehitys, sijainti ja voimakkuus sekä pahentavat ja helpottavat tekijät. Kipupiiirrosta käytetään kivun sijainnin määrittämiseen. Kivun voimakkuutta voidaan arvioida numeerisella asteikolla NRS eli Numeric Rating Scale (ks. taulukko 1). (Kalso ym. 2009: 240.) Kipumittareista käytetään yleisimmin visuaalista analogiasteikkoa. VAS eli visual analogue scale (ks. kuvio 1) on 10cm pitkä vaakasuora jana. Potilas arvioi kipuaan merkitsemällä janaan kohdan, joka kuvastaa hänen kipunsa voimakkuutta. Vasen puoli tarkoittaa, että potilaalla ei ole kipua lainkaan ja oikea puoli tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Kipujanasta on olemassa useita versioita, jotka helpottavat työskentelyä kliinisessä työssä. (Kalso ym. 2009: 55.)



Kuvio 1. VAS-jana ja kivun numeerinen luokittelu (Haanpää ym. 2008).

Janan asemasta voidaan käyttää punaista kipukiilaa (ks. kuvio 2). Kipukiilassa asteikon kasvaessa, kiputuntemus kasvaa samassa suhteessa. Kun kyseessä on lapsi, voidaan käyttää kasvoasteikkoa (ks. kuvio 3), jossa kuvataan kivun voimakkuutta viiden erilaisen ilmeen avulla.



Kuvio 2. Kipukiila (Vainio, Anneli 2009. Voiko kipua mitata. Kustannus Oy Duodecim).



Kuvio 3. Kasvoasteikko (Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. HUS).

Myös sanallisia asteikkoja (ks. taulukko 1) voidaan käyttää (VRS, verbal rating scale). Akuutti ja krooninen kipu voidaan erottaa toisistaan kipusanaston avulla. McGillin (MPQ, McGill Pain Questionnaire) kipusanasto on paljon käytetty sanallinen mittari. Potilas kuvailee kipuaan sanallisesti, jonka avulla pystytään pääsemään selville potilaan kivun laadusta, voimakkuudesta ja kivun vaihteluista. (Estlander 2003: 135.)

Taulukko 1. Sanallinen kipuasteikko (Kalso – Haanpää – Vainio 2009: 55).

0	Kipua ei ole lainkaan
1	Kipu on lievää
2	Kipu on kohtalaisen voimakasta
3	Kipu on voimakasta
4	Kipu on sietämättömän voimakasta

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmältä vuonna 2010 ilmestynyt raportti käsittelee syövän hoidon kehittämistä vuosina 2010-2020. Syöpäsairauksien kasvaminen tulee tulevaisuudessa lisääntymään ja kustannusten arvioidaan kasvavan noin kolminkertaisiksi. Syöpäpotilaiden osuus perusterveydenhuollossa kasvaa. Tämän takia perusterveydenhuollossa annettavaa palliatiivista hoitoa tulee kehittää ja koulutusta tulee lisätä. (Hermanson – Vertio – Mattson 2010: 3.) Tutkiva hoitotyö lehdessä todetaan, että kivunhoidon opetuksen tulisi sisältyä tulevaisuudessa sairaanhoitajan opintoihin näkyvämmiin ja laajemmin kuin pelkästään lääkehoidon osalta (Vaajoki, Anne – Haatainen, Kaisa 2014. 45-46).

Tällä hetkellä palliatiivista hoitoa ei ole organisoitu Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Suurin osa palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan terveyskeskusten vuodeosastoilla, ikääntyneiden hoitolaitoksissa, pitkäaikaissairaaloissa, kotihoidossa ja osa akuuttisairaaloissa erikoissairaanhoidossa. Hoidon taso vaihtelee suuresti. Palliatiivisen hoidon osaajia ei ole tarpeeksi ja konsultaatiomahdollisuudet ovat riittämättömät. Monet potilaat tarvitsevat jossakin vaiheessa sairauttaan palliatiivista kirurgiaa tai sädehoitoa vaikean oireen, kuten kasvaimen aiheuttaman tukoksen tai verenvuodon takia. (Hermanson ym. 2010: 64.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajan osaamista syöpäpotilaan kivun arvioinnissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa syöpäpotilaiden parissa työskenteleville, opetuksen tueksi ja aiheesta kiinnostuneille.

Tutkimuskysymykset:

1. Millä tavoin sairaanhoitajan osaaminen näkyy palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa?
2. Mitä haasteita palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arviointiin liittyy?

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan. Se pyrkii muodostamaan kokonaiskuvan aikaisemmista tutkimuksista sekä kehittämään teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä. Kirjallisuuskatsauksen tehtävä voi olla myös tunnistaa ongelmia ja ristiriitaisuuksia tietyssä kohdeilmiossa. Kirjallisuuskatsauksen voi jakaa viiteen eri vaiheeseen: katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi ja viimeisenä tulosten raportointi. Kirjallisuuskatsaustyypppejä ovat systemoidut kirjallisuuskatsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, meta-analyysit ja metasynteetit. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 7, 23, 69.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tiivistää aiempien tutkimusten olennainen sisältö. Olennaista on löytää tutkimuskysymysten kannalta mielenkiintoiset ja tärkeät tutkimukset. Kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi runsaasti tutkimusaineistoa ja se on hyvä tapa testata hypoteeseja, tiivistää erilaisia tutkimuksia ja arvioida niiden johdonmukaisuutta. Sen avulla voidaan tuoda esille mahdollisia tutkimustarpeita sekä paljastaa puutteita aiemmista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksessa on neljä tärkeää osa-aluetta, joita tulisi noudattaa: kysymykseen vastaaminen, vähentää tutkimuksen valintaan liittyvää harhaa, arvioida valikoitujen tutkimusten laatua sekä objektiivisten tutkimusten referointi. Katsauksen tekemisessä on tärkeää näyttöön perustuva päätöksenteko, jossa tavoitteena on hyödyntää uusinta tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsaus tulisi rajata tarkasti omaksi kokonaisuudeksi, jossa säilyy loogisuus koko tutkimusprosessin ajan. (Salminen 2011: 9-11.)

4.2 Aineistonkeruu

Haimme teoretietoa työhömme eri tietokannoista (Cinahl, PubMed, Medic), oppiportin kautta e-kirjoista sekä kirjastosta. Sopivia lähteitä olivat muun muassa Tutkiva hoitotyö -lehti, oppikirjat sekä artikkelit. Löysimme tietoa myös sairaanhoitajaliiton sivuilta. Tiedonhaun osaamista syvensimme osallistumalla tiedonhaun työpajoihin. Esimerkkejä hakusanoista: syöpä, palliatiivinen, hoito, kipu, saattohoito, kivun arviointi, sairaanhoitaja, osaaminen, ammattitaito, oireenmukainen hoito, kipumittarit, kirjallisuuskatsaus, sisällönanalyysi, tutkimus, hoitotyö, hoitotiede. Esimerkkejä hakusanayhdistelmistä: palliatiivinen – hoito, syöpä – kipu, sairaanhoitaja – osaaminen, kipu – arviointi, palliative – care, pain – cancer, nurse – caring. Sisällönanalyysiin otettavat tutkimukset ovat rajattu tietyin kriteerein (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Hakukriteerit.

Otetaan mukaan	Poissuljetaan
Max. 10 vuotta vanha tutkimus	Yli 10 vuotta vanha tutkimus
Länsimaiset tutkimukset	Kehitysmaat
Alkuperäinen tutkimus	Muut kuin alkuperäistutkimukset
Tutkimuksesta tulee löytyä palliatiivinen hoito, kivun arviointi	Muut kuin englannin- ja suomenkieliset tutkimukset
Tutkimus käsittelee syöpää	Muut kuin syöpää käsittelevät tutkimukset

Sisällönanalyysiä varten olemme hakeneet tutkimuksia eri tietokannoista (ks. taulukko 3). Kaikki analyysiin valitut tutkimukset löytyivät Cinahlista. Kaikki löytämämme tutkimukset olivat englanninkielisiä.

Taulukko 3. Hakuprosessi

Cinahl				
Kaikki tulokset 172	Poistettu otsikon perusteella 130	Poistettu abstraktin perusteella 26	Poistettu koko tekstin perusteella 6	Mukaan 10

Analyysiin valikoitui yhteensä 10 tutkimusta, jotka kaikki olivat ulkomaalaisia. Kotimaisia tutkimuksia aiheesta emme löytäneet. Tutkimukset olivat Turkista, Englannista, Kanadasta, Norjasta, Uudesta-Seelannista ja Portugalista. Kaikki tutkimukset täyttivät hakukriteerimme (ks. taulukko 2).

4.3 Aineiston analysointi

Analysoimme aineiston induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Sisällönanalyysia voidaan käyttää monenlaisten tutkimusten aineiston analysoinnissa. Se on perusmenetelmä laadullisessa tutkimuksessa. Laadullista analyysia voidaan toteuttaa joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi pohjautuu johonkin tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Aineistonanalyysia ohjaa aikaisempien tutkimusten teoretieto. Usein tässä menetelmässä testataan aikaisempaa tietoa uudessa kontekstissa. Induktiivisen eli aineistolähtöisen analyysin pyrkimys on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt, jotka voivat olla yksittäisiä sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia, valitaan tehtävänasettelun ja tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja. Tärkeää on,

että aikaisemmat havainnot, teoria ja tieto eivät ohjaa analyysin toteuttamista tai lopputulosta, koska analyysin tulisi olla aineistolähtöistä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91, 95-97, 110.)

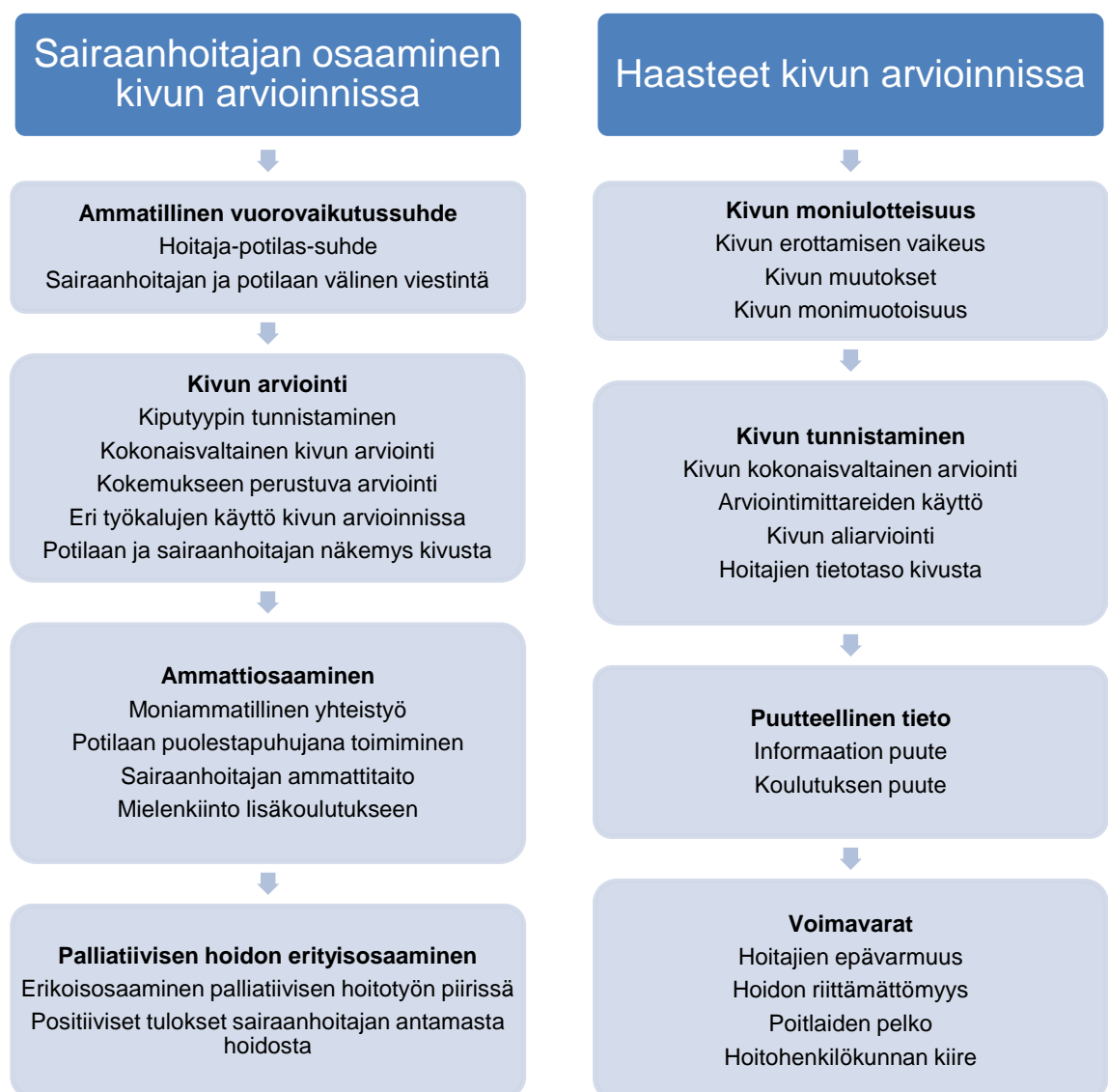
Seuraavassa taulukossa (ks. taulukko 4) on esitetty aineiston analysoinnin kulku. Induktiivinen aineistonanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmivaiheiseksi: aineiston pelkistämisen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Pelkistämisessä aineistosta karsitaan tutkimuksista epäolennainen asia pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset ja aineistosta pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla olennaiset ilmaukset. Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö, jota ohjaa tutkimuskysymys ja aineiston laatu. Aineiston ryhmittelyssä käydään läpi tarkasti koodatut alkuperäisilmaukset, joista etsitään samankaltaisuuksia ja /tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa ilmentävät käsitteet kootaan luokaksi, joka nimetään luokan sisältöä kuvaavaksi. Tämän jälkeen alaluokat ryhmitellään yläluokiksi samaa periaatetta noudattaen. Yläluokat muodostavat yhdistävän luokan, joka on yhtenäinen tutkimuskysymyksen kanssa. Aineiston klusterointia seuraa abstrahointi, jonka tarkoitus on erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostaa siitä teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia jatketaan edelleen luokituksia yhdistämällä niin kauan kuin se on aineiston kannalta mahdollista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108-111.)

Taulukko 4. Esimerkki analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Palliativisen hoidon yksikössä sairaanhoitajilla on enemmän taitoja kivun hoidossa ja hoitavat potilaita hyvin (8)	Usko palliativisen hoidon yksikön osaamiseen (8)	Erikoisosaaminen palliativisen hoitotyön piirissä	Palliativisen hoidon erityisosaaminen	Sairaanhoitajan osaaminen kivun arvioinnissa

5 Tulokset

Kokosimme tulokset kahteen tutkimuskysymykseen perustuen. Seuraavassa kuviossa (ks. kuvio 4) olemme avanneet pääluokat, yläluokat ja alaluokat. Pääluokat ovat sairaanhoitajan osaaminen kivun arvioinnissa ja haasteet kivun arvioinnissa. Yläluokkia ovat ammatillinen vuorovaikutussuhde, kivun arviointi, ammattiosaaminen, palliatiivisen hoidon erityisosaaminen, kivun moniulotteisuus, kivun tunnistaminen, puutteellinen tieto sekä voimavarat. Näiden alapuolella on kuvattu jokaisen yläluokan alaluokat. Kuvamme seuraavissa kappaleissa, miten olemme koonneet alaluokat pelkistyksistä.



Kuvio 4. Aineiston analyysi luokat.

5.1 Sairaanhoidajan osaaminen kivun arvioinnissa

Tässä pääluokassa olemme etsineet vastauksia tutkimuksista kysymykseen miten sairaanhoidajan osaaminen näkyy palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arvioinnissa. Tutkimuksista ilmeni kokemuksen ja koulutuksen merkitys sairaanhoidajan työssä kivun arvioinnin kannalta. Isoina teemoina nousi esiin muun muassa hyvän potilassuhteen luominen sekä palliatiivisen erikoishoidon merkitys potilaan kivun hoidossa. Moniammatillista tiimityötä pidettiin tärkeänä kivun hoidossa. Sairaanhoidajat kokivat itsensä potilaiden puolestapuhujina ja näkivät itsensä linkkinä niin potilaiden omaisten kuin lääkäreidenkin välillä. Kivun arviointia ja tunnistamista sairaanhoidajat pitivät haasteellisina, mutta erilaisien työvälineiden avulla kipua pystyttiin tunnistamaan paremmin. Seuraavissa kappaleissa esittelemme tutkimuksista esille nousseita teemoja, jotka muodostavat tutkimuksemme yläluokat.

5.1.1 Ammatillinen vuorovaikutussuhde

Ammatillinen vuorovaikutussuhde -yläluokka muodostuu kahdesta alaluokasta hoitaja-potilassuhde sekä sairaanhoidajan ja potilaan välinen viestintä. Hyvä hoitaja-potilassuhde koettiin avaintekijänä kivun arvioinnissa. Sairaanhoidajat korostivat potilassuhteen merkitystä kivun arvioinnin onnistumisen kannalta. Sairaanhoidajat tarjosivat emotionaalista tukea esimerkiksi päivittäisissä toiminnoissa selviytymiseen. (4, 6.)

”Sairaanhoidajat osoittivat hyvää itseluottamusta hoitotyössä antaen vaistonvaraisia vastauksia perustuen kokemukseen ja korostivat kykyä hyvän potilassuhteen luomiseen, joka on avain kivun arviointiin” (6).

Sairaanhoidajan ja potilaan välinen viestintä koostui non-verbaalisten ja verbaalisten viestien huomioimisesta, sekä potilaiden erilaisuuden ymmärtämisestä ja kuuntelemisesta. Potilaan kipua ilmeni muun muassa levottomuutena. (3, 7, 10.)

”Hoitajien taito tulkita potilaiden non-verbaalista kommunikointia koettiin hyötynä” (10).

Non-verbaalisia viestejä pidettiin myös yhtenä vaikuttavimpana osatekijänä kivun arvioinnissa. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ilmeni hoitajan taitona keskustella potilaan oireista ja selvittää taustatietoja oireiden helpottamisen tueksi. (3, 4, 6.)

Taulukko 5.

Pelkistys	Alaluokka
Sairaanhoitajan emotionaalinen tuki (4)	Hoitaja-potilassuhde
Potilassuhteen merkitys kivun arvioinnissa (6)	
Keskusteluapu masennuksen lievittämisessä (3)	
Suhteen luomisen hyödyllisyys potilaan tarpeiden ymmärtämisessä (3)	
Keskusteluapu masennuksen lievittämisessä (3)	
Non-verbaalinen viestintä kivun arvioinnissa (7)	Sairaanhoitajan ja potilaan välinen viestintä
Non-verbaalisen kommunikoinnin tulkitsemistaidot (10)	
Verbaalisten ja non-verbaalisten viestien huomioiminen (10)	
Levottomuus läpilyöntikivun tunnistamisessa (6)	
Potilaiden erilaisuuden ymmärtäminen (10)	
Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus (4)	
Potilaan kuunteleminen (6)	
Kehonkielen tulkinta (3)	
Kyky ymmärtää potilaan tapaa kertoa tilanteestaan (3)	

5.1.2 Kivun arviointi

Kivun arvioinnin yläluokka koostuu kiputyypin tuntemisesta, kokonaisvaltaisesta kivun arvioinnista, kokemukseen perustuvasta arvioinnista, eri työkalujen käytöstä kivun arvioinnissa sekä potilaan ja sairaanhoitajan näkemyksestä kivusta. Kivun laadun arviointiin (ks. taulukko 6) liittyy läpilyöntikivun tunnistaminen vaistonvaraisesti. Läpilyöntikivun arviointi perustui sairaanhoitajan kokemuksella hankittuun vaistonvaraiseen toimintaan. Potilaan kivun kokemukseen liittyy myös emotionaalinen puoli fyysisen kivun lisäksi. (6.)

”Selvästi on fyysinen elementti, mutta potilaillamme on myös lisäksi paljon emotionaalista kipua” (6).

Suurin osa hoitajista käytti arviointimittareita erityyppisten kipujen erottamiseen. Sairaanhoitajien kyky erottaa erityyppistä kipua oli yhteydessä kokemukseen. (5.)

Kokonaisvaltaiseen kivun arviointiin (ks. taulukko 6) liittyy kyky nähdä kokonaiskuva potilaan tilanteesta. Sairaanhoitajat osoittivat aloitekykyä kokonaisvaltaiseen arviointiin ottaen huomioon fyysisten elementtien lisäksi, psykologisia, henkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. He arvioivat potilaan olemusta sekä esittivät paljon kysymyksiä. Kivun arvioinnissa

otettiin huomioon monipuolisesti potilaan kipuuun vaikuttavat tekijät. Sairaanhoitajat arvioivat kipua realistisesti potilaan tilanteen mukaan lupaamatta liikoja. Kivun taso pyrittiin saamaan sellaiselle tasolle, jonka kanssa potilaat tulevat toimeen ja pärjäävät. (6, 10.)

Taulukko 6.

Pelkistys	Alaluokka
Läpilyöntikivun tunnistaminen vaistonvaraisesti (6)	Kiputyypin tunnistaminen
Emotionaalisen kivun tunnistaminen (6)	
Mittareiden käyttö erityyppisten kipujen erottamisessa (5)	
Kokonaiskuva potilaan tilanteesta (6)	Kokonaisvaltainen kivun arviointi
Fyysiset, psykologiset, henkiset ja sosiaaliset tekijät kivun arvioinnissa (6)	
Kokonaisvaltainen lähestymistapa kivun arvioinnissa (6)	
Realistinen kivun arviointi (10)	

Erilaisten mittareiden ja hoitosuositusten kehittyminen (ks. taulukko 7) paransi hoitajien itseluottamusta potilasohjauksessa ja se koettiin hoidon laadun parantavana tekijänä. Sairaanhoitajat hyödynsivät mittareita muun muassa erityyppisten kipujen erottamisessa. Mittareita käytettiin myös läpilyöntikivun arvioinnissa. 95 % kipumittareita käyttävistä hoitajista piti niitä joko erittäin hyödyllisenä tai osittain hyödyllisenä. (5,7.)

”Melkein kaikki hoitajat (92%) kokivat, että olisi suotavaa, että käytössä olisi kivunarviointimittari” (5).

Osa hoitajista ei kuitenkaan antanut arvoa mittareille ja niiden toimivuudelle. Eniten käytetyt mittarit kivun arvioinnissa olivat VAS, NRS (ks. kuvio 1), ESAS, body map ja Echelle Visual Analogue Scale. PACA työkalua käytettiin kivun arvioinnin lisäksi muiden oireiden kuten ruokahaluttomuuden, ummetuksen ja unettomuuden tarkkailuun sekä niiden hallintaan. ESAS- mittarin avulla kerättiin tietoa oireiden vakavuudesta. (1, 2, 5, 9.)

Taulukko 7.

Pelkistys	Alaluokka
Työkalujen kehittymisen merkitys hoidon laadussa (7)	Eri työkalujen käyttö kivun arvioinnissa
Mittareiden käyttö kiputyypin erottamisessa (5)	
Arviointimittareiden hyödyllisyys (5)	
Mittarin käyttö läpilyöntikivun arvioinnissa (7)	
Monien mittareiden käyttäminen (7)	
PACA työkalu oireiden, kuten kivun arvioinnin tukena (2)	
Eniten käytetyt mittarit: VAS, NRS, ESAS, body map, Echelle Visual Analogue Scale (5)	
Kipumittareiden kokeminen hyödyllisiksi (5)	
Oireiden vakavuuden arviointi ESAS-mittarin avulla (1)	
PMI mittarin käyttö kivunhoidon soveltuvuuden mittaamisessa (9)	

Tutkimuksissa korostui sairaanhoitajan kokemus kivun arvioinnissa (ks. taulukko 8). Sairaanhoitajien kokemukset heijastuivat erilaisten kipujen erottamisen hallintaan. Kokemus näkyi esimerkiksi itseluottamuksena hoitotyössä ja sitä kautta kivun arvioinnissa. Kokee neet sairaanhoitajat pystyivät arvioimaan kipua enemmän vaistonvaraisesti. (5, 6, 7.)

”Sitä ei opi vain kirjoista” (6).

”Itseluottamus perustuu monen vuoden kokemukseen” (6).

Potilaan ja sairaanhoitajan näkemys kivusta vaihteli jonkin verran. Osassa tuloksia ei ollut merkittävää eroa kivun näkemyksistä sairaanhoitajan ja potilaan välillä. Syövän vaihe ja kemoterapiahoito saattoivat vaikuttaa kivun näkemuseroihin. Tuloksista ilmeni, että useammin potilas arvioi kivun asteen korkeammaksi kuin sairaanhoitaja. (1.)

Taulukko 8.

Pelkistys	Alaluokka
Kokemus kiputyypin erottamisessa (5)	Kokemukseen perustuva arviointi
Kokemuksen merkitys (6)	
Kokemuksen tuoma vaistonvarainen toiminta (6)	
Kokemuksen tuoma itseluottamus (6)	
Kliininen kokemus kivun arvioinnissa (7)	
Yhtenäinen näkemys kivusta (1)	Potilaan ja sairaanhoitajan näkemys kivusta
Näkemyserot 3. vaiheen syöpäkivun arvioinnissa (1)	
Kemoterapian vaikutus kivun arviointiin (1)	

5.1.3 Ammattiosaaminen

Ammattiosaamisen yläluokka koostuu moniammatillisesta yhteistyöstä, potilaan puolestapuhujana toimimisesta, sairaanhoitajan ammattitaidosta sekä mielenkiinnosta lisäkoulutukseen (ks. taulukot 9 ja 10). Tutkimuksista ilmeni, että moniammatillista yhteistyötä arvostettiin ja siitä oli apua potilaan kivun hoidossa ja vaikuttaen hoidon onnistumiseen. Sairaanhoitajat pitivät tiedonkulkua eri ammattilaisten ja yksiköiden välillä välttämättömänä hoidon onnistumisen kannalta. Eri alojen ammattilaisten suhteita pidettiin tärkeänä syöpäpotilaan hoidon selkiyttämässä. Tiimityössä korostui hyvän kommunikoinnin ja kirjaamisen tärkeys. Sairaanhoitajat kokivat tiimin tärkeänä konsultointiapuna. Erityisesti palliatiivisen hoidon tiimiä pidettiin tärkeänä apuna. (2, 4, 6, 8, 10.)

”Tarkoitan, että sinä et joudu tekemään asioita yksin... siinä mukana on myös muita tiimin jäseniä... kuten jos sinulla on joku erittäin vaikea tapaus sinun ei tarvitse hoitaa sitä kaikkea yksin, sinä saat apua esimerkiksi palliatiivisen hoidon tiimiltä tai muilta ammattilaisilta” (10).

Sairaanhoitajat toimivat potilaan puolestapuhujina potilaan ja muiden tahojen välillä. He kokivat tuovansa arvokasta tietoa lääkäreille potilaan voinnista ja hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Sairaanhoitajat kokivat lääkäreiden olevan heidän opastuksensa varassa. Myös lisäkoulutuksen tarvetta tuotiin esille, sillä sairaanhoitajan kliinisen päätöksenteon ja arvioinnin taidot olivat merkittäviä tekijöitä hoidon onnistumisen kannalta. Sairaanhoitajan taito ottaa huomioon potilaan verbaaliset ja non-verbaaliset viestit koettiin tärkeänä puolestapuhujana toimimisessa. (4,6,7.)

”Sairaanhoitajat näkivät usein itsensä potilaan puolestapuhujina tarjoten linkin potilaan ja heidän sukulaistensa ja hoitohenkilökunnan välillä.” (6)

Taulukko 9.

Pelkistys	Alaluokka
Yhteistyö tiedonkulussa (8)	Moniammatillinen yhteistyö
Lääkärit hoitajien opastuksen varassa (6)	
Tiimityön ja tiedonkulun tärkeys (6)	
Tiimityön tärkeys syöpäpotilaan hoidossa (10)	
Moniammatillinen tiimi päätöksenteossa (10)	
Palliativisen hoidon tiimin tärkeys (2)	
Konsultointiapu palliativisen hoidon tiimiltä (4)	
Merkittävä koulutuksen tarve (6)	
Sairaanhoitajat potilaan puolestapuhujina (6)	Potilaan puolestapuhujana toimiminen
Potilaan puolestapuhujana toimiminen (7)	
Puolestapuhujana toimiminen (4)	

Yhtenä vaikuttavimpana osatekijänä kivun arvioinnissa sairaanhoitajat pitivät potilaan näkökulmaa (ks. taulukko 10). Tämä ilmeni muun muassa potilaan kuuntelemisena ja kokonaisvaltaisena arviointina. Sairaanhoitajan roolia kivun hoidossa pidettiin merkittävänä, mikä ilmeni monesta tutkimuksesta. Sairaanhoitajat toivoivat säännöllisiä lisäkoulutuksia kivusta. Kivun hoidon opintoja toivottiin sairaanhoitajan koulutukseen. Koulutuksia pidettiin tärkeänä, sillä esimerkiksi läpilyöntikivun tunnistaminen ja hoito koettiin riippuvaisena terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksesta ja tiedosta. Sairaanhoitajat, jotka toimivat syöpäkivun hoidon parissa olivat kiinnostuneita lisäkoulutuksesta. (6, 7, 10.)

Taulukko 10.

Pelkistys	Alaluokka
Sairaanhoitajan rooli kivun hoidossa merkittävä (6)	Sairaanhoitajan ammattitaito
Potilaan näkökulma kivun arvioinnissa (7)	
Läpilyöntikivun koulutuksen tarve (7)	Mielenkiinto lisäkoulutukseen
Kivunhoidon opintojen tarjonta (10)	
Säännöllisten koulutusten tärkeys (10)	
Koulutuksen merkitys kivun tunnistamisessa ja hoidossa (7)	
Kiinnostus jatkokoulutukseen (7)	

5.1.4 Palliativisen hoidon erityisosaaminen

Erityisosaamista palliativisessa hoitotyössä pidettiin tärkeänä tekijänä potilaan kivunhoidon kulussa ja arvioinnissa. Palliativisten yksiköiden ja henkilökunnan osaaminen vaikutti positiivisesti hoidon tuloksiin. Potilaat, joilla todettiin kovia kipuja, ohjattiin palliativisen hoidon osastolle. Palliativisen hoidon yksiköissä sairaanhoitajat omasivat paremmat tiedot ja taidot kivun hoidosta. (8.)

”Erikoistuneella sairaalan palliatiivisen hoidon tiimillä oli merkittävä kliininen vaikutus syöpäpotilaiden kivun oireen paranemiseen” (2).

Palliatiivisen hoidon tiimiä pidettiin merkittävänä konsultointiapuna ja heidän antama palaute esimerkiksi lääkinnälliselle tiimille auttoi potilaiden oireiden helpottamisessa. Sairaanhoitajan osaaminen näkyi hyvinä tuloksina hoidossa. Tukea antava hoito paransi potilaiden oireita. Oireiden helpottuminen oli nähtävissä jokaisen sairaanhoitajan antaman hoitokerran jälkeen. Suurimmat positiiviset muutokset nähtiin kivun tuntemisessa ja väsymyksessä. (4.)

Taulukko 11.

Pelkistys	Alaluokka
Palliatiivisen hoidon osasto kivun hoidossa (8)	Erikoisosaaminen palliatiivisen hoitotyön piirissä
Usko palliatiivisen hoidon yksikön osaamiseen (8)	
Sairaanhoitajan erityisosaaminen palliatiivisen hoidon yksikössä (8)	
Palliatiivisen hoidon osaston merkitys kipujen kasvaessa (8)	
Palliatiivisen hoidon- tiimin tärkeys (2)	
Konsultointiapu palliatiivisen hoidon tiimiltä (4)	
Kivun ja väsymyksen väheneminen hoitokertojen jälkeen (4)	Positiiviset tulokset sairaanhoitajan antamasta hoidosta
Tukea antava hoito oireiden hallinnassa (4)	
Positiivinen palaute palliatiiviselta tiimiltä (4)	

5.2 Haasteet kivun arvioinnissa

Tässä osiossa esittelemme tuloksia vastaten analyysimme toiseen tutkimuskysymykseen: mitä haasteita palliatiivisen syöpäpotilaan kivun arviointiin liittyy. Pääluokka haasteet kivun arvioinnissa muodostui neljästä yläluokasta: kivun moniulotteisuus, kivun tunnistaminen, puutteellinen tieto ja voimavarat. Suurimmat haasteet kivun arvioinnissa liittyivät kiputyypin erottamisen vaikeuteen. Sairaanhoitajilla ei ollut työvälineitä kiputyypin erottamiseen vaan se perustui usein kokemukseen ja intuitioon. Sairaanhoitajat kokivat usein myös riittämättömyyden tunnetta, kun kipua ei pystytty hoitamaan halutulle tasolle. Sairaanhoitajat ilmaisivat huolensa myös koulutuksen puutteesta. He kokivat, että erilaisia lisäkoulutuksia kivusta tulisi olla saatavilla enemmän.

5.2.1 Kivun moniulotteisuus

Kivun moniulotteisuus yläluokka koostuu kolmesta alla esitellystä alaluokasta: kivun erottamisen vaikeus, kivun muutokset ja kivun monimuotoisuus (ks. kuvio 4). Kiputyyp-
pien erottamisen vaikeus nousi esille tutkimuksissa. Paheneva kipu, etenkin läpilyönti-
kipu, oli vaikea erottaa jatkuvasta taustakivusta ja heillä oli rajoittunutta tietoa eri kipu-
tyyppien luokituksista. (5, 6.) Kiputyyp-
pien erottamisen osaaminen vaihteli myös eri mai-
den välillä. Kipumittareista VAS:n ja NRS:n käyttö koettiin kipujen erottamisessa haas-
teelliseksi, sillä niiden hyödyntäminen rajoittui lähinnä kivun olemassaolon ja sen inten-
siteetin mittaamiseen. (5.)

*”Suurimmalla osalla hoitajista oli vaikeuksia määrittellä läpilyöntikipua erillisenä ki-
putyyppinä ja olivat kyvyttömiä erottamaan huonosti kontrolloidusta taustakivusta”
(6).*

Sairaanhoitajat kokivat haasteellisena potilaiden kiputilojen äkilliset muutokset. Potilaan
tila saattoi heiketä nopeasti niin, että potilas joutui olemaan vuodelevossa. Osasto ei aina
pystynyt vastaamaan potilaan kipuun sitä tarpeeksi lievittämällä. Kivun kontrolloimatto-
muus koettiin vaikeana, kivun hoitoa estävänä tekijänä. Palliatiivisen hoitotyön yksiköt ja
sairaanhoitajat ovat erikoistuneet syöpäkivun hoitoon, mutta eivät aina pysty hallitse-
maan lääketieteellisin ja hoitotyön keinoin potilaiden kipua. Vaikka hoito olisi hyvää, jos-
kus potilaat kuolevat kipuun. (6, 8.)

*”Sairaanhoitajat myös tunnistivat, että kipu voi joskus olla erittäin vaikea kontrol-
loida” (6).*

Kivun monimuotoisuus tuo myös omat haasteensa kivun arviointiin ja sen hoitoon. Kipu
voi ilmetä eri tavoin ja se on erilaista eri ihmisillä. Potilaan tilanne saattoi olla joskus niin
epäselvä fyysisen kunnon vaihtelun takia, että potilasta jouduttiin pitämään osastolla,
kunnes tilanne selkisi. Hoidon tarpeiden arviointi oli haastavaa kivun tason ja fyysisen
kunnon huononemisen takia, mikä kertoo palliatiivisen syöpäpotilaan hoidon monimut-
kaisuudesta. (8.)

Taulukko 12.

Pelkistys	Alaluokka
Kiputyypin erottamisen vaikeus (6)	Kivun erottamisen vaikeus
Kivun luokitusten puutteellinen tieto (6)	
Kipujen erottamisen vaikeus (5)	
Itsearviointi kipujen erottamiskyvystä eri maiden välillä (5)	
VAS:n ja NRS:n riittämättämyys kipujen erottamisessa. (5)	
Potilaan voinnin nopea heikkeneminen (8)	Kivun muutokset
Kivun kontrolloimattomuus (6)	
Kipuun kuoleminen (6)	
Kivun tason ja fyysisten rajoitteiden vaihtelu (8)	Kivun monimuotoisuus
Hoidon tarpeiden monimutkaisuus (8)	

5.2.2 Kivun tunnistaminen

Tähän yläluokkaan olemme koonneet seuraavat alaluokat: Kivun kokonaisvaltainen arviointi, arviointimittareiden käyttö sekä kivun aliarviointi (ks. taulukko 13). Kivun arvioinnin ja sen hoitamisen kannalta tärkeitä arviointikokonaisuuksia ja ohjeistuksia ei juuri-kaan ole saatavilla, mikä oli sairaanhoitajien mielestä ilmeinen puute. Myös kivun osatekijöiden kuten fyysisen ja emotionaalisen kivun asettaminen jonkinlaiseen tärkeysjärjestykseen nähtiin kivunhoitoa hankaloittavana tekijänä. Ymmärrys kivun fysiologiasta nähtiin tärkeänä sairaanhoitajan osaamisessa ja kivun ymmärtämisessä annettaessa optimaalista kivun hoitoa. (5, 6.)

”Läpilyöntikivun fyysinen osa-alue nähtiin vähemmän tärkeänä kuin emotionaalinen ja muut osatekijät” (6).

Kivun arvioinnissa käytettävien mittareiden käyttö vaihteli suuresti hoitajien välillä. Arviointimittarit nähtiin usein aikaa vievinä ja niiden säännöllinen käyttö ei toteutunut käytännössä. Arviointimittarit nähtiin myös työllistävinä ja jopa hyödyttöminä. Osa sairaanhoitajista ajatteli, että kivun arviointi numeraalisesti tuntui vaikealta potilaiden erilaisuuden takia. Potilaat saattoivat kokea kivun erilaisena: toinen saattoi pärjätä vaikean kivun kanssa paremmin, kun taas toinen koki pienenkin kivun sietämättömänä. (5, 6, 7.)

”Miten arvioit kipua numeroilla! Joskus tuntuu tyhmältä kysyä sitä, koska mistä voit tietää? Jokainen on erilainen.” (6).

Sairaanhoitajat aliarvioivat potilaan kipua usein. Hoitajat arvioivat usein kivun vähemmän vakavaksi kuin potilaat. Etenkin kroonisesti sairaat, joilla oli muitakin sairauksia syövän lisäksi, arvioivat kivun vakavammaksi kuin hoitajat. Myös kemoterapiapotilaiden kipua aliarvioitiin. (1.)

Taulukko 13.

Pelkistys	Alaluokka
Systemaattisen arviointikokonaisuuden puute (6)	Kivun kokonaisvaltainen arviointi
Kivun osatekijöiden arvottaminen (6)	
Ymmärrys syöpäkivun mekanismeista optimaalisen hoidon antamisessa (5)	
Arviointimittareiden käytön vaihtelevuus (6)	Arviointimittareiden käyttö
Arviointimittareiden käyttö vie aikaa (6)	
Arviointimittareiden käytön työllistävyys (6)	
Potilaiden erilaisuus mittareiden käytössä (6)	
Tietämättömyys mittareiden määrittämisestä (5)	
Mittarin säännöllinen käyttö (5)	
Arviointimittareiden kokeminen hyödyttömänä (7)	
Kivun aliarviointi (1)	
Kroonisesti sairaiden kivun aliarviointi (1)	
Kemoterapiapotilaiden kivun aliarviointi (1)	

5.2.3 Puutteellinen tieto

Alla olevassa taulukossa on esitetty puutteelliseen tietoon liittyvät tekijät (ks. taulukko 14). Sairaanhoitajat kokivat tiedon kivusta ja sen hoidosta puutteelliseksi joissakin yksiköissä. Erityisesti tietotason erot hoitokotien ja sairaaloiden välillä olivat liian isoja. Hoitokodeissa, joihin potilaat siirtyivät jatkohoitoon, tieto kivun hoidosta oli joissakin tapauksissa huonompaa verrattuna sairaaloihin. Usein tämän takia potilaita siirrettiin edestakaisin hoitavan sairaalan sekä hoitokodin välillä. Sairaanhoitajat toivoivat lisää tietoa saatavilla olevista resursseista liittyen kivun optimaaliseen hoitoon. (8.)

”Tiedon kuilu sairaalan ja hoitokodin välillä on liian iso” (8).

Kivun arviointiin ja hoitoon liittyvää lisäkoulutuksen tarvetta pidettiin suurena. Sairaanhoitajien mielestä sairaanhoitajakoulutuksessa kipuoipintoja oli tarjolla liian vähän, jos ollenkaan. (7, 10.)

”Tämä tutkimus osoittaa, että kivun arviointi on puutteellisesti huomioitu sairaanhoitajan opetussuunnitelmassa” (7).

Taulukko 14.

Pelkistys	Alaluokka
Tietotason erot hoitoyksiköiden välillä (8)	Informaation puute
Informaation puute saatavilla olevista resursseista (8)	
Puutteellinen opetus sairaanhoitaja koulutuksessa (7)	Koulutuksen puute
Koulutuksen puute (10)	
Kipuopintojen puute sairaanhoitajan koulutuksessa (10)	

5.2.4 Voimavarat

Tämä yläluokka pitää sisällään alaluokat: hoitajien epävarmuus, hoidon riittämättömyys, potilaiden pelko ja hoitohenkilökunnan kiire. Kivun arviointiin ja hoidon haasteellisuuteen liittyy vahvasti niin potilaiden kuin hoitajienkin negatiiviset tunnetilat (ks. taulukko 15). Hoitajien epävarmuus antamastaan hoidosta saattoi luoda riittämättömyyden tunnetta. Lisäksi osastolla annettava kivun hoito ei kaikissa tapauksissa ollut riittävää. Osastojaksot saattoivat pidentyä, kun kivunhoidon vaste ei yltänyt halutulle tasolle ja tilanteet muutuivat nopeasti. Myös kotiutumisen jälkeen tapahtuva kivunhoito saattoi usein jäädä liian vähäiseksi.

”Tunnetasolla kuluttavaa, koska tiedät ettet pysty tekemään mitään ja että pystyisit parempaan” (10).

On huomioitava myös ei-lääkkeellisten kivunhoitojen tärkeys, jotka etenkin sairaalahoidossa usein unohtuvat. Ne saattavat olla joko aikaa vieviä tai niiden toteuttamiseksi vaadittavat voimavarat eivät täyty. (6, 8, 10.)

Taulukko 15.

Pelkistys	Alaluokat
Riittämättömyyden tunne (10)	Hoitajien epävarmuus
Tunne, että pystyy parempaan (10)	
Tyytymättömyys antamaansa hoitoon (10)	
Alilääkitsemisen pelko (6)	
Osastohoidon riittämättömyys (8)	Hoidon riittämättömyys
Kotiutumisen jälkeinen riittämätön hoito (8)	
Toistuva osastohoito hoitokodeista (8)	
Ei-lääkkeellisten keinojen unohtaminen (10)	
Osastojaksojen piteneminen (8)	

Joskus kivun arviointi on haasteellista sairaanhoitajasta riippumattomista tekijöistä. Potilaiden pelot (ks. taulukko 16) liittyen kivun ilmaisemisen vaikutuksiin estivät hoitajia antamasta hyvää kivunhoitoa. Potilaat saattoivat pelätä lisälääkitystä ja sen vaikutuksia, mikäli heitä lääkittäisiin normaalia enemmän. Potilaat vaikenivat kivuistaan erinäisistä syistä, joita saattoivat olla muun muassa pelko sairauden pahenemisesta ja sen hyväksymisen vaikeus. Sairaanhoitajat saattoivat joskus kuulla potilaan kivuista potilaan läheisiltä, koska potilaat eivät uskaltaneet kertoa kivuista suoraan hoitajille. Tämä tuo omat haasteensa kivun arviointiin ja hoitoon, kun tarkka suoraan potilaalta saatu tieto ei aina välity. (6, 10.)

”Potilaat olivat haluttomia ja pelokkaita kertomaan läpilyöntikivuistaan” (6).

Voimavara haasteisiin liittyy myös hoitohenkilökunnan kiire osastolla. Joskus kivunlievitystä ei pystytty antamaan oikeaan aikaan kiireen vuoksi, jolloin kivut saattoivat yltyä koviksi. Onnistuneen kivun hoidon avaintekijä on sen perusteellinen arviointi, johon pitäisi varata riittävästi aikaa. Joskus henkilökuntamitoitukset olivat riittämättömiä tai aikataulut niin tiiviitä, ettei aikaa ollut arvioida kipua perusteellisesti.

”Yksi yleisin osatekijä on, että he ilmoittivat ettei ollut tarpeeksi aikaa heidän kiireisissä aikatauluissaan” (10).

Sairaanhoitajat mainitsivat yhtenä epäkohtana kiireessä lääkitsemisen. Tiedettiin, että olisi parempikin tapa lääkittää ja käyttää parempia kipulääkkeitä. (6, 10.)

Taulukko 16.

Pelkistys	Alaluokka
Potilaiden pelko ja haluttomuus viestinnässä (6)	Potilaiden pelko
Potilaiden lisälääkityksen pelko (6)	
Kivusta vaikeneminen (6)	
Potilaiden pelkojen negatiivinen vaikutus kivun hoitoon (10)	
Potilaat eivät kerro kivuista (10)	
Kiireessä lääkitseminen (6)	Hoitohenkilökunnan kiire
Ajanpuute ja kiire (10)	
Kiire osastolla (10)	
Hoitajien ajanpuute (10)	

6 Pohdinta

Kipu liittyy oleellisesti syöpään, mutta erityisesti sairauden loppuvaiheeseen. Kivun arviointi on keskeinen asia hoidon onnistumisen kannalta ja sitä kautta sairaanhoitaja saa tietoa potilaan tilasta sekä mahdollisista elämänlaatua heikentävistä tekijöistä.

6.1 Opinnäytetyön etiikka

Tutkimuksen ja tieteen lähtökohtana on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tulee noudattaa tutkimuksen teossa. Näin ollen se luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi. Tutkija voi arvioida tutkimusetiikkaa pohtimalla sitä esimerkiksi kahdeksan eettisen vaatimuksen listan kautta, johon kuuluvat kiinnostus uuden tiedon hankkimisesta, tunnollisuus, vilpittömyys, vahingon välttäminen, ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullinen tieteellisen tiedon käyttö, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalisuus. Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen- ja ulkopuoliseen etiikkaan. Tieteen sisäinen etiikka sisältää tieteenalan luotettavuuden ja todellisuuden. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka kertoo, miten tutkimusaiheen valintaan vaikuttavat alan ulkopuoliset seikat ja tutkimustavat. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 211-212.)

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen tutkimusta tehdessä luo pohjan tutkimuksen uskottavuudelle. Tutkijan eettiset ratkaisut sekä tutkimuksen uskottavuus kulkevat yhdessä tutkimuksen ajan. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisen vastuu on tutkijoilla ja tutkimusyksikön johtajalla itsellään ja esimerkiksi opinnäytetyön eettisiin kysymyksiin liittyvät ratkaisut ovat opettajan vastuulla. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132-133). Luotettavuutta arvioidaan muun muassa pohtimalla tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, omia sitoumuksia tutkijana, aineiston keruuta, tutkimuksen kestoa, aineiston analyysia ja tutkimuksen raportointia. Jotta lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen tuloksia, tutkijan tulee antaa tarpeeksi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140-141).

Pyrimme opinnäytetyötä tehdessämme kunnioittamaan alkuperäisten tutkimusten sisältöä muuttamatta olennaista tietoa ja tekijöiden tekemiä havaintoja koko tutkimuksen ajan. Sitouduimme opinnäytetyön tekemiseen ja teimme työtä säännöllisesti prosessoi-

den samalla lukemaamme tietoa. Aineiston analyysivaiheessa huomasimme löytäneemme enemmän mielenkiintoista tietoa toiseen tutkimuskysymykseen. Pidimme haaste -kysymystä mielenkiintoisempana. Näin ollen tutkimuskysymysten käsittely ei ehkä ollut tasa-arvoista. Emme kuitenkaan usko tämän vaikuttavan tutkimuksen tuloksiin oleellisesti sillä kaikki aineistot käsitelimme perusteellisesti.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen kirjallisuudessa on kiinnitetty huomiota tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen eri tekniikoin, minkä seurauksena analyysimenetelmät ovat kehittyneet eri suuntiin. Perusvaatimuksena on yhä, että tutkijalla on riittävästi aikaa tutkimuksen tekemiseen, jonka koemme isoksi luotettavuustekijäksi opinnäytetyössämme. Tutkimuksen luotettavuuden kriteereissä on hyvin erilaisia ja eri asioita painottavia tulkintoja ja luotettavuuskeskustelussa esiin nousevat kysymykset objektiivisesta tiedosta ja totuudesta. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134, 142.) Kun arvioidaan tutkimusartikkeleita, keskitytään pätevyyden eli validiteetin, kliinisen merkittävyyden ja yleistettävyyden arviointiin. Arvioidessa systemaattista katsausta katsotaan toteutuuko suunniteltu prosessi. Valittaessa katsaustyyppiä on oleellista huomioida mitä tutkimusartikkelien laadun arvioinnilla tavoitellaan. (Stolt ym. 2016: 67-68.) Yksi merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri on tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus (Tuomi – Sarajärvi 2009: 127).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida seuraavilla kriteereillä: uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Edellä mainitut kriteerit ovat eri tutkijoiden näkemyksistä muovautunut synteesi. Uskottavuutta arvioidessa katsotaan vastaavatko tutkimustulokset tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta osoitetaan tulosten tarkastelulla tutkimuksen eri vaiheissa keskustelemalla tutkimuksen osallistujien kanssa pyytämällä heitä arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä. Osallistujat voivat myös pitää tutkimuspäiväkirjaa, jossa pohditaan tutkimukseen liittyviä valintoja ja kokemuksia. (Kylmä – Juvakka 2007: 127-128.) Uskottavuutta voidaan arvioida myös niin sanotulla triangulaatiolla, joka yhdistää erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden käyttöä tutkimuksessa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 143). Työmme uskottavuutta saattaa vähentää analyysissä käytettävien tutkimusten englanninkielisyys, sillä vaarana on sisällön tulkitseminen väärin tai sitä voidaan tulkita eri tavoin.

Vahvistettavuuden tulisi näkyä koko tutkimuksen ajan tutkijan kirjallisista raportoinneista niin, että toinen tutkija voi seurata koko prosessia pääpiirteissään. Tässä korostuu tutkimuspäiväkirjan merkitys. Ongelmaksi muodostuu se, että tutkimustuloksesta voidaan tehdä erilaisia päätelmiä, mutta varsinaiseksi luotettavuusongelmaksi se ei välttämättä muodostu, koska erilaiset tulokset lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija tunnistaa omat ennakoasenteensa ja käsityksensä sekä pitää ne erillään tutkimusprosessista. Tutkijan on hyvä arvioida omia näkemyksiään ja niiden mahdollisia vaikutuksia tutkimusprosessiin ja tuloksiin sekä kuvata ne tutkimusraporttiin. Jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä, tulee tutkimuksen tekijän antaa riittävästi tietoa tutkimukseen osallistuneista ja ympäristöstä. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Olemme hyödyntäneet opinnäytetyöprosessin aikana ohjaavan opettajan ohjaustapaamisia ja osallistuneet koulun tarjoamiin työpajoihin. Olemme kokeneet ne tärkeänä prosessia tukevin ja kriittiseen ajatteluun kannustavina työkaluina. Luimme tutkimukset rishtiin kierrättämällä jokainen tutkimus kullakin opinnäytetyön tekijällä. Tämä puolestaan lisää opinnäytetyömme luotettavuutta. Koska hyväksyimme opinnäytetyöhömmme vain 10 tutkimusta, voidaan ajatella luotettavuuden kärsivän sillä tutkimusnäyttö voi jäädä liian suppeaksi. Lisäksi saimme joistain tutkimuksista vain muutaman tutkimuskysymykseen vastaavan alkuperäisilmauksen. Koemme kuitenkin, että työmme luotettavuus ei ole kärsinyt merkittävästi, sillä olemme käyttäneet tarpeeksi aikaa opinnäytetyön tekemiseen etenkin perehtyen ja arvioiden tutkimuksia. Tutkimukset osoittivat, että kivun hoidon osaaminen vaihtelee eri maiden välillä. Emme löytäneet suomalaisia tutkimuksia aiheesta, joten emme voi tietää kivun arvioinnin tasoa Suomessa. Toisaalta olisi tärkeää, että osaaminen olisi yhtä vahvaa kansainvälisesti maasta riippumatta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Kivun arviointi ei ole vain potilaan sanallisten viestien tulkintaa, vaan hoitajan on osattava tulkita non-verbaalisia viestejä esimerkiksi potilaan ilmeitä ja eleitä. Hoitajan tulee ymmärtää niiden merkitys kokonaisvaltaisessa kivun arvioinnissa. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella on ymmärretty, että onnistuneen hoidon kannalta hoitajan on ymmärrettävä kipuun liittyvää oirehdintaa (Salminen – Salmenoja 2007: 825-828). Potilaan non-verbaalisia viestejä on pidetty jopa yhtenä vaikuttavimpana osatekijänä kivun arvioin-

nissa. Sairaanhoidajan havainnointi perustuu hankittuun kokemukseen ja intuitioon. Hankittu kokemus ja vaistonvaraisuus perustuvat monien vuosien työelämässä tapahtuvaan oppimiseen. Opiskelijan näkökulmasta olemme havainneet, että kokeneet hoitajat tekevät usein ”hiljaista hoitotyötä” eli havainnoivat muun työn ohessa potilaiden viestejä ja osaavat toimia potilaan oireiden mukaan ilman tarkempaa perustelua.

Hoitaja ei ole yksin vastuussa potilaan hoidosta vaan toimii osana moniammatillista tiimiä, johon kuuluvat esimerkiksi lääkäri, fysioterapeutti tai palliatiivinen erityistiimi. Tiedonkulku eri ammattiryhmien ja hoitoyksiköiden välillä on tärkeä tekijä hoidon onnistumisen ja potilasturvallisuuden kannalta. Hoitaja saa tarvittaessa konsultointiapua muulta tiimiltä ja osoittaa näin kyvykkyyttään ammatilliseen toimintaan. (Rautava ym. 2015:19.) Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitaja toimii usein potilaan puolestapuhujana ja asianajajana niin omaisten kuin muiden ammattilaisten välillä. Aikaisempi tutkimustieto vahvistaa analyysin tuloksia hoitajien ammatillisuuteen liittyvien tekijöiden osalta. Hoitajalla tulee olla ammatillinen ote ja oikeanlaiset valmiudet kuten hyvät vuorovaikutustaidot, teorian tiedot, ymmärrys potilaan tilanteesta ja empatiakykyä. Hoitajan on myös otettava huomioon potilaiden yksilöllisyys ja toiveet sekä ymmärrettävä läheisten merkitys potilaan hoidossa. (Surakka ym. 2015: 10-11.)

Voimme todeta analysoitujen tutkimusten perusteella, että sairaanhoidajien osaaminen kivun arvioinnissa toteutui pääsääntöisesti hyvin. Teoriatieto tukee tutkimuksista saatuja tuloksia. Joitakin ristiriitoja kuitenkin löytyi, kun vertasimme tuloksia tutkimuskysymysten välillä. Saimme ristiriitaista tietoa esimerkiksi arviointimittareiden käytöstä. Jotkut sairaanhoidajat pitivät mittareita hyödyttöminä ja aikaa vievinä kun taas toiset kokivat mittarit hyödyllisinä apuvälineinä kivun voimakkuuden tunnistamisessa. Mittareiden käytössä oli eroja eri maiden välillä. Myös hoitajien kokemusvuosilla ja asenteella oli vaikutusta mittareiden käyttöön. Hoitajat perustelivat mittareiden käyttämättömyyttä kiireellä. Kiire voi johtua monesta asiasta tai se saattaa olla ehkä hoitajan oma kokemus, vaikka todellista kiirettä ei olisikaan. Osastoilla olisi hyvä olla selkeät ohjeet potilaan hoidon toteuttamisesta ja osastonhoitajan tulee valvoa hoidon toteutumista esimerkiksi mittareiden käytön osalta. Mittareiden käytössä on tärkeää ottaa huomioon sen säännöllinen käyttö, jotta pystytään vertaamaan tuloksia aikaisempiin tuloksiin.

Koulutuksen puute ja hoitajien epävarmuus ilmenivät merkittävinä haasteina kivun arvioinnissa. Positiivista on, että hoitajat toivoivat lisäkoulutusta ja lisää opintoja kivun arvi-

oinnista ja sen hoidosta. Aikaisemman tiedon perusteella kivunhoidon tulisi sisältyä näkyvämmiin sairaanhoitajan opintoihin ja laajemmin kuin pelkästään lääkehoidon osalta (Vaajoki – Haatainen 2014. 45-46). Hoitajien epävarmuus ilmeni tyytymättömyytenä heidän antamaansa hoitoon. Epävarmuuteen saattoi vaikuttaa koulutuksen ja kokemuksen sekä yhtenäisten käytäntöjen puute. Kivunhoito ja sen arviointi on mielestämme jäänyt liian vähälle sairaanhoitajaopinnoissa. Koemme, että kivunhoito ja arvioiminen ovat vaikeita, mutta hyvin tärkeitä osa-alueita sairaanhoitajan työssä.

Yhdeksi isoksi haasteeksi sairaanhoitajat kokivat kiputyyppeiden erottamisen. Hoitajat kokivat, ettei erilaisten kiputyyppeiden erottamiseen ole tarpeeksi työvälineitä. Kivun monitoriteisuutta pidettiin haasteena, sillä kivun äkillistä pahenemista ei pystytty ennakoimaan. Potilaat eivät aina kertoneet kipumuutoksistaan peloista johtuen, ja hoitajat olivat avuttomia arvioidessaan kipua ainoastaan potilaan ulkoisen olemuksen perusteella. Aiemman tiedon mukaan hoitajan onkin tärkeä kuunnella tarkasti potilasta ja mitä hän kertoo kivuistaan. Luottamuksellisen potilas-hoitajasuhteen luominen edesauttaa kommunikointia ja tiedonsaantia puolin ja toisin. (Kalso ym. 2009: 484.) Erityisosaaminen palliativisen hoidon piirissä tuntuu olevan iso tekijä potilaan onnistuneen kivunhoidon kannalta. Sen tärkeyttä korostettiin löytämissämme tutkimuksissa. Sairanhoitajan rooli moniammatillisessa tiimissä ja asenne omaan työhön ovat avaintekijöitä hyvän hoitotyön toteutumisen takaamiseksi.

6.4 Johtopäätökset

Koemme, että kivun arvioinnin kannalta keskeisiä kehittämisen kohteita ovat etenkin kivun hoidon koulutuksen ja opetuksen lisääminen sekä erilaisten työvälineiden kehittäminen kivun arvioinnin tueksi. Tiedonkulun onnistuminen eri hoitoyksiköiden ja henkilökunnan välillä takaa onnistuneen ja saumattoman hoidon potilaalle. Tietotasojen erot eri hoitoyksiköiden välillä aiheuttavat joskus potilaille tarpeetonta hoidon pitkittymistä tai turhaa siirtymistä hoitokodista sairaalaan. Kaikilla yksiköillä ei ole samoja voimavaroja ja osaamista palliativisen potilaan kivunhoidossa, jolloin siirtyminen on kuitenkin välttämätöntä. Koemme, että kivunhoidon opetuksen lisäämisellä hoitajien kyky hoitaa ja arvioida kipua yksiköstä riippumatta olisi mahdollista.

Hoitajien osaamisen parantaminen saattaa tuoda pitkällä aikavälillä myös taloudellisia säästöjä ja vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen saamastaan hoidosta. Toivoisimme, että

aiheesta tehtäisiin enemmän suomalaisia tutkimuksia syövän palliatiivisen hoitotyön näkökulmasta. Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa tulevaisuudessa ja tarve erityiskoulutetuille palliatiivisen hoidon ammattilaisille lisääntyy. Tällä hetkellä osaajia ei ole tarpeeksi eikä konsultaatioapua ole riittävästi. (Hermanson ym. 2010: 64.) Esimerkiksi palliatiivisten hoitotiimien ja yksiköiden kouluttaminen vastaisi palliatiivisen hoidon tarpeeseen ja saattaisi lisätä potilastyytyvääisyyttä.

Lähteet

Eriksson, Elina – Kuuppelomäki, Merja 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Erjanti, Helena – Anttonen, Mirja Sisko – Grönlund, Arja – Kiuru, Susanna 2014. Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.

Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.

Hermanson, Terhi – Vertio, Harri – Mattson, Johanna 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Jahren Kristoffersen, Nina – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Edita Publishing Oy.

Kalso, Eija - Haanpää, Maija – Vainio, Anneli 2009. Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kassara, Heidi – Paloposki, Sanna – Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Lipponen, Varpu – Ketola, Marja-Leena – Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Tampere: WSOY.

Kuokkanen, Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Katajisto, Jouko 2010. Sairaanhoidtajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Hoitotiede 22 (1). 26-35.

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994. Annettu Naantalissa 28.6.1994.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pihlainen, Aira 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rautava-Nurmi, Hanna – Westergård, Airi – Henttonen, Tarja – Ojala, Mirja – Vuorinen, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarto, Tiina – Hänninen, Juha – Antikainen, Riitta – Vainio, Anneli 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salminen, Eeva – Salmenoja, Heidi 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon?. Kustannus Oy Duodecim.

Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Salminen, Hanna – Miettinen, Merja 2011. Ammatillisen osaamisen kehittäminen - ikään-tyvien ja nuorien hoitajien näkökulma. Tutkiva Hoitotyö 10 (1). 4-12.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print.

Surakka, Tiina – Mattila, Kati-Pupita – Åstedt-kurki, Päivi – Kylmä, Jari – Kaunonen, Marja 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Ylitörmänen, Tuija – Kvist, Tarja – Turunen, Hannele 2013. Sairaanhoitajien yhteistyö sairaalassa-kyselytutkimus. Tutkiva Hoitotyö 11 (1). 4-11.

Haanpään, Maija - Kauppila, Timo - Eklund, Michael - Granström, Veikko - Hagelberg, Nora - Hannonen, Pekka - Kyllönen, Eero - Kyrö, Marja - Loukusa-Nieminen, Teija - Luutonen, Sinikka - Telakivi, Tiina - Ylinen, Aarne - Pakkala, Ilkka 2008. Krooninen kipu - Yleistä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA. Verkko-dokumentti. < http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00018 > Luettu 9.3.2016.

Hyvä tietää leikkauksen jälkeisestä kivun hoidosta. HUS. Verkkodokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivun-hoito-leikkauksen-jalkeen/hyva_tietaa/Sivut/default.aspx > Luettu 10.3.2016.

Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet 2014. Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti. <<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuus-ohjeet.pdf>> Luettu 22.2.2016.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopisto. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf > Luettu 23.3.2016.

Vaajoki, Anne – Haatainen, Kaisa 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkiva Hoitotyö 12 (3). 45-46

Vainio, Anneli 2009. Voiko kipua mitata. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025> Luettu 10.3.2016.

Hakuhistoria

Tietokanta ja hakusanat	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu abstraktin perusteella	Poistettu koko tekstin perusteella	Mukaan
CINAHL					
Nursing assessment AND Nursing AND Quality of life	77	71	5	1	0
Assessment AND Breakthrough pain AND Pain AND Palliative care	2	0	0	0	2
Cancer AND Pain AND Pain management AND Palliative care	27	21	5	1	0
Oncology nurses AND Cancer pain	12	10	1	0	1
Palliative care needs AND Nursing assessment	2	0	1	0	1
Palliative care AND Pain Measurement AND analgesia	11	8	1	0	1
Assessment tools AND Breakthrough pain	20	10	7	2	1
Palliative care AND palliative nursing AND quality of life AND neoplasms	4	2	1	0	1
Palliative nursing AND competence AND evaluation	8	4	3	1	1
Cancer pain control AND Palliative care	5	4	0	0	1
Neoplasms AND Patient symptoms AND nurse assessment	4	0	2	1	1

Analyysi

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	
Sairaanhoitajan emotionaalinen tuki (4)	Hoitaja-potilas-suhde	Ammatillinen vuorovaikutus-suhde	Sairaanhoitajan osaaminen kivun arvioinnissa	
Suhteen luomisen hyödyllisyys potilaan tarpeiden ymmärtämisessä (3)				
Potilassuhteen merkitys kivun arvioinnissa (6)				
Keskusteluapu masennuksen lievittämisessä (3)				
Keskustelun hyödyllisyys potilaan tarpeiden ymmärtämisessä (3)				
Non-verbaalinen viestintä kivun arvioinnissa (7)	Sairaanhoitajan ja potilaan välinen viestintä			
Verbaalisten ja non-verbaalisten viestien huomioiminen (7)				
Levottomuus läpilyöntikivun tunnistamisessa (6)				
Potilaiden erilaisuuden ymmärtäminen (10)				
Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus (4)				
Potilaan kuunteleminen (6)				
Non-verbaalisen kommunikoinnin tulkitsemistaidot (10)				
Kehonkielen tulkinta (3)				
Kyky ymmärtää potilaan tapaa kertoa tilanteestaan (3)				
Läpilyöntikivun tunnistaminen intuitiivisesti (6)				Kiputyypin tunnistaminen
Emotionaalisen kivun tunnistaminen (6)				
Mittareiden käyttö erityyppisten kipujen erottamisessa (5)				
Kokonaiskuva potilaan tilanteesta (6)	Kokonaisvaltaisen kivun arviointi			
Fyysiset, psykologiset, henkiset ja sosiaaliset tekijät kivun arvioinnissa (6)				
Kokonaisvaltainen lähestymistapa kivun arvioinnissa (6)				
Realistinen kivun arviointi (10)				
Kokemus kiputyypin erottamisessa (5)	Kokemukseen perustuva arviointi			
Kokemuksen merkitys (6)				
Kokemuksen tuoma vaistonvarainen toiminta (6)				
Kokemuksen tuoma itseluottamus (6)				
Kliininen kokemus kivun arvioinnissa (7)				
Intuition mukaan toimiminen (3)				

Työkalujen kehittymisen merkitys hoidon laadussa (7)	Eri työkalujen käyttö kivun arvioinnissa					
Mittareiden käyttö kiputyypin erottamisessa (5)						
Arviointimittareiden hyödyllisyys (5)						
Mittarin käyttö läpilyöntikivun arvioinnissa (7)						
Monia mittareiden käyttäminen (7)						
PACA työkalu oireiden kuten kivun arvioinnin tukena (2)						
Eniten käytetyt mittarit: VAS, NRS, ESAS, body map, Echelle Visual Analogue Scale (5)						
Kipumittareiden kokeminen hyödyllisiksi (5)						
Oireiden vakavuuden arviointi ESAS-mittarin avulla (1)						
PMI mittarin käyttö kivunhoidon soveltuvuuden mittaamisessa (9)						
Yhtenäinen näkemys kivusta (1)				Potilaan ja sairaanhoitajan näkemys kivusta		
Näkemyserot 3. vaiheen syöpäkivun arvioinnissa (1)						
Kemoterapian vaikutus kivun arviointiin (1)						
Yhteistyö tiedonkulussa (8)	Moniammatillinen yhteistyö	Ammattiosaaminen				
Lääkärit hoitajien opastuksen varassa (6)						
Tiimityön ja tiedonkulun tärkeys (6)						
Tiimityön tärkeys syöpäpotilaan hoidossa (10)						
Moniammatillinen tiimi päätöksenteossa (10)						
Palliativisen hoidon tiimin tärkeys (2)						
Konsultointiapu palliativisen hoidon tiimiltä (4)						
Merkittävä koulutuksen tarve (6)						
Sairaanhoitajat potilaan puolestapuhujina (6)				Potilaan puolestapuhujana toimiminen		
Potilaan puolestapuhujana toimiminen (7)						
Puolestapuhujana toimiminen (4)	Sairaanhoitajan ammattitaito					
Sairaanhoitajan rooli kivun hoidossa merkittävä (6)						
Potilaan näkemys kivun arvioinnissa (7)						
Läpilyöntikivun koulutuksen tarve(7)	Mielenkiinto lisäkoulutukseen					
Kivunhoidon opintojen tarjonta (10)						
Säännöllisten koulutusten tärkeys (10)						

Koulutuksen merkitys kivun tunnistamisessa ja hoidossa (7)			
Kiinnostus jatkokoulutukseen (7)			
Palliativisen hoidon osasto kivun hoidossa (8)	Erikoisosaamisen palliativisen hoitotyön piirissä	Palliativisen hoidon erityisosaaminen	
Usko palliativisen hoidon yksikön osaamiseen (8)			
Sairaanhoitajan erityisosaaminen palliativisen hoidon yksikössä (8)			
Palliativisen hoidon osaston merkitys kipujen kasvaessa (8)			
Palliativisen hoidon tiimin tärkeys (2)			
Konsultointiapu palliativisen hoidon tiimiltä (4)			
Kivun ja väsymyksen väheneminen hoitokertojen jälkeen (4)			
Tukea antava hoito oireiden hallinnassa (4)			
Positiivinen palaute palliativiselta tiimiltä (4)			

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Kiputyypin erottamisen vaikeus (6)	Kivun erottamisen vaikeus	Kivun moniulotteisuus	Haasteet kivun arvioinnissa
Kivun luokitusten puutteellinen tieto (6)			
Kipujen erottamisen vaikeus (5)			
Itsearviointi kipujen erottamiskyvystä eri maiden välillä (5)			
VAS:n ja NRS:n riittämättämyys kipujen erottamisessa (5)			
Potilaan voimien nopea heikkeneminen (8)	Kivun muutokset		
Kivun kontrolloimattomuus (6)			
Kipuun kuoleminen (6)			
Kivun tason ja fyysisten rajoitteiden vaihtelu (8)	Kivun monimuotoisuus		
Hoidon tarpeiden monimutkaisuus (8)			
Systemaattisen arviointikokonaisuuden puute (6)			
Kivun osatekijöiden arvottaminen (6)			
Ymmärrys syöpäkivun mekanismeista optimaalisen hoidon antamisessa (5)			
Arviointimittareiden käytön vaihtelevuus (6)	Arviointimittareiden käyttö		
Arviointimittareiden käyttö vie aikaa (6)			
Arviointimittareiden käytön työllistyvyys (6)			

Potilaiden erilaisuus mittareiden käytössä (6)			
Tietämättömyys mittareiden määräytyksestä (5)			
Mittarin säännöllinen käyttö (5)			
Arviointimittareiden kokeminen hyödyttö-minä (7)			
Kivun aliarviointi (1)	Kivun aliarviointi		
Kroonisesti sairaiden kivun aliarviointi (1)			
Kemoterapiapotilaiden kivun aliarviointi (1)			
Tietotason erot hoitoyksiköiden välillä (8)	Informaation puute	Puutteellinen tieto	
Informaation puute saatavilla olevista resursseista (8)			
Puutteellinen opetus sairaanhoitaja koulutuksessa (7)	Koulutuksen puute		
Koulutuksen puute (10)			
Kipuopintojen puute sairaanhoitajan koulutuksessa (10)			
Riittämättömyyden tunne (10)	Hoitajien epävarmuus	Voimavarat	
Tunne, että pystyy parempaan (10)			
Tyytymättömyys antamaansa hoitoon (10)			
Alilääkitsemisen pelko (6)			
Osastohoidon riittämättömyys (8)	Hoidon riittämättömyys		
Kotiutumisen jälkeinen riittämätön hoito (8)			
Toistuva osastohoito hoitokodeista (8)			
Ei-lääkkeellisten keinojen unohtaminen (10)			
Osastojaksojen piteneminen (8)			
Potilaiden pelko ja haluttomuus viestinnässä (6)	Potilaiden pelko		
Potilaiden lisälääkityksen pelko (6)			
Kivusta vaikeneminen (6)			
Potilaiden pelkojen negatiivinen vaikutus kivun hoitoon (10)			
Potilaat eivät kerro kivuista (10)			
Kiireessä lääkitseminen (6)	Hoitohenkilökunnan kiire		
Ajanpuute ja kiire (10)			
Kiire osastolla (10)			
Hoitajien ajanpuute (10)			

Tutkimusten esittely

	TEKIJÄT, VUOSI JA TUTKIMUKSEN NIMI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	KOHDE-RYHMÄ	AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	KESKEISET TULOKSET
1	Guner, Akin, Durna 2014, Turkki Comparison of the symptoms reported by post-operative patients with cancer and nurses' perception of patient symptoms	Verrata syöpää sairastavien palliatiivisessa leikkauksessa tai mekaanisessa ventilaatiossa teho-osastolla olleiden ilmoittamia oireita ja verrata niitä sairaanhoitajan havaintoihin potilaiden oireista.	60 Turkkilaista syöpää sairastavaa potilasta joita oli ventiloitu mekaanisesti teho-osastolla 1-12 tuntia leikkauksen jälkeen. Lisäksi 8 sairaanhoitajaa arvioivat omia havaintoja potilaiden oireista.	Tiedot kerättiin strukturoidulla haastattelulla käyttämällä ESAS-mittari kyselylomakkeen. Aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS:ää.	Statistisesti merkittäviä eroja ei löytenyt potilaiden raportoimista oireista ja sairaanhoitajien arvioimista oireista paitsi kivun kategoriasa. Potilaat raportoivat enemmän kipua kuin sairaanhoitajat.
2	Jack, Hillier, Williams, Oldham 2006, Iso-Britannia Improving cancer patients' pain: the impact of the hospital specialist palliative care team	Tutkia syöpää sairastavia potilaita, jotka kärsivät oireista ja heidät oli otettu sairaalaan oireiden hillinnän vuoksi.	100 syöpää sairastavaa potilasta.	Tiedot kerättiin käyttämällä PACA arviointi mittaria. Aineisto analysoitiin käyttämällä tilastollista analyysia.	Tulokset osoittivat, että sairaalaan otettujen potilaiden kivun hallinnassa tapahtui merkittävää parantumista.
3	Griffiths, Ewing, Rogers 2010, Iso-Britannia "Moving Swiftly On." Psychological Support Provided by District Nurses to Patients With Palliative Care Needs	Tutkia miten sairaanhoitajat antavat psykologista tukea ja miten he arvioivat syöpää sairastavia potilaita kotikäynneillä.	53 sairaanhoitajaa, 10 syöpää sairastavaa potilasta ja heidän omaishoitajansa.	Aineisto kerättiin äänittämällä kotikäynnit ja haastatteleamalla potilaita ja heidän omaishoitajiaan. Aineisto analysoitiin käyttämällä teemaattista menetelytapaa.	Sairanhoitajat kuvailivat kohtaavansa ja arvioivansa potilaiden psykologiset tarpeet epävirallisesti juttelun kautta.
4	Lim, Wong, Aung 2011, Kanada	Dokumentoida muutokset oireissa akupunktion tai sairaanhoitajan tukea	20 syöpää sairastavaa potilasta.	Osallistujat täyttivät ESAS-mittari kyselylomakkeen kerran viikossa ennen hoitoa ja	ESAS- tulokset laskivat 26% sairaanhoitajan tukea antavan hoidon jälkeen

	Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care	antavan hoidon jälkeen potilailla, jotka sairastavat parantumattomia syöpää.		hoidon jälkeen neljän viikon ajan. Sen jälkeen ESAS-tuloksia kerättiin puhelimitse kerran viikossa hoidon jälkeen kuuden viikon ajan. Pisteistä laskettiin keskiarvo pyöristäen lähimpään 0.25.	ja 19% akupunktion jälkeen. Sairaanhoidajan tukea antama hoito paransi tutkimukseen osallistuneiden oireita.
5	Rustoen, Geerling, Pappa, Rundström, Weisse, Williams, Zavratinik, Wengström 2012, Norja How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey	Selvittää miten sairaanhoitajat arvioivat läpilyöntikipua ja onko heidän vaikeaa erottaa läpilyöntikipu peruskivusta.	1241 (90% naisia) sairaanhoitajaa kahdestatoista Euroopan maasta, jotka hoitavat syöpää sairastavia potilaita. 50%:lla osallistuneista oli enemmän kuin 9 vuotta työkokemusta.	Tiedot kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli 36 kysymystä. Aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS:ää.	Osallistujien kyky erottaa erilaisia kipuja ja kipumittarien käyttö vaihteli Euroopan maiden välillä. Pidempien työelämässä olleet sairaanhoitajat käyttivät enemmän kipumittareita kivun arvioinnissa.
6	Soden, Ali, Alloway, Barclay, Perkins, Barker 2010, Iso-Britannia How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multi-centre study	Saada parempi käsitys miten palliatiiviseen hoitotyöhön erikoistuneet sairaanhoitajat arvioivat ja hoitavat syöpää sairastavan potilaan läpilyöntikipua.	15 sairaanhoitajaa viidestä eri palliatiiviseen hoitoon erikoistuneesta yksiköstä Englannissa.	Puolistrukturoitu haastattelututkimus. Osallistujat haastateltiin yksilöittäin ja haastattelut nauhoitettiin. Puhtaaksi kirjoitettu teksti analysoitiin teemaattisella sisällönanalyysillä.	Osallistujien oli vaikeaa määrittellä läpilyöntikipua erillisenä kivun alatyypinä. Osallistujat kokivat myös vaikeaksi erottaa läpilyöntikipu huonosti kontrolloidusta taustakivusta.
7	Soden, Ali, Alloway, Barclay, Barker, Bird, Hall, Perkins	Saada parempi käsitys miten sairaanhoitajat jotka työskentelevät	104 sairaanhoitajaa kymmenestä eri palliatiiviseen	Osallistujille lähetettiin kyselylomake. Aineisto kerättiin ja tarkistettiin ristikkäin.	82% vastanneista kokivat tarvitsevansa enemmän kou-

	<p>2013, Iso-Britannia</p> <p>How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study</p>	<p>levät palliatiivisen hoidon yksikössä, arvioivat syöpää sairastavan potilaan läpilyöntikipua.</p>	<p>hoitoon erikoistuneesta yksiköstä Englannissa. Kaikilla osallistuneilla oli vähintään kuuden kuukauden työkokemus yksikössä.</p>		<p>lutusta läpilyöntikipun arvioinnissa. Kivunhoidon terminologia oli vaihtelevaa, mutta tällä ei ollut vaikutusta potilaan hoidon laatuun, joka vaikutti olevan hyvää.</p>
8	<p>Thon Aamodt, Lie, Helleso</p> <p>2013, Norja</p> <p>Nurses' perspectives on the discharge of cancer patients with palliative care needs from a gastroenterology ward</p>	<p>Tutkia kuinka kirurgiset sairaanhoitajat arvioivat ruoansulatuskanavan syöpää sairastavia potilaita, jotka saavat palliatiivista hoitoa ja sairaanhoitajien pätevyyden ja arvioinnin merkitystä liittyen potilaiden kotiutuspaikkoihin.</p>	<p>10 sairaanhoitajaa gastroenterologiselta kirurgiselta osastolta yliopiston sairaalasta Norjasta.</p>	<p>Laadullinen puolistrukturoitu ryhmähaastattelu. Aineisto analysoitiin käyttämällä temaattista sisälönanalyysia.</p>	<p>Osallistujat arvioivat potilaiden kokonaisvointia ja kivun tasoa tehdesään päätöstä potilaan jatkosijoituspaikasta.</p>
9	<p>Goncalves, Almeida, Antunes, Cardoso, Carvalho, Claro, Coimbra, Diniz, Fonseca, Fradique, Goncalves, Goncalves, Goncalves, Magalhaes, Pina, Pires, Silva, Silva, Silva, Tavares, Teixeira</p> <p>2013, Portugal</p> <p>A cross-sectional survey of pain in palliative care in Portugal</p>	<p>Tutkia kivun esiintyvyyttä, intensiteettiä ja hoitoa palliatiivisen hoidon tiimeissä Portugalissa.</p>	<p>10 palliatiivisen hoidon tiimiä ja 164 potilasta joista 92% sairasti syöpää.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja analysoitiin käyttämällä SPSS:ää.</p>	<p>Kivun hallinta koettiin hyväksi ja sellaiseksi, että sen kanssa tultiin toimeen.</p>
10	<p>Garcia, Whitehead, Winter</p> <p>2015, Uusi-Seelanti</p>	<p>Tutkia kuinka onkologiset sairaanhoitajat arvioivat syöpää</p>	<p>5 onkologista sairaanhoitajaa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Haastattelu oli puolistrukturoitu. Aineisto</p>	<p>Osallistujat kokivat syöpäkivun olevan alihoidettua. Osallistujat</p>

	Oncology nurses' perception of cancer pain: A qualitative exploratory study	sairastavia potilaita kenelle he tarjoavat hoitoa.		analysoitiin käytämällä teemattista sisällönanalyysiä.	tunsivat turhautumista, avuttomuutta ja emotionaalista ahdinkoa.
--	---	--	--	--	--