

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Pia Iso-Sipilä

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA SYÖPÄPOTILAIEN LÄÄK-
KEELLISESTÄ KIVUNHOIDOSTA VUOSINA 1980–2013
– Muistitietoa sairaanhoitajilta

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Pia Iso-Sipilä

Nimeke
Sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden lääkkeellisestä kivunhoidosta vuosina 1980–2013
– Muistitietoa sairaanhoitajilta

Tiivistelmä

Suomessa syöpätautien määrä on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Syöpä aiheuttaa kipua monin eri tavoin, ja suurin osa syöpäpotilaista kärsii kivuista. Kipu heikentää potilaan elämänlaatua sekä toimintakykyä ja toisaalta se myös aiheuttaa pelkoa potilaiden keskuudessa. Kivunhoito koetaan lisäksi usein hyvin haasteelliseksi.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden lääkkeellisen kivunhoidon muuttumisesta vuosina 1980–2013. Tutkimus oli laadullinen ja menetelmänä käytettiin muistitietotutkimusta. Muistitieto kerättiin sairaanhoitajilta haastattelujen avulla ja aineisto analysoitiin käyttäen narratiivista analyysimenetelmää. Opinnäytetyön tarkoitus oli lisätä tietoa syöpäkivunhoidon kehittymisestä sekä saada aikaan keskustelua siitä.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että lääkkeellinen kivunhoito on muuttunut kolmenkymmen vuoden aikana merkittävästi. Uusien lääkkeenantoreittien, vahvojen kipulääkkeiden sekä lisääntyneiden konsultaatiomahdollisuuksien hyödyntäminen ovat tuoneet tehokkuutta kivunhoitotyöhön. Lisäksi syöpäkivunhoitoon liittyvä koulutus ja keskustelun lisääntyminen ovat muuttaneet sekä hoitajien että potilaiden asenteita.

Tämän opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena voi kerätä muistitietoa kivunhoidosta joltain tietyltä erikoisalalta tai aikakaudelta. Toisaalta keskittyä voi myös johonkin erityisen haastavaksi koettuun asiaan, esimerkiksi hoitotyöhön liittyvään teknologiaan.

Kieli
suomi

Sivuja 63
Liitteet 5

Asiasanat
kipu, syöpäkipu, kivunhoito, lääkehoito



THESIS
May 2014
Degree Programme in nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
050 405 4816

Author
Pia Iso-Sipilä

Title
Nurses' Experiences in Medical Pain Management among Cancer Patients between 1980 and 2013
- Oral History Gathered from Nurses

Abstract

The number of cancer diagnoses has increased in Finland during the last decades. Cancer causes pain in many different ways and most of the cancer patients suffer from it. Pain weakens the quality of life and ability to function. In addition, it is the most feared symptom among cancer patients. Pain management is also experienced to be very challenging.

The research task of this thesis was to collect data about how nurses have experienced the changes in pain management among cancer patients between 1980 and 2013. The study was qualitative and the research method was to study of oral history. The oral history was gathered from nurses through interviews. The material was analyzed using the narrative analysis. This study was aimed firstly at increasing the knowledge about history of cancer pain management and secondly at stimulating discussion about it.

On the basis of the results of this research, it can be concluded that medical cancer pain management has changed significantly during the last decades. With the help of new medication routes, stronger pain medicines and increased possibilities of consultation it has successfully improved the efficiency of nursing the pain. Because of the education and increased discussion, the attitudes among nurses and patients have also changed.

As a further study, oral history could be gathered from a specialized medical care unit or from a certain era of nursing.

Language
Finnish

Pages 63
Appendices 5

Keywords
pain, cancer pain, pain management, medication

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Kipu.....	6
2.1	Akuutti kipu	7
2.2	Krooninen kipu.....	7
2.3	Syöpäkipu	8
3	Syöpäpotilaan lääkkeellinen kivunhoito	10
3.1	Kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä	10
3.2	Kivunhoidon ohjeistuksia	13
3.3	Lääkkeenantoreittejä	15
3.4	Saattohoitopotilaan kivunhoito	18
3.5	Syöpäpotilaan kivunhoitotyö	20
3.5.1	Kivun arviointi, seuranta ja kirjaaminen	21
3.5.2	Ohjaus ja neuvonta.....	24
4	Opinnäytetyön tehtävä ja tarkoitus.....	26
5	Opinnäytetyön toteutus	26
5.1	Muistitietotutkimus	26
5.2	Tiedonkeruumenetelmä ja haastateltavien valikoituminen.....	27
5.3	Aineiston käsittely ja analyysi	30
5.4	Opinnäytetyön prosessi	32
6	Syöpäkipun hoitoa 1980-luvulta 2013-luvulle.....	33
6.1	Kivunhoitoa 1980-luvulla.....	33
6.2	Kivunhoidon edistysaskelia 1990-luvulla	38
6.3	Kivunhoidon kehitystä 2000-luvulta 2013-luvulle	41
6.4	Kivunhoidon haasteita kolmenkymmenen vuoden aikana	45
7	Pohdinta.....	46
7.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua.....	46
7.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	50
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	52
7.4	Oppimisprosessi	54
7.5	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	55
	Lähteet.....	58

Liitteet

Liite 1	Suostumuslomake
Liite 2	Tiedonanto tulevasta haastattelusta
Liite 3	Haastattelurunko
Liite 4	Esimerkki teemoittelusta, jonka aineisto sijoittui 1990-luvulle
Liite 5	Teemat ja alateemat

1 Johdanto

Vuonna 2010 Suomessa todettiin yli 30 000 uutta syöpätapausta (Sankila 2013, 30). On tutkittu, että jo ensimmäisenä sairastamisvuotena syöpäpotilaista yli neljännes kärsii kivuista. Kipu yleistyy sitä mukaan kun tauti etenee ja syöpätaudin loppuvaiheessa kipuja esiintyy 50–90 prosentilla potilaista. (Kalso 2013, 874.) Kipu huonontaa merkittävästi potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä (Vainio 2004, 73). Lisäksi se aiheuttaa eniten pelkoa syöpäpotilaiden keskuudessa (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 6; Holli 2006, 30).

Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävänä on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaiden lääkkeellisen kivunhoidon muuttumisesta vuosien 1980–2013 aikana. Tutkimusmetodiksi on valittu muistitietotutkimus. Sen perusajatuksena on löytää ihmisten kokemuksia, jotka ovat osana historiaa (Salmi-Nikander 2006, 199). Kun ymmärretään, mitä menneisyydessä on tapahtunut ja tehty, saadaan selityksiä myös siihen miten toimitaan hoitotyössä nykyisin (Tallberg 1997, 187). Opinnäytetyön tehtävänä on lisätä tietämystä kivunhoitotyön historiasta. Muistitietoa keräämällä saadaan talteen ainutlaatuista ja arvokasta tietoa, joka muutoin saattaisi jäädä kokonaan jakamatta. Tehtävänä on myös lisätä keskustelua syöpäpotilaiden kivunhoidosta, koska Suomen syöpäjärjestön (2013) mukaan, siinä on kaikesta kehityksestä huolimatta vielä paljon parannettavaa. Aihe valikoitui opinnäytetyön tekijän kiinnostuksesta kivunhoitoon sekä historian tutkimukseen.

Tämän opinnäytetyön viitekehityksessä esitellään aluksi kiputiloja sekä syöpäkivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä ja niiden antoreittejä. Kivunhoidosta on omat kappaleensa, joissa keskitytään sairaanhoitajan hoitotyössä kohtaamiin asioihin. Teoriapohjaan on otettu mukaan historian näkökulmaa, koska tavoitteena on verrata muistitietoa jo aikaisemmin tutkittuun tietoon. Tässä opinnäytetyössä aihe on rajattu syöpäpotilaan kivunhoitotyöhön sekä kipulääkkeisiin, jotka löytyvät WHO:n porrasmallisesta ohjeistuksesta syöpäpotilaan kivunhoidossa.

2 Kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (IASP) määrittelee kivun ”epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi” (Vainio 2009a, 150; Sailo 2000, 30). Kipuaisti on ihmisille tärkeä hengissä selviämisen kannalta ja suhtautuminen siihen on yhteydessä kulttuuriin, jossa eletään (Vainio 2004, 17). Sailon (2000, 30) mukaan siihen vaikuttavat myös sosiaalinen ympäristö ja aikaisemmat kipukokemukset. Tavas- ta reagoida muiden tuntemaan kipuun ja havainnoida niitä löytyy yhteys lapsena saatuun kasvatukseen (Sarlio 2000, 24). Kipua voidaan kuvailla negatiivisena tuntemuksena (Vainio 2004, 18), joka pitkittyessään tuo mukanaan monenlaista kärsimystä (Vainio 2009b, 12). Sen moniulotteisuudesta kertoo, että varsinaiseen kipuaistimukseen yhdistyvät tunne-elämä ja äly. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2011, 3.) Suomessa on tutkittu, että joka neljäs syöpäpotilaista on hakeutunut alun perin tutkimuksiin juuri kiputuntemusten takia (Kalso 2013, 874).

Hyypän (1982, 19) mukaan 1980-luvulla kivusta ajateltiin, että se oli seurausta aina jostain ruumiissa tapahtuvasta poikkeustilasta. Kun 1990-luvulla keksittiin aivojen kuvantaminen toiminnallisesti, saatiin aivan uusi näkökulma kivulle. Alettiin ymmärtää kivun sensorisen osuuden lisäksi myös emotionaalista osuutta. (Kalso & Kontinen 2009a, 53.) Tämä seikka on tärkeä tuoda esille, koska erityisesti syöpäpotilailla kulkee usein mukana psykososiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat kipuaistimukseen (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 7). Kivun mittaaminen ei ole yksinkertaista, ja potilas on usein itse oman kipunsa paras asiantuntija. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2011, 3; Vainio 2004, 73.) Kipu on aina todellista, kun potilas siitä kertoo, eikä sitä tule vähätellä. Kipu johtuu esimerkiksi vaurioista elimissä, psyykkisistä syistä tai potilaan ympärillä olevista tekijöistä. (Hänninen 2008, 23–24). Kivun luokitteluun on olemassa monenlaisia tapoja. Eräs tapa on jakaa se akuutiksi eli lyhytaikaiseksi tai krooniseksi eli pitkäaikaiseksi kivuksi. (Vainio 2009a, 150.)

2.1 Akuutti kipu

Akuutti kipu toimii elimistössä eräänlaisena varoittavana mekanismina. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105; Sailo 2000, 34). Sille on tyypillistä äkillisyys esimerkiksi onnettomuuksien yhteydessä. Keskushermostoon akuutti kipu ei jätä pysyviä vaurioita toisin kuin krooninen kipu. Toisinaan voidaan sanoa, että potilaan on helpompi sietää akuuttia kipua, koska sille löytyy usein hoidettavissa oleva syy. (Sailo 2000, 34.) Kalson ym. (2009, 106) mukaan lyhytaikaisen kivun syntymekanismista tiedetään paljon, ja kipu kestää yleensä viikkoja tai vain päiviä.

Lyhytaikaisen kivun hoidossa on ensiarvoisen tärkeää sen varhainen tehokas hoitaminen, jotta kipu ei pääse kroonistumaan (Sailo 2000, 35; Kalso ym. 2009, 106; Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 6). Syöpäpotilailla akuutin kivun syy on usein syöpäsairauteen liittyvä läpilyöntikipu (Paija 2004, 5). Syöpäkivunhoidossa löytyykin paljon samankaltaisuutta kuin akuutin kivun hoidossa (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 6). Syöpäpotilaan akuutti kiputila voi olla myös esimerkiksi äkillinen päänsärky tai lihaskipu, joka ei varsinaisesti liity syöpäsairauteen (Hänninen 2008, 24).

2.2 Krooninen kipu

Nykytiedon mukaan kroonisen kivun mekanismi poikkeaa akuutista kivusta, ja sille on tyypillistä, että se jatkuu normaalin paranemisajan jälkeen (Vainio 2004, 17). Krooniseksi kivuksi nimetään myös kipu, joka on kestänyt yli kolme kuukautta. Akuutin kivun toimiessa elimistöä suojaavana tekijänä kroonista kipua voidaan kutsua sairaudeksi. (Sailo 2000, 34.) Lääketieteellisen kivun mekanismin mukaan krooninen kipu jaotellaan kudosaivuriokipuun eli nosiseptiiviseen, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen ja tuntemattomasta syystä johtuvaan eli idiopaattiseen kipuun (Vainio 2004, 35).

Kivun mekanismin ja sen tuntemisen välillä tapahtuu erilaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumasarjoja, jotka vaikuttavat kivun aistimiseen. Nosiseptiivisessä

kivussa kudosis reagoi johonkin ärsykkeeseen, esimerkiksi lämpöön, aiheuttamalla kipuaistimusta aivoissa. Kudokset voivat olla alttiimpia reagoimaan ärsykeille, jos vaurio on ollut jatkuvaa. (Kalso & Kontinen 2009b, 76–77, 80.) Nosisseptiivista kipua aiheuttavat yleisimmin tulehdukset ja muun muassa tuumorit eli kasvaimet. Myös viskeraalinen kipu käsitetään usein kudosisvauriokivuksi. Se on sisäelinkipua, joka syntyy sisäelimiä hermottavien säikeiden aktivoitumisesta. Tyypillistä sille on, että kipu on vaikea paikantaa ja kiputuntemuksen yhteydessä saattaa olla sydämentykytystä ja huonovointisuutta. (Vainio 2009a, 155–156.)

Neuropaattisella eli hermovauriokivulla on erilaisia kipua aiheuttavia mekanismeja, ja ne perustuvat usein monimutkaisiin järjestelmiin. Kipua voi olla aiheuttamassa jokin hermojärjestelmässä piilevä vika. Tällöin tavallisesti kivutonkin tapahtuma aiheuttaa kipuaistimusta, koska hermosolut ovat herkistyneet. Myös erilaiset vammat ja vauriot hermoissa saavat aikaan neuropaattista kipua, jolle tyypillisiä tuntemuksia ovat puutumisen ja pistelyn. Toisaalta neuropaattinen kipu voi olla myös kovaa ja pitkäkestoista, joka saattaa laueta hyvinkin pienestä kosketuksesta. Tuntemattomasta syystä aiheutuvaa eli idiopaattista kipua ei pystytä selittämään. Sen liittyessä selvästi esimerkiksi masennukseen, puhutaan usein psykogeenisestä kivusta. Vaikka kudosisissa tai hermoissa ei todetakaan selkeitä vaurioita, ei kivun todenperäisyyttä voida kieltää. (Vainio 2009a, 156–157.)

2.3 Syöpäkipu

Syöpäpotilaan kipu voi johtua itse syövästä, syövän hoidosta tai muusta kuin syöpään liittyvästä tekijästä (Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2007, 6). Syövän synnystä voidaan todeta, että solukon tai kudosisen normaalista poikkeavaa kasvua kutsutaan kasvainsairaudeksi. Kun kasvain on loppupuolella elinkaartaan, usein vasta tuolloin todetaan sen muuttuminen syöväksi. (Isola & Kallioniemi 2013, 10–11). Valitettavasti kaikkia syövän tai kasvainten kipua synnyttäviä mekanismeja ei vielä kunnolla tunneta (Kalso 2013, 878; Vainio & Kalso 2009, 480). On arvioitu, että kivusta 75 prosenttia olisi lähtöisin itse taudista,

suunnilleen 15 prosenttia johtuisi hoidoista tai niiden aiheuttamista komplikaatioista, ja loput selittyisivät muilla tekijöillä (Vainio & Kalso 2009, 480). Vaikeista syöpäkipuista kärsii vähintään noin puolet syöpää sairastavista. Kipua tuottava mekanismi on syöpäkipulla sama kuin muullakin kivulla. (Vuorinen 2007, 25.) Yleistä on, että potilaalla on 2–4 eri kiputilaa päällä kehossa (Vainio & Kalso 2009, 478). Jatkuvakestoisen kudonvauriokipu, hermovauriokipu, sisäelinkipu sekä jokin akuutti kiputila voivat esiintyä kaikki samaan aikaan (Kalso 2013, 875).

Vainion (2004, 35) mukaan syöpä aiheuttaa kudonvauriokipua monin eri tavoin. Se voi painaa ison kokonsa vuoksi elimiä ja tuottaa tätä kautta kivun tuntemuksia. Syöpä ja kasvaimet voivat myös muuttaa kudosten hapensaantia ja verenkiertoa. Kasvaimen ja sen etäpesäkkeiden aiheuttama ärsytys lisää kudonvaurioita (Vainio & Kalso 2009, 479), ja usein luuetäpesäkkeet synnyttävät juuri nosiseptiivista kipua (Kalso 2013, 878; Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 6). Huomion arvoista on, että etäpesäke voi tuottaa kipua jo viikkoja ennen sen varsinaista löytymistä röntgenkuvasta (Vainio & Kalso 2009, 482). Syöpäkasvaimelle on tyypillistä tuottaa neuropaattista kipua (Vainio 2004, 81). Tuumori saattaa olla levinyt keskus- tai ääreishermostoon (Kalso 2013, 878), jossa se painaa hermoja tai jopa kasvaa niiden sisään (Vainio & Kalso 2009, 479). Syöväen levittäytyminen kudoksiin voi tulehdusreaktion kautta herkistää kipuhermopäätteitä (Vainio & Kalso 2009, 482). Samanlainen herkistävä vaikutus on myös kemikaaleilla, joita kasvain saattaa erittää (Kalso 2013, 878). Neuropaattisen kivun tunnistaminen on erityisen tärkeää, koska sen hoito voi olla haasteellisempaa kuin muiden kiputyyppeiden hoito (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 6).

Osalla syöpäpotilaista esiintyy niin sanottua läpilyöntikipua. Se on voimakasta, äkillistä ja kestoltaan noin puoli tuntia kestävä kipukohtaus. (Paija 2004, 5.) Useimmiten sitä esiintyy vatsan alueella (Hänninen 2003, 101). Esimerkiksi sisäelimissä sileän lihaskudoksen venyminen voi johtaa tällaiseen kipukoliikkikohtaukseen (Vainio & Kalso 2009, 481). Hyvin yleistä on, että läpilyöntikipua ilmenee asentoa vaihdettaessa ja liikkuessa (Kalso 2013, 874).

Syöpähoitojen aiheuttamat kiputilat ovat pääasiassa neuropaattisia kipuja. Kivut voivat ilmestyä esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Tällöin voi ilmetä aavesärkyä esimerkiksi amputoidussa raajassa tai leikkauksessa on voinut syntyä hermovaurioita. Leikkaushaavan paranemisen pitkittyminen aiheuttaa myös kipuja. Syövän hoidossa käytetty solunsalpaajahoido pienentää kyllä usein kasvainta, mutta saattaa saada aikaan sen, että elimistö hyökkää omaa hermokudosta vastaan ja näin aiheuttaa neuropaattista kivun tuntemusta. Sädehoitoon liittyy usein kudosturvotusta ja tulehdusreaktioita, jotka saavat aikaan nosiseptiivista kipua. (Vainio & Kalso 2009, 480, 483–484.)

Syöpäkivun lisäksi potilailla on usein muita kroonistuneita kiputiloja, jotka eivät varsinaisesti liity syöpään, kuten selkä- nivel- ja lihasjännityskipuja (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 7). Yleisesti esiintyy myös suun, ruokatorven ja virtsarakon tulehduksia, jotka ovat usein kivuliaita (Hänninen 2003, 123).

3 Syöpäpotilaan lääkkeellinen kivunhoito

3.1 Kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä

Läikelaki (1987/395) määrittelee lääkkeen seuraavasti: ”Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jonka tarkoituksena on sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai sen oireita ihmisessä tai eläimessä”. (3. §.) Suomessa lääkepolitiikkaa on tarkasteltu lääkelain valmistelun yhteydessä viimeksi 1980-luvulla ja lääkelaki tuli voimaan vuonna 1988. Lain tarkoituksena oli lisätä muun muassa lääkkeiden käytön turvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.) Kivunhoidossa käytettyjen hoitojen tehoa on tutkittu 1990-luvun alusta lähtien näyttöön perustuvan lääketieteen keinoin. Selkein näyttö löytyy lääkehoitojen tehosta. (Kalso, Vainio & Haanpää 2009, 173, 175.)

Suomessa käytetään tällä hetkellä kivunhoidossa enemmän tulehduskipulääkkeitä kuin muissa Pohjoismaissa (Kalso 2009, 181). Tulehduskipulääkkeistä puhuttaessa käytetään myös kirjainyhdistelmää NSAID, joka tulee englannin

kielen sanoista *non-steroidal anti-inflammatory drugs*. Tässä lääkeryhmässä on useita eri lääkkeitä. Niiden kipua poistava vaikutus on kaikilla suurin piirtein sama, mutta siedettävyydessä löytyy eroja. Yleisimmät haittavaikutukset ovat mahalimakalvoärsytys ja yliherkkyys sekä vaikutukset munuaisten verenkiertoon ja veren hyytymiseen. (Kalso 2013, 885–886.) Ensimmäisiä tulehduskipulääkkeitä oli asetyylisalisyylihappo (Sykes & Hanks 1998, 34). Se on taloudellisesti edullinen vaihtoehto ja siitä on eniten käyttökokemuksia (Kalso 2009, 187). Asetyylisalisyylihappo keksittiin jo vuonna 1897. Kesti kuitenkin kauan ennen kuin sen vaikutusmekanismi selvitettiin. Tämä tapahtui vasta vuonna 1971. (Vapaatalo 2005, 1028.)

Kipua lieventävä, mutta tulehdusta huonosti poistava vaikutus on parasetamolilla. Tästä syystä sitä ei luetakaan tulehduskipulääkkeisiin. (Kalso 2009, 187.) Parasetamoli löydettiin alun pitäen jo 1800-luvulla. Sillä kuitenkin luultiin olevan vakavia sivuvaikutuksia, joten sen käyttö lopetettiin. Parasetamolilla tehtiin uudestaan kokeita 1940-luvulla ja markkinoille se saatiin 1953. Suosio kasvoi tasaisesti, ja 1980-luvulla se olikin jo lääkeryhmässään suosituin. Parasetamolin vaikutusmekanismi on ollut pitkään epäselvä. Vasta vuonna 2005 tutkijat ovat löytäneet viitteitä siitä, miten parasetamoli vähentää kipua elimistössä. (Ainsworth 2012, 165.) Parasetamolin haittavaikutuksena on yliannostuksen yhteydessä esiintyvä maksavaurion riski (Paakkari 2013). Suomessa käytetään tällä hetkellä kivunhoidossa vähemmän parasetamolia kuin muissa Pohjoismaissa (Kalso 2009, 181).

Kalson (2009, 192) mukaan syövän aiheuttamasta kivusta suuri osa helpottuu opioideilla. Opioidit ovat erityistä tarkkaavaisuutta vaativia lääkkeitä ja niiden tilaamiseen ja säilyttämiseen liittyvät omat ohjeet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Opioidit jaetaan yleensä kolmeen ryhmään niiden kipua lievittävän tehon mukaan: heikot, esimerkiksi tramadoli ja kodeiini, keskivahvat, joihin kuuluu esimerkiksi buprenorfiini ja vahvat, kuten fentanyyli, morfiini ja oksikodoni. Huomioitavaa on, että eri vahvuisilla opioideilla voi olla hyvinkin erilaisia yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. (Kalso 2009, 198–199, 203–204.) Lääkkeiden yhteisvaikutus voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lääkkeet vaikuttavat toistensa imeytymiseen ja jakautumiseen (Huttunen 2008). Vahvoista opioideis-

ta eniten käytetty on morfiini (Kalso 2013, 887). Morfiini uutetaan oopiumista, ja ensimmäisen kerran se onnistui jo vuonna 1804. Saman vuosituhanen keskivaiheilla sitä oli käytettävissä jo vapaasti. (Ainsworth 2013, 376.) Opioideilla on paljon sivuvaikutuksia, muun muassa ummetus, pahoinvointi ja toleranssin eli sietokyvyn lisääntyminen lääkeaineryhmää kohti. (Kalso 2013, 887.) Haittavaiikutuksena on myös niiden mahdollisesti aiheuttama fyysinen riippuvuus (Kalso 2013, 887). Sitä ovat pelänneet niin potilaat kuin heidän omaisensa jo 1980-luvulla (Vuorinen, Vainio & Reponen 1997, 290). Nykyään tiedetään, että siitä tulee harvoin ongelmaa, kunhan lääkkeen käyttö lopetetaan asteittain. Kaikki opioidit lamaavat hengitystä, mutta nykytiedon mukaan sitä ei pidetä kovin merkittävänä haittana, jos vain opioidin annostus on oikea. Suurimmaksi haitaksi koetaan ummetus, jota tulisi hoitaa aktiivisesti (Kalso 2013, 887).

Opioideihin on liittynyt Suomessa paljon asenteellisia esteitä (Kalso 2009, 192). Vaikutusta oli myös vuonna 1980 sattuneella tapauksella, jossa huumausaineista riippuvaisille oli määrätty metadonia. Skandaali johti oikeuskäsittelyyn ja jätti pysyvät jäljet Suomen lääkkeenmääräyshistoriaan. Tämän tapauksen jälkeen opioideja ei oikein uskallettu määrätä edes syöpäkipuun. Parannusta tilanteeseen saatiin saattohoitopotilaille suunnatulla kivunhoito-ohjeistuksella, joka annettiin vuonna 1982. (Vuorinen ym. 1997, 286, 290). Opioidit yleistyivät kroonisen kivun hoidossa (Kalso 2009, 192), mutta silti vielä 1990-luvulla Suomessa oli morfiinin käyttö vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa (Hovi 1999, 126; Vuorinen ym. 1997, 288). Hovin (1999, 126) mukaan vuonna 1998 haluttiin tehostaa koulutusta liittyen syöpäpotilaiden kivunhoitoon. Samana vuonna opioidien kulutus kasvoikin 17 prosenttia verrattuna vuoteen 1997 (Aaltonen 2000, 204). Kehityksestä huolimatta Suomessa käytetään tällä hetkellä kivunhoidossa vähemmän opioideja kuin muissa Pohjoismaissa (Kalso 2009, 181).

Kroonisen kivun hoidossa käytetään tulehduskipulääkkeiden ja opioidien lisäksi myös muita lääkkeitä. Näillä on oma tietty tarkoituksensa, ja niistä puhutaan nimellä oheis- tai adjuvanttilääke. (Kalso 2013, 890.) Trisykliset masennuslääkkeet ovat adjuvantteja ja ensimmäiset raportit niiden tehokkuudesta kivun hoidossa julkaistiin yli 40 vuotta sitten (Scadding 2004, 4). Joillakin syöpäpotilailla epilepsialääkkeet ovat tuoneet helpotusta kipuihin. Kipulääkkeenä on käytetty

myös neuroleptejä, joissa yhdistyy kivun lievityksen lisäksi sedatiivinen eli rauhoittava vaikutus. (Kalso 2009, 206, 211.) Neuroleptien kipua lievittävästä tehosta on todisteita jo 1950-luvulta (Scadding 2004, 5). Syövän hoidon loppuvaiheessa voidaan käyttää kortisonia esimerkiksi laskemaan kallonsisäistä painetta (Malmberg 2000, 195), lisäksi se estää tulehdusta ja turvotusta (Kalso 2013, 891).

Lievän syöpäkivun hoidossa uskottiin 1970-luvun alkupuolella vahvasti asetyylisalisyylihapon kipua vähentävään voimaan (William 1973, 2). William (1973, 2) toteaa, että ulkomailla oli tuohon aikaan yleistä lisätä sen kanssa otettavaksi propoksifeeni, joka on heikko opioidi (Malmberg 2000, 192; Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 11). William (1973) jatkaa, että molemmat otettiin yleensä suun kautta. Tämä yhdistelmä oli laajasti käytössä, vaikka tiedettiin, että pelkätään kodeiinillakin oli tehokkaampi vaikutus kipuihin. Morfiini tai sen johdannainen otettiin käyttöön, jos kivut olivat voimakkaampia. Yleensä antoreitti oli tällöin injektiona ihonalaiskudokseen tai lihakseen. (William 1973, 2–3.) Propoksifeenin suosio vähentyi 2000-luvun alussa, ja tilalle tuli tramadoli, joka oli muun muassa Keski-Euroopassa ollut jo käytössä pitemmän aikaa (Malmberg 2000, 192).

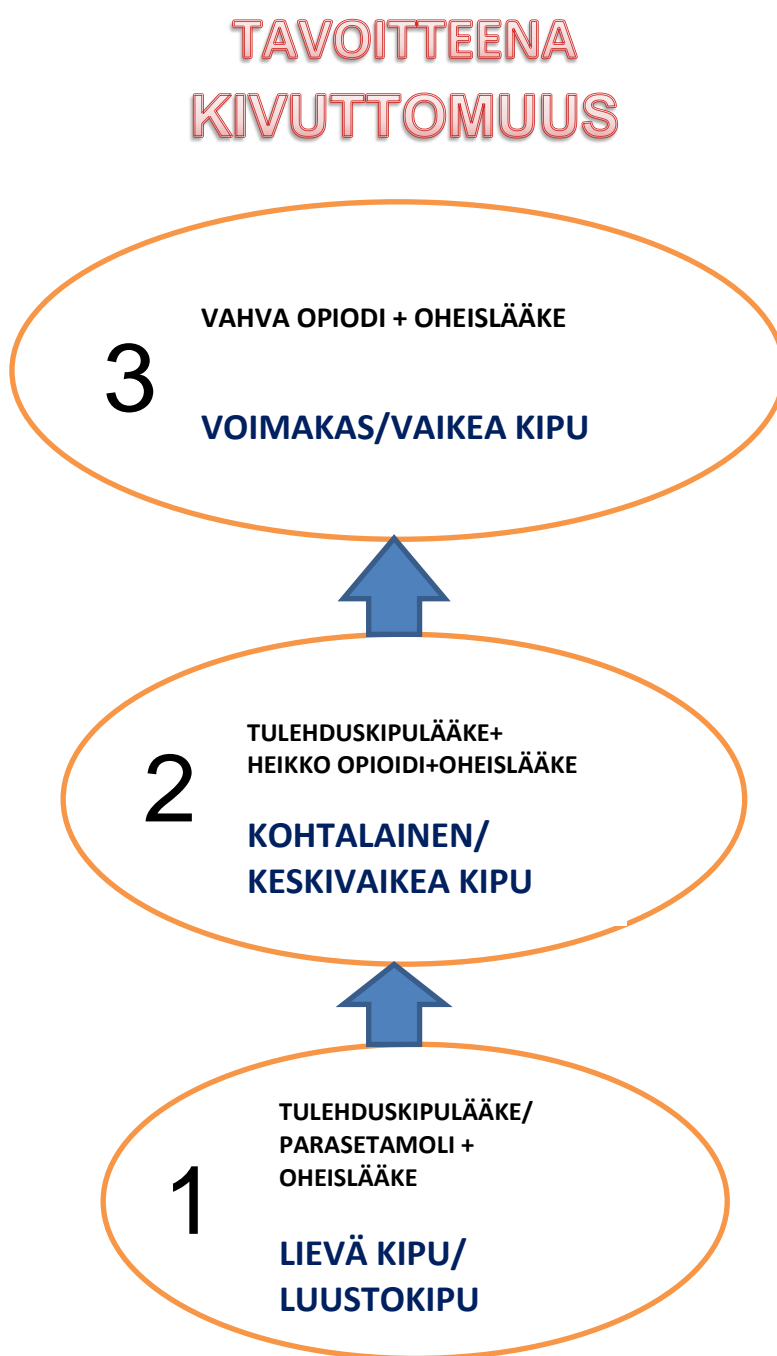
Opioidien annostelussa keskustelua aiheutti 1980-luvulla, pitäisikö lääkettä antaa jatkuvana annostuksena vai aina potilaan pyytäessä. Tutkittua tietoa tämän asian ratkaisemiseksi ei vielä ollut. Jonkinlainen käsitys säännöllisen lääkityksen eduista verrattuna kerta-annokseen tuohon aikaan tehdyistä tutkimuksista löytyi. (Foley 1989, 2261). Foley (1989, 2261) jatkaa, että kiistanalainen aihe oli myös opioidien sivuvaikutusten huomioiminen. Erityisesti huolissaan oltiin toleranssin kehittymisestä.

3.2 Kivunhoidon ohjeistuksia

Maailman terveysjärjestö, World Health Organization, julkaisi ensimmäisen ohjeensa syöpäkivun hoitoon vuonna 1986. Painos käännettiin 22:lle eri kielelle, ja sen tehokkuutta testattiin useissa eri maissa. Uuden painoksen taustatyöt aloi-

tettiin vuonna 1989 ja se julkaistiin vuonna 1996. (WHO 1996, 5, 43.) Vuoden 1996 jälkeen ohjeeseen on tehty päivityksiä, mutta porrasteiset pääperiaatteet ovat säilyneet samoina (taulukko 1). Tärkeintä on löytää oikea lääke oikealla annostuksella, joka annetaan oikeaan aikaan. (WHO 2013.)

Taulukko 1. WHO:n porrasmallinen kivunhoitomenetelmä (mukaillen WHO 2013)



WHO:n ohjeen mukaan kivun suuruus on ohjaava tekijä lääkkeen valinnassa. Särkylääke, tulehduskipulääke tai parasetamoli, riittävät usein lievään kipuun. Vahvaa tutkimusnäyttöä on saatu, että tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita kivun lievittäjiä syövästä johtuvaan tulehdukseen sekä luustometastaasikipuun. Tulehduskipulääkkeitä annettaessa on muistettava erityisesti muiden lääkkeiden kanssa tapahtuvat mahdolliset yhteisvaikutukset eli interaktiot. Jos kipu on kohtalaista, särkylääkkeisiin voidaan yhdistää jokin heikko tai keskivahva opioidi. (Vainio & Kalso 2009, 489–491.) On todettu, että tulehduskipulääkkeiden ja opioidien käyttö samanaikaisesti vähentää tarvittavaa opioidin määrää ja on siksi suositeltavaa (Kalso 2013, 885). Vahvaa opioidia käytetään voimakkaaseen kipuun, ja niiden säännöllinen käyttö vaikean kivun hoidossa on melko riskitöntä jo syövän varhaisessa vaiheessa. Kivun hoitoa tehostamaan voidaan vielä lisätä mainittuja adjuvantteja. (Vainio & Kalso 2009, 489–492.)

Syöpöpotilaille joudutaan usein tekemään kajoavia toimenpiteitä, leikkauksia ja monenlaisia radiologisia tutkimuksia, jotka ovat varsin kivuliaita. Yleensä näihin liittyvä kipu hoidetaan opioideilla, jotka vaikuttavat nopeasti. Hermovauriokipua, jota tuottaa esimerkiksi solunsalpaajahoido, hoidetaan samalla periaatteella kuin muitakin hermovauriokipuja. Tehokkaaksi on osoitettu trisyklisten masennuslääkkeiden ja epilepsialääkkeiden käyttö. Näiden tehoa lisäämään voidaan yhdistää vielä opioidi. (Kalso 2013, 881, 890.)

3.3 Lääkkeenantoreittejä

Lääkkeiden antoreiteistä puhuttaessa tarkoitetaan usein joko enteraalista tai parenteraalista antotapaa. Enteraalisessa lääkkeen antotavassa lääke annetaan ruoansulatuskanavaan joko suun tai peräaukon kautta. Kaikki muut lääkkeen antotavat lukeutuvat parenteraaliseen antotapaan. (Nurminen 2011, 20.) Syöpäkivusta noin 80 prosenttia voidaan kontrolloida lääkkeillä, jotka otetaan suun kautta eli per oraalisesti (Vuorinen 2007, 25). Tämä ymmärrettiin kuitenkin vasta 1980-luvun loppupuolella, jolloin alettiin siirtyä injektoitavista lääkkeen antotavoista suun kautta otettavaan tapaan. Muutokseen vaikuttivat haitat, jotka yhdistettiin injektion antoon. Näitä oli esimerkiksi pistoksen jälkeinen ihon ärsy-

tys, sekä ymmärrettiin, ettei lääke välttämättä imeydy täydellisesti ihon alle pistettäessä, ja näin ollen kivun lievittyminen oli huonompaa. (Blake 1988, 111.) Nykyisin, jos vain potilas pystyy ottamaan lääkettä suun kautta, niin syöpäkirurgisessa hoidossa ohjeistetaan välttämään turhia pistoksia niiden kivuliaisuuden takia. Lisäksi on todettu, että opioidi esimerkiksi liuoksena riittävällä annostuksella tehoaa yhtä hyvin per oraalisesti kuin injisoituna. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 12.) Nykytiedon mukaan noin 15 prosenttia kivuista on sellaisia, joita ei pystytä hallitsemaan yksinkertaisella lääkityksellä. Usein näissä syöpäkivuisissa joudutaan käyttämään päällekkäisesti eri menetelmiä. (Vuorinen 2007, 25.)

Jos suun kautta annettavat lääkkeet aiheuttavat haittavaikutuksia, kuten pahoinvointia, voidaan lääkkeen antoreitiksi vaihtaa esimerkiksi iholle asetettava laastari. Siitä lääkettä imeytyy vähitellen ihon läpi. (Vainio 2004, 82.) Huomioitavaa laastareiden käytössä on, että vaikutus alkaa hitaasti ja jatkuu vielä laastarin poisoton jälkeen (Vainio & Kalso 2009, 493–494; Käypä hoito 2014). Laastarin käyttöä kroonisen syöpäkirurgisessa hoidossa tutkittiin jo 1980-luvulla, ja useat eri tutkimukset osoittivat sen olevan erittäin hyödyllinen sekä aikuisilla että lapsilla. Jo tuolloin erityisesti fentanyylin huomattiin olevan käyttökelpoinen ihon läpi imeytettynä lääkkeenä. (Foley 1989, 2260.)

Jotkin lääkeaineet joudutaan antamaan injektioina, jos ne eivät esimerkiksi imeydy riittävästi ruoansulatuskanavassa. Injektion hyviä puolia on, että sillä saavutetaan nopea vaste lääkkeelle. Laskimoon annettavaa kerta-annosta kutsutaan bolukseksi. Hitaammin ja tasaisesti annettavaa lääkitystä kutsutaan infuusioksi. (Nurminen 2011, 32–33.) Infuusion nopeutta pystytään muuttamaan ja säätelemään infuusioautomaateilla, joita on erilaisia (Rautava-Nurmi, Sjövall, Vaula, Vuorisalo & Westergård 2010, 115–116). Automaatit ovat verkkovirta- tai akkukäyttöisiä, ja ne voidaan luokitella tilavuus- ja tippaohjattuihin infuusiopumppuihin sekä perfuusoreihin eli ruiskupumppuihin (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 142). Erityisen tarkkaa nopeuden säätelyä saadaan aikaan juuri perfuusorilla (Rautava-Nurmi ym. 2010, 115–116). Injektio voidaan antaa siis jo mainittuun laskimoon, mutta myös lihaksen sisään eli intramuskulaarisesti, ihonalaisesti eli subkutaanisesti sekä ihonsisäisesti eli intrakutaanisesti (Nurminen 2011, 48, 51).

Vaikeista kivuista kärsivälle voidaan asettaa ihon alle kipupumppu. Se on lääkeannostelija, jonka kautta kipulääkitys kulkeutuu joko ihon alle tai laskimoon asetettuun katetriin. (Vainio 2004, 83.) Kipupumpun käytöstä puhutaan yleisesti kirjainyhdisteellä PCA eli *patient-controlled analgesia*. Ensimmäinen kipupumppu esiteltiin jo 1960-luvulla. Tuolloin sen käyttö oli yleistä Yhdysvalloissa. Vasta 1990-luvulla sen suosio levisi muun muassa Englantiin. Kipupumpun kehitys on ollut huomattavaa, ja nykyään on saatavilla paljon modernimpia versioita, joiden käyttöominaisuudet ovat huomattavasti laajemmat. (Thomas 1996, 50.) Kipupumpun avulla potilas voi itse annostella kipulääkettä lisää (Nurminen 2011, 53), mutta tarvittaessa annostelun voi suorittaa myös hoitaja tai omainen (Kokkinen 2012). Liika-annostuksen vaaraa ei ole, kunhan kipupumppuun on ohjelmoitu turvarajat (Nurminen 2011, 53). Tästä huolimatta tulee muistaa, että vaikka pumppuihin on asetettu turvallisuutta lisääviä tekijöitä, ei kipupumppujakaan voida pitää täydellisen toimintavarmoina, ja sairaanhoitajien valvova rooli korostuu myös tässä. Kun ensimmäiset kipupumput esiteltiin, oltiin hyvin epäileviä niiden turvallisuudesta. Varsinkin 1990-luvulla potilailla oli pelkoja pumpun käytön suhteen. Erityisesti pelättiin yliannostusta sekä lääkeaineen mahdollisesti aiheuttamaa riippuvuutta. Tuohon aikaan kipupumpussa käytetyin lääkeaine oli morfiini. Hengityslaman mahdollisuus tiedostettiin, ja erityistä huomiota sairaanhoitajat kiinnittivät hengityksen seuraamiseen. (Thomas 1996, 50–52.)

Kipupumpun kautta tai injektiona kipulääkettä saatetaan ruiskuttaa myös spinaalitaalilaan. (Nurminen 2011, 318–319.) Spinaalitaalila voidaan erotella muun muassa epiduraalitalila, joka sijaitsee selkärangassa kovakalvon päällä (Kalso 2013, 891), ja intratekaalinen tila (Vainio 2004, 83, Vainio & Kalso 2009, 499), jossa on suora yhteys selkäydinnesteeseen (Kalso 2013, 891.) Intratekaalitaalilaan annettiin kokeilumielessä ensimmäisiä injektioita kivunhoitotarkoituksessa jo vuonna 1979. Ruiskutettu lääkeaine oli morfiini ja tulokset erittäin rohkaisevia. Tuolloin mietittiin, olisiko mahdollista annostella lääkettä sinne katetrin avulla, ja ensimmäinen ihon alle istutettu intratekaalinen opioidiannostelija esiteltiin vuonna 1981. (Upadhyay & Mallick 2012, 388–389.) Uudempia annostelureittejä Suomessa on lääkehoidon toteuttaminen suoraan aivokammioon eli intraventriculaarisesti (Suomen kivunhoitoyhdistys 2007, 20). Tosin tämä lääkkeen annostelureitti on ollut maailmalla käytössä jo 1980-luvulla, mutta siihen liittyi tuolloin

vielä paljon epäselvyyttä esimerkiksi sen hyötyjen ja haittojen punnitsemisessa (Foley 1989, 2261).

Nurmisen (2011, 53) mukaan näitä edellä mainittuja lääkkeen antoreittejä käytetään hankalien syöpäkipujen hoidossa. Muita lääkkeen antotapoja ovat esimerkiksi kielen alle laitettavat lääkkeet, lääkkeen anto inhalaationa, toisin sanoen hengittäen, sekä iholle paikallisesti laitettavat lääkkeet (Nurminen 2011, 54, 56). Kemp (1999, 73) toteaa, että esimerkiksi inhalaationa otettu morfiini ei ole niin tehokas kivun lievittämisessä, mutta siitä saattaa olla apua hengenhädistykseen. Sitä vastoin jo 1980-luvulla oli huomattu lääkkeen nopea imeytyminen suun limakalvojen kautta. Tuolloin opioideista ainoastaan buprenorfiini oli saatavilla kielen alta liukenevassa muodossa. (Foley 1989, 2260.)

Läpilyöntikipuihin tulisi varautua ennalta niin, että pitkävaikutteisten lääkkeiden kanssa otetaan tarvittaessa nopeasti vaikuttava lääke (Vuorinen 2007, 26) esimerkiksi juuri imeskelytabletti (Vainio & Kalso 2009, 494). 1980-luvulla tulleen buprenorfiinin lisäksi 1990-luvulla oli saatavilla fentanyyli kielen alta liukenevassa muodossa, ja sitä käytettiinkin tuolloin paljon läpilyöntikivun hoitoon (Kemp 1999, 73). Kemp (1999, 73) toteaa, että 1990-luvulla epämiellyttävä maku oli ainoa rajoittava tekijä, kun sitä hierottiin tavallisesti ensin posken limakalvoille ja sitten se nielaistiin. Kivun lievittyminen tapahtui nopeasti. Hännisen (2003, 102) mukaan nykyään läpilyöntikivun hoidossa on todettu tehokkaimmaksi oraalinen transmukosaalinen fentanyyli. Samaan tapaan kuin 1990-luvulla, se laitetaan posken limakalvoa vasten. Erotuksena entiseen on se, että nykyään sitä liikutellaan erityisen asettimen avulla varttitunnin ajan. Huomioitavaa on, että sen käyttötarkoitus on tänä päivänä vain läpilyöntikivun hoitoon. (Suomen kivunhoitoyhdistys 2007, 16–17.)

3.4 Saattohoitopotilaan kivunhoito

Joskus tulee tilanteita, joissa syöpäsairaus ei ole enää parannettavissa. Potilaan hoito on silti aktiivista ja tällöin Suomessa puhutaan palliatiivisesta hoidosta. Sana saattohoito yhdistetään usein hoitotyössä kokonaisvaltaiseen tukemi-

seen. Lähteestä riippuen termejä on käytetty samaa tarkoittavana asiana, ja toisinaan taas saattohoito on tarkoittanut osaa palliatiivisesta hoidosta. (Hänninen 2003, 14–15.) Yleensä näiden erona on kuitenkin pidetty sitä, että saattohoito ajoittuu lähemmäksi todennäköistä kuoleman hetkeä ja palliatiivinen hoito voi kestää kuukausia tai jopa vuosia (Käypä hoito -suositus 2012). Joskus käytetään nimitystä terminaalipotilas, mutta silloin useimmiten tarkoitetaan potilasta, jolla on enää hyvin vähän elinaikaa. (Hänninen 2003, 15.)

Kuolevan potilaan hoidossa erityisen tärkeää on kivun hoitaminen tehokkaasti (Janes 2013). Kipu onkin näillä potilailla yleisimpiä fyysisiä oireita. (Hänninen 2003, 29.) On todettu, että syöpäpotilaista 35–96 prosenttia kärsii loppuvaiheessa kivuista. Erityisesti läpilyöntikipuja on 70–80 prosentilla potilaista, joilla on pitkälle edennyt syöpä. (Käypä hoito -suositus 2012.) Ongelmallisimmaksi hoitaa koetaan neuropaattinen kipu (Hänninen 2003, 29). On tutkittu, että yleensä neuropaattiseen kipuun auttaa opioidien ohella trisykliset masennuslääkkeet (Käypä hoito -suositus 2012). Kuoleman lähestyessä lääkitysten aiheuttamien sivuvaikutusten huomioiminen tulee entistä tärkeämmäksi (Hänninen 2003, 29). Huomioitavaa on, vaikka potilaan tajunnantaso laskisi, hän saattaa silti tuntea vielä kipua (Suomen kivunhoitoyhdistys 2007, 37).

Hännisen (2003, 88) mukaan palliatiivisen syöpäpotilaan kivunhoidossa noudatetaan samaa WHO:n porrasmallista kivunhoitoa kuin muillakin syöpäpotilailla. Käytännössä siinä joudutaan usein tekemään pieniä oikaisuja, jos syöpäkivut esimerkiksi äkillisesti voimistuvat. Joskus lisätehon saamiseksi siirrytään suoraan seuraavalle portaalle (Hänninen 2003, 99) tai tarvittaessa aloitetaan vahvojen opioidien käyttö nopeammin (Käypä hoito -suositus 2012). Palliatiivisessa kivunhoidossa saatetaan käyttää nimitystä opioidirotaatio. Sillä tarkoitetaan hieman tehokkaampaa kivun lievittymistä opioidia vaihdettaessa. (Kalso 2009, 203–204.) Syynä opioidirotaatioon voivat olla sivuvaikutusten lisääntyminen sekä potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Jos opioidit ovat olleet potilaalla pitkään käytössä, tämän rotaation hyödyistä on kuitenkin vain vähän tutkimustuloksia (Hänninen 2003, 99.)

Syöpäpotilaan sietämättömät kivut ja vaikeat oireet ennen kuolemaa ovat toisinaan helpotettavissa sedaation avulla. Siinä potilas vaivutetaan uneen lääkkeellisesti. (Hänninen 2003, 229.) Sedaatio voidaan toteuttaa esimerkiksi vain yöajaksi tai tarvittaessa pitemmäksi aikaa (Kokkinen 2012). Saattohoitoon liittyvästä sedaatiosta alettiin keskustella 1990-luvulla (Hänninen 2003, 229–230). Vasta vuonna 2009 on Euroopan Palliatiivisen lääketieteen yhdistys antanut siihen suosituksia. Vielä ei ole tutkittu, miten tarpeellisenä sitä yleensä pidetään. Palliatiivisesta sedaatiosta puhuttaessa tulee myös muistaa, että sen tarkoitus ei suinkaan ole edistää kuolemista. (Käypä hoito -suositus 2012.) Sedaatiota pidetään äärimmäisenä mutta myös tarpeellisenä hoitokeinona, jos mikään muu ei lievitä enää potilaan kärsimyksiä (Hänninen 2003, 230).

3.5 Syöpäpotilaan kivunhoitotyö

Hoitotyötä pidetään muun muassa hoivaamisena ja välittämisenä, joka näkyy niin teoissa kuin asenteissakin. Se on terveydenedistämistä ja huolenpitoa niistä, joilla on sairautta tai muutoin sellaisia terveyteen liittyviä asioita, joihin voidaan hoitotyöllä tuoda helpotusta. Hoitotyön käsitettä näkee käytettävän Suomessa hyvin erilaisissa yhteyksissä, mutta usein mielletään siihen kuuluvan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Pelttari 1997, 52–53.) Syöpäpotilaan hoitotyössä tapahtui suurimmat muutokset 1940-luvulla toisen maailmansodan jälkeen, kun otettiin suuria tieteellisiä edistysaskelia. Parempia ja tehokkaampia syöpähoitoja kehittyi, ja monen syöpäpotilaan elämänlaatu parani. Lääkkeen antoreiteistä muun muassa suonensisäisesti annettu lääke ja nesteytys havaittiin mahdolliseksi jo 1940-luvulla. Tuolloin suurta huolta hoitajille aiheutti syöpäpotilaan hoidossa kipujen kontrollointi. Toisen maailmansodan aikaan oltiin kuitenkin sitä mieltä, että kivunhoitotyössä vielä pärjättiin hyvin antamalla potilaille alkoholipitoisia injektioita tai käärmeen myrkkyä. (Haylock 2011, 7–8, 10–11.)

Ennen vuotta 1980 kivun hoidossa ilmenevien puutteiden arveltiin johtuvan ainakin osittain kommunikaatio-ongelmista kivun parissa työskentelevien kesken. Myös kiputerminologiassa ja luokittelussa oli isoja puutteita. 1980-luvun jälkeen

tietoisuus kipuun vaikuttavista asioista ja hoitomenetelmistä lisääntyi, ja esimerkiksi kroonisen kivun hoitoon saatiin niihin erikoistuneita klinikoita. (Vartiainen 2000, 20.) Nykyään syöpäsairauksien hoitotyöstä löytyy runsaasti tutkittua tietoa. Sairaanhoidajan tuleekin olla kriittinen etsiessään tietoa ja kyetä poimimaan sieltä sellaiset hoitomenetelmät, jotka soveltuvat parhaiten kullekin potilaalle yksilöllisesti. Kuten jo aiemmin tässä opinnäytetyössä kerrottiin, kipua voidaan jaotella syntymekanisminsa mukaan. Kiputyypin tunnistaminen ja sen taustatekijöiden löytäminen on tärkeää, jotta potilaalle voidaan laatia huolellinen kipuhoidosuunnitelma. (Ahonen, Blek–Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 130, 157.)

3.5.1 Kivun arviointi, seuranta ja kirjaaminen

Tärkeä osa-alue syöpäpotilaan kivun hoitoa on kivun arviointi, seuranta ja hoidon tavoitteiden asettaminen (Kalso 2013, 882). Eräs tapa arvioida kiputilaa on käyttää kipuanalyysia. Siihen kirjataan, miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämään ja aiheutuuko siitä haittaa potilaan toimintakyvylle. Myös se, kuinka voimakasta kipu on ja miten sitä potilas luonnehtii, on tärkeää mainita kipuanalyysissä. (Ahonen ym. 2012, 157.) Kipuja arvioitaessa on myös hyvä ymmärtää kasvaimen laatu ja sen levinneisyys. Jo saadut hoidot ja lääkkeet tulee myös ottaa huomioon. (Kalso 2013, 882.) Kivun mittaamiseen on olemassa erilaisia asteikkoja (Kalso & Kontinen 2009a, 55). Kipupiirroksat, kyselylomakkeet sekä kipumittarit ovatkin tärkeitä työkaluja kivun voimakkuutta arvioitaessa (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 7). Ensimmäinen sanallinen kipumittari keksittiin jo vuonna 1975. Sitä hyödyntäen on Suomeen kehitelty vuonna 1980 oma suomenkielinen sanallinen kipumittari. (Kalso & Kontinen 2009a, 56.) Valitettavasti Suomessa 1990-luvun loppuvuodella ei kipumittarin käyttö ollut vielä yleistynyt, mutta sen tarpeellisuus kivun mittaamisen apuvälineenä kyllä tiedostettiin (Hovi 1999, 127; Vuorinen ym. 1997, 290).

Sanallisessa kipumittarissa asteikko kulkee välillä: Ei kipua - lievä kipu - kohtalainen kipu - voimakas kipu (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2007, 8). Sanallisen kipumittarin lisäksi nykyään yleisessä käytössä on niin sanottu kipujana eli VAS,

joka tulee sanoista visuaalinen analogiasteikko (Kalso 2013, 882). Sen olemassaolosta on tiedetty jo 1990-luvulla, mutta käyttö on ollut vähäistä (Vuorinen ym. 1997, 290). Visuaalinen analogiasteikko on kansainvälisesti hyväksi havaittu. Asteikko on ikään kuin jana, jonka alku tarkoittaa kivuttomuutta ja loppu pahinta mahdollista kipua. Potilas itse määrittelee asteikolle senhetkisen tuntemuksensa. Numeerisella asteikolla on sama periaate kuin visuaalisella analogiasteikolla. (Suomen kivunhoitoyhdistys 2007, 8.)

Potilas voi kertoa kivun laadusta myös monilla eri adjektiiveilla. Luustometaasikipua kuvaillaan usein sanoilla tylppä ja jomottava. Hermoperäiselle kivulle tyypillistä on taas polttava tai sähköiskumainen tuntemus. Kasvaimen aiheuttama tulehdusreaktio saa aikaan usein vaikeaa paikallista kipua ja tuntoherkyyttä. (Kalso 2013, 877.) Kipua voidaan kuvailla myös sanoilla säteilevä, jatkuva ja aaltoileva (Vainio & Kalso 2009, 481). Kalsen (2013, 882) mukaan tärkeää on selvittää myös potilaan mahdolliset tuntopuutokset sekä miten kipu muuttuu esimerkiksi asentoa vaihdettaessa. Kroonisessa kivunhoidossa täydellinen kivuttomuus on usein vaikeasti saavutettavissa. Tavoitteena voidaan pitää kipujen lieventymistä sekä elämänlaadun parantamista. (Vainio 2004, 74.)

Suomessa kivunhoitotyön apuna on käytetty 1980-luvulla kivunarvioimislomaketta. Siinä oli kymmenen eri kohtaa, joihin potilas merkitsi tietoja omasta kivusta. Lomaketta hyödynnettiin 1980-luvulla muun muassa hoitosuunnitelman teossa. Hovin (1999) mukaan siihen aikaan osattiin jo arvostaa moniammatillisuutta sekä sairaanhoitajan asiantuntemusta kivunhoidossa. Lisäkoulutuksen tarve kuitenkin tiedostettiin, jotta pystyttäisiin luomaan yhtenäinen suunta kivun hoitoon. (Hovi 1999, 116, 127.) Suomi sai oman poliittisen ohjeistuksensa syöpäkivunhoitoon vuonna 1989, jonka johdosta järjestettiin useita koulutustilaisuuksia sekä lääkäreille että sairaanhoitajille. Kivun mittaamisen tiedettiin olevan kivunhoitotyössä keskeisessä asemassa. (Vuorinen ym. 1997, 287, 290.)

Lääkehoidon toteuttajasta riippumatta lääkehoito on sairaanhoitotoimintaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 20). Terveystieteiden ammattihenkilöitä koskevan lain (559/1994) mukaan lääkärillä on oikeus määrätä potilaille lääkkeitä. Sairaanhoitajan työtä on hoidon toteutus sekä arviointi siitä, miten hyvin se on-

nistuu (Salanterä 2003, 107). Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) julkaisema Turvallinen lääkehoito -opas ohjeistaa, että erityisesti opioideja annettaessa sairaanhoitajan tulee tarkkailla lääkkeen vaikutusta. Myös potilasohjauksessa on tärkeää käydä läpi käytännön asioita, jotka liittyvät esimerkiksi huumausaine-resepteihin (Kokkinen 2012). Kuuppelonmäen vuonna 2002 tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajat mainitsivat yhdeksi ongelmaksi kivunhoitotyössä lääkärin ja hoitajan välisen yhteistyön. Tutkimuksessa kävi ilmi, että ammattikuntien välillä podettiin luottamuspulaa. Yhdenmukaisista kivunhoitomenetelmistä ei aina ollut sovittu, mikä toi haasteita hoidon toteuttamiselle. (Kuuppelonmäki 2002, 705.) Kivunhoitotyöhön kuuluu oleellisesti aktiivinen kysely kivun tunteuksista sekä hoidon tehon ja vaikuttavuuden arviointi. Syöpäpotilaan kivunhoidossa sairaanhoitajan on myös tärkeää pystyä ennakoimaan potilaan kipua pyytämällä etukäteen tarvittavat luvat kipulääkkeen antamiseen. (Kokkinen 2012.) Kuuppelonmäen (2002, 705) tekemässä tutkimuksessa myös tässä oli havaittavissa puutteita. Potilastiedoista ei välttämättä löytynyt lisälääkitykseen vaadittavaa tietoa.

Syöpäpotilailla kiputilat voivat vaihdella, ja tämän takia kivunhoitoa saatetaan muuttaa aina potilaan senhetkisen voinnin mukaan. Muun muassa nämä tekijät tekevät kirjaamisen erityisen tärkeäksi juuri syöpäpotilailla. (Ahonen ym. 2012, 158.) Vuorisen ym. (1997, 290) tekemässä tutkimuksessa, joka liittyi syöpäkivunhoitoon, havaittiin, että kivun kirjaaminen oli Suomessa 1990-luvulla harvinaista. Eikä se vielä vuosituhannen vaihtuessa ollut kovin yleistä, puhumattaakaan sen pakollisuudesta. (Vartiainen 2000, 22.) Nykyisin hoitotyön kirjaamista ohjaavat useat lait ja asetukset. Yhdenmukaisuus ja rakenteisuus antavat suunnan systemaattiselle kirjaamiselle. Tässä tapauksessa systemaattisuus tarkoittaa sitä, että hoitoa kuvaillaan sen eri vaiheissa ja etukäteen on sovittu miten kirjaaminen tapahtuu. Rakenteisuus koostuu eri hoidollisista päätöksenteon ja prosessin vaiheista. (Ahonen ym. 2012, 45–47.) Asianmukaiset merkinnot käytetystä kipulääkkeestä, sen tehosta ja mahdollisista haittavaikutuksista sekä kivun voimakkuus ja sijainti kuuluvat nykyisin päivittäiseen kirjaamiseen. Kivusta on hyvä erotella lepokipu ja liikekipu. Yöunta ja päivittäistä toimintaa häiritsevä kipu kirjataan aina, kun sitä esiintyy. (Kalso 2013, 882.)

3.5.2 Ohjaus ja neuvonta

Syövästä ei juurikaan puhuttu vielä 1970-luvulla, ja silloin syöpäpotilaiden keskuudessa kuoleman pelko oli ilmeinen. Koska sairaudesta ei keskusteltu, potilaat eivät usein juuri tienneet omasta tilastaan tai saamistaan hoidoista. Tunteita, jotka sairastuminen aiheutti, ei myöskään käsitelty. Myöhemmin 1980-luvulla huomattiin, että keskustelu lievensi potilaiden pelkoja ja auttoi heitä sopeutumaan tilanteeseen. Samoihin aikoihin saatiin laki kuolevan potilaan hoidosta. Avoin keskustelu lisääntyi ja huomiota alettiin kiinnittää siihen, miten potilaita lähestyttiin. 1990-luvulla ohjaus ja neuvonta olivat jo säännöllistä hoitotyön ohessa tapahtuvaa toimintaa. Huomiota kiinnitettiin myös terveydenhuollon ammattilaisten omiin pelkoihin sairautta kohtaan. Erilaiset 1980- ja 1990-luvulla alkunsa saaneet projektit kehittivät osaltaan hoidon ohjausta ja sen tehostumista. (Linden 1995, 61–62, 77–79, 81–82.)

Suomessa vuonna 1992 voimaan tullut potilaslaki neuvoo, että potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 30). Sairaanhoitajalla on suuri rooli tiedonantajana, koska potilas tarvitsee ohjausta ja neuvontaa hoitoonsa ja sairauteen liittyvissä asioissa (Ahonen ym. 2012, 165). Internet tuli Suomeen 1990-luvulla, ja ongelmia siinä oli erityisesti epävarmuus siellä olevan tiedon ajantasaisuudesta. Siihen aikaan potilaita ohjattiin hakemaan tietoa usein myös erilaisista palvelevista puhelimista. (Hovi 1999, 212.) Sainion ja Laurin (2002, 254, 257) tekemän tutkimuksen mukaan syöpäpotilaat kokivat erittäin tärkeänä saada tietoa lääkityksestään. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että potilaat, jotka olivat saaneet riittävästi tietoa ja joilla oli hyvä suhde hoitajiinsa, osallistuivat aktiivisemmin hoitotyöhön liittyviin päätöksiin. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet otettiin käyttöön vuonna 1996. Niissä ohjeistetaan hoitajia kiinnittämään huomiota kärsimysten lievittämiseen ja elämänlaadun parantamiseen, mutta lisäksi tulee huomioida potilaiden tukeminen hoitotyössä. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2013.) Syöpäpotilaan hoidossa mukana saattaa olla epävarmuus paranemisesta, ja elinajan ennustekin voi vaihdella (Idman & Aalberg 2013, 860). Tästä syystä potilaalla on usein psykososiaalisia tekijöitä, kuten ahdistusta, masennusta ja pelkoa, jotka vaikuttavat kivun tuntemiseen (Kalso 2013, 882).

Kroonisen kivun hoidossa ilmaantuneet epäkohdat saivat aikaan vuonna 1998 Rationaalisen lääkehoito-ohjelman eli ROHTO hankkeen. Hankkeen tavoitteena oli järkevöittää senaikaista lääkehoitoa. 1990-luvun loppupuolella oli vain muutamia lääkehoitoa ohjaavia Käypä hoito -suosituksia. Lähemmäs vuosituhannen vaihdetta mentäessä ne lisääntyivät. (Helin–Salmivaara & Sairanen 2001, 16, 18, 27, 62.) Nykyisin rationaalisella lääkehoidolla tarkoitetaan WHO:n ohjeiden mukaan tehokasta, turvallista ja taloudellista lääkehoitoa (Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2004). Haasteita lääkehoidon toteuttamiselle tuovat tällä vuosituhanella ja tulevaisuudessa erityisesti koko ajan kehittyvä lääketeollisuus, tuoden mukanaan tehokkaampia lääkkeitä. Ikääntyneiden määrän lisääntymisen myötä myös kotona tehty lääkehoito on lisääntynyt. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006, 13.) Nykyisin runsas tiedon määrä internetin puolella ja erityisesti sen luotettavuus tulisi ottaa potilasohjauksessa keskustelun kohteeksi (Ahonen ym. 2012, 165). Tiedetään myös, että hoitosuhteessa korostuu potilaan luottamus hoitohenkilökuntaan. Luottamuksen ollessa kunnossa, se itsessään saattaa vähentää kivun tuntemusta. (Kalso 2013, 882.)

Syöpään sairastuminen koskettaa monella tavoin paitsi potilasta, myös tämän omaisia. On todettu, että perheenjäsenen sairastuttua, on sen johdosta myös hänen läheisillään erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Näistä huolimatta omaisten olisi tärkeää pystyä tukemaan sairastunutta. Omaisten tuen on todettu lisäävän potilaan sitoutumista hoitoonsa. Tästä syystä on erittäin tärkeää, että henkilökunta tukee ja auttaa potilaan läheisiä. (Eriksson 1999, 234.) Myös laissa määritellään omaisten roolia potilaan hoidossa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) todetaan, että jos potilas ei jostain syystä pysty päättämään itse hoidostaan, kuullaan hänen lähiomaistaan tai muuta läheistä hoitopäätöksiin liittyvissä asioissa (6. §). Edelleen jos potilas ei kykene itse vastaamaan hoidostaan, on lähiomaisella oikeus saada tarpeeksi tietoa potilaan terveydentilasta (9. §).

Lähiomaisen osallistuminen potilaan hoitoon on hyvin laaja-alaista, ja omaisten suhtautuminen sairauteen voi olla kirjavaa. Monesti omaiset yrittävät olla positii-visia ja reippaita, ja sen on todettu antavan eniten tukea sairastuneelle. Omaisen pelko ja jatkuva surkuttelu potilaan tilasta taas rasittaa ja saattaa jopa eh-

käistä potilaan kuntoutumista. (Eriksson 1999, 233–236.) On tärkeää muistaa, että kivun hoidossa hoidetaan itse potilasta, mutta se tarkoittaa samalla myös tämän omaisten auttamista (Salanterä 2002, 107). Kuuppelonmäen (2002, 701) mielestä potilaiden perheet tulisi ottaa aktiivisesti mukaan kivunhoidon suunnitteluun. Hänen tekemässään tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaan omaisilla oli suuria asenteellisia ongelmia vahvaa kipulääkitystä kohtaan. Erityisesti esille nousi vastustus morfiinin käyttöön. Mielenpide-eroja oli havaittavissa myös potilaan ja omaisten välillä. Joissain tapauksissa omaisen saattoi jopa vaatia lääkitystä, vastoin potilaan tahtoa. (Kuuppelonmäki 2002, 704–705.)

4 Opinnäytetyön tehtävä ja tarkoitus

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on vastata kysymykseen: Minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on syöpäpotilaan lääkkeellisen kivunhoidon muuttumisesta työuriensa aikana? Tehtävänä on löytää haastatteluista yhteneväisyyksiä ja asettaa niitä tietylle aikajanelle sekä verrata aikaisemmin tutkittuun tietoon.

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa syöpäkivunhoidon historiasta keräämällä ainutlaatuisia muistitietoa sairaanhoitajilta. Tavoitteena on saada aikaan keskustelua kivunhoidon parissa työskentelevillä. Artikkeleita ja kirjallisuutta on käytetty lähteinä kuvaamaan lääkkeellisen kivunhoidon historian kehitysvaiheita, ja se luo viitekehyksen tälle opinnäytetyölle.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Muistitietotutkimus

Muistitietotutkimus perustuu historian tutkimuksen menetelmään (Salmi-Nikander 2006, 199). Menneisyydestä kertovaa aineistoa, jota kerätään erilaisilla haastattelumetodeilla, kutsutaan kansainvälisesti termillä *oral history*. Suo-

nessa puhutaan myös suullisesta historiasta. Tästä on muotoutunut termi muistitietohistoria, joka tutkimusmenetelmänä saapui Suomeen vasta 1980-luvulla. (Fingerroos & Peltonen 2006, 8, 14.) Muistitietotutkimusta voidaan pitää narratiivisena eli kerronnallisena tutkimuksena (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 218). Kokemukset, jotka liittyvät jokapäiväisen arjen tapahtumiin ja sosiaaliseen elämään, ihminen jäsentää käyttäen narratiivista ajattelua. Tästä syystä narratiivinen eli kerronnallinen tiedon hakeminen sopii hyvin myös tutkimusmenetelmäksi. (Erkkilä 2008, 199–200.) Tarinoituminen syntyy, kun kerrotut asiat tulevat esiin aina uudestaan (Kalela 2000, 125). Näitä menneisyyteen liittyviä tarinoita pyritään tulkitsemaan. Muistitietoa kerätessä tulee kuitenkin ymmärtää se, että ollaan kiinnostuneita enemmänkin tapahtumien merkityksestä haastateltavalle. Kysymys on siitä, mitä ihmiset uskovat tapahtuneen muistoihinsa perustuen. Suomessa muistitietotutkimuksessa käytetään usein myös muistitietotekstejä. (Fingerroos & Haanpää 2006, 27, 28, 33–34.) Käsitteenä suullinen historia voidaan ajatella olevan muistissa olevaa tietoa, joka katoaa samalla, kun ihminen kuolee (Tallberg 1997, 193).

Muistitieto on monessakin mielessä poikkeuksellista, joka tekee sen tutkimisesta vaativaa. Tosiasioiden ja totuuksien löytyminen ei ole päätarkoitus vaan kerrottujen tarinoiden merkitys ja sisällön rikkaus. (Fingerroos & Haanpää 2006, 33–34.) Muistitietotutkimusta tehdessä on tärkeää eritellä omia tavoitteita. Työtä aloittaessa käytettävissä on valmiina enemmän tai vähemmän tietoa aiheesta. Omia tavoitteita voi olla esimerkiksi se, että halutaan sellaisia tuloksia, jotka vahvistavat tai toisaalta kumoavat olemassa olevaa tietoa. Tavoitteena voidaan pitää myös kokonaan uuden tiedon saamista. (Kalela 2000, 71, 81.) Muistitietotutkimusta tehdessä tekijän tulee muistaa vastuu ja oma subjektiivisuutensa suhteessa tulkintoihin (Fingerroos & Haanpää 2006, 35).

5.2 Tiedonkeruumenetelmä ja haastateltavien valikoituminen

Tarinoita voidaan kerätä monin erin tavoin. Yleinen tutkimusmenetelmä on haastattelu. Kertomukset, joita tulee haastattelussa esille, tuottavat tietoa, ja näiden analyysia voidaan pitää tutkimuksen ydinkohtana. (Hirsjärvi ym. 2010,

218.) Erityisesti muistitietoa kerätessä tutkijalla on suuri rooli haastattelutilanteessa. Kysyminen ja kuunteleminen ovat tärkeimpiä keinoja saavuttaa tavoite, joka on löytää muistelijan tulkinta aiheesta. Se tulisi suhteuttaa omaan ymmärrykseen, joka perustuu tutkimuksen tekijän omiin kokemuksiin ja kirjallisuuteen. (Ukkonen 2006, 183–185.) Haastattelutilanteessa annetaan haastateltavalle mahdollisimman paljon tilaa puhua (Erkkilä 2008, 206), ja kysymyksillä on usein rohkaiseva vaikutus. Niiden avulla pyritään tavoittamaan haastateltavan kokemusmaailma ja antamaan kertomiseen virikkeitä. (Ukkonen 2006, 184.) Huomioitavaa on, että haastattelu on tilannesidonnainen, johon kuulija vaikuttaa olennaisesti (Erkkilä 2008, 206).

Tiedonkeruumenetelmä tutkimustyössä tulee pystyä aina perustelemaan (Hirsjärvi ym. 2010, 205). Tähän opinnäytetyöhön haastattelu tutkimusmenetelmänä soveltuu parhaiten, koska mahdollisuus käydä keskustelua ja oikaista väärinymmärryksiä tekee haastattelusta joustavan. Haastattelun lomassa voidaan havainnoida haastateltavaa ja merkitä muistiin esimerkiksi miten jokin asia on sanottu. Mahdollisimman suuri määrä tietoa on haastattelun tärkein tavoite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelun toteutukseen löytyy eri malleja (Hirsjärvi ym. 2010, 210). Tässä opinnäytetyössä käytettiin yksilöhaastattelua. Toteutusmuodon valintaan vaikuttaa muun muassa tutkimuksen aihe (Hirsjärvi ym. 2010, 210). Tässä opinnäytetyössä koettiin, että ryhmähaastattelu ei sovellu toteutusmuodoksi, koska haluttiin oraalista muistitietoa, joka on usein hyvin henkilökohtaista. Lisäksi ryhmähaastattelussa saattaa olla se riski, että kielteisten asioiden esille tulo estyy, eivätkä kaikki saa ääntään tasapuolisesti kuuluville (Hirsjärvi ym. 2010, 211).

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan aineistoa kerätä haastattelulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Haastattelun muotoja on erilaisia, ja niistä keskustelun omaisin on avoin haastattelu (Hirsjärvi ym. 2010, 209). Avoimesta haastattelusta käytetään joskus myös nimitystä syvähaastattelu. Se kuvaa haastattelun muotoa hyvin, koska aihetta pyritään avaamaan mahdollisimman perusteellisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 76.) Hirsjärvi ym. (2010, 209) toteavat, että avoin haastattelu on useimmiten aikaa vievää, ja haastateltavien pieni lukumäärä ei ole harvinaista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 76). Tähän opinnäytetyöhön saatiin

viisi haastateltavaa. Haastateltavat löytyivät opinnäytetyön tekijän tunteman sairaanhoitajan kautta, joka on työskennellyt syöpätautien parissa. Sairaanhoitaja kyseli entisiltä työtovereiltaan halukkuutta osallistua tutkimukseen ja toimitti sitten heidän yhteystietonsa tekijälle. Opinnäytetyön tekijä otti summittaisessa järjestyksessä puhelimitse yhteyttä hoitajiin. Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli kaksi kriteeriä, jotka ohjasivat heidän valintaansa. Ensimmäkin heillä tuli olla vähintään 20 vuoden työkokemus syöpäsairaiden parista, sekä toisena kriteerinä oli halu muistella kivun hoidon muuttumista. Se missä he ovat tai olivat olleet työssä, ei ollut merkityksellistä. Tavoitteena oli saada haastateltavaksi myös jo eläkkeellä olevia sairaanhoitajia. Yhden haastattelun peruuntumisen vuoksi otettiin mukaan myös sairaanhoitaja, jolla oli vain 15 vuotta työhistoriaa. Tätä ei opinnäytetyön tekijä pitänyt kuitenkaan haittana, koska mukana oli jo yli kolmenkymmenen vuoden työhistorian tehneitä haastateltavia sekä lisäksi kyseenomainen sairaanhoitaja oli työskennellyt tämän 15 vuotta tiiviisti syöpäpotilaiden parissa.

Kun haastateltavat henkilöt löytyivät, varmistettiin heidän mahdollisten työnantajien suhtautuminen tämänkaltaiseen tutkimukseen. Todettiin, että tutkimuslupaa ei tarvittu, koska työnantaja ei voi rajoittaa työntekijöiden halukkuutta antaa haastattelua vapaa-ajalla. Kaikkien haastateltavien työnantajat eivät olleet tiedossa, ja näissä tapauksissa varmistusta ei voitu tehdä etukäteen. Näissä tapauksissa haastateltavat olivat kuitenkin kysyneet työnantajaltaan itse luvan osallistua. Yksi haastatteluista tehtiin Skype -tietokoneohjelman avulla. Tämän takia suoritettiin koehaastattelu tammikuussa myös käyttäen kyseistä ohjelmaa. Samalla testattiin, miten hyvin digitaalinen nauhuri äänitti tietokoneen kaiuttimista. Yksi haastatteluista tehtiin puhelimitse pitkän välimatkan vuoksi. Myös puhelimen toimivuus nauhurin kanssa testattiin etukäteen. Haastattelussa käytettiin apuna lyhyttä haastattelurunkoa (liite 3), johon merkattiin esille tulleita asioita. Jos jostain aiheesta ei tullut kokemuksia automaattisesti, kysyttiin niitä haastateltavalta, mutta turhaa johdattelua pyrittiin välttämään. Haastattelun luontevan etenemisen turvaamiseksi tehtiin välillä apukysymyksiä, kuten: Voisitteko tarkentaa tai muistatteko, milloin tämä tapahtui. Varsinaiset haastattelut tehtiin tammi- helmikuun aikana 2014.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Opinnäytetyössä tehdyt haastattelut nauhoitettiin digitaalisella nauhurilla. Se on haastateltavaa kohtaan myös oikeudenmukaista, koska silloin kertomukset eivät ole pelkästään haastattelijan muistin varassa, vaan tallentuvat juuri niin kuin ne on kerrottu. (Lumme-Sandt 2005, 129.) Haastattelut kirjoitettiin auki mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen ja litterointi suoritettiin sanatarkasti paperille. Yhteensä litteroitua materiaalia kertyi 25 sivua. Haastattelujen auki kirjoittaminen sanasta sanaan on tärkeää. Ennen puhtaaksi kirjoittamista tulisi olla selvää, mitä analyysitapaa tullaan käyttämään. (Hirsjärvi ym. 2010, 221–222.) Nauhoitukset kuunneltiin kahteen kertaan, jotta varmistuttiin siitä, ettei mitään jäänyt litteroinneista pois. Valmiit tekstit tulostettiin, jotta niitä olisi helpompi analysoida ja tutkia.

Ei ole olemassa tiettyjä sääntöjä analyysimenetelmän valintaan, mutta analysointiin tulisi keskittyä viimeistään heti tiedon keruun jälkeen ja tapa, jolla se tehdään, toisi selkeimmän ratkaisun tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 224.) Tässä opinnäytetyössä analysointi aloitettiin jo aineistonkeruuvaiheessa. Hirsjärven ym. (2010, 223) mukaan, jos tiedonkeruumenetelmänä käytetään haastattelua, voidaan analyysia tehdä sen kanssa jo samanaikaisesti. Opinnäytetyössä käytettiin narratiivista analyysimenetelmää, joka toteutettiin teemoittelimalla aineisto. Analyysin teon ohessa arvioitiin myös materiaalin riittävyttä. Analyysivaiheessa merkitystä on sillä, miten haastattelija on vaikuttanut keskusteluun (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 11). Käytännössä opinnäytetyön tekijä huomasi haastattelujen edetessä huomaamattaan tekevänsä enemmän kysymyksiä viimeisten haastattelujen kohdalla kuin ensimmäisten. Tämän mahdollista vaikutusta analyysiin pohdittiin ja pyrittiin ottamaan huomioon johtopäätöksiä tehdessä.

Kaasilan (2008, 46–47) mielestä narratiivista analyysia voidaan lähestyä monella eri tavalla. Jos tutkija kiinnittää huomionsa johonkin tiettyyn ilmiöön, joka yhdistää haastateltavia, voidaan käyttää holistista lähestymistapaa. Siinä kertomukset puretaan ja eri teemoihin liittyvät osat yhdistetään. Niitä analysoidessa pyritään löytämään asioita, joita voidaan mahdollisesti yleistää. Narratiivisessa

analyysissa tutkija voi keskittyä myös juonentamiseen, jossa huomio kiinnittyy erityisesti tarinan sisältöön (Kaasila 2008, 61). Tärkeä lähtökohta analyysimenetelmää valitessa on kuitenkin päättää, kummasta ollaan kiinnostuneempia: siitä, miten tarina on kerrottu eli tehdään narratiivien analyysia, vai siitä, mitä on kerrottu eli pohditaan narratiivista analyysia (Laitinen & Uusitalo 2008, 131; Erkkilä, 2008, 200).

Tässä opinnäytetyössä materiaalia lähestyttiin holistisesti eli pohdittiin sitä, mitä on kerrottu. Lähtökohtana oli tutkia ilmiötä, joka yhdisti haastateltavia, eli tässä tapauksessa sairaanhoitajien kokemuksia kivunhoidon muuttumisesta. Litteroidusta aineistosta etsittiin ensin eri teemojen alta samoja asioita, esimerkiksi kokemuksia lääkehoidosta. Kohdat leikattiin irti paperista, jonka jälkeen ne vielä pilkottiin alateemoittain, esimerkiksi lääkeaineiden tai lääkkeenantoreittien mukaan. Alateemat liimattiin isommalle arkille järjestykseen kukin omalle vuosikymmenelle. Opinnäytetyön tekijä teki johtopäätöksiä joistakin aikakausista seuraavanlaisesti. Jos haastateltu kertoi jonkin asian tapahtuneen työuransa alkuaikoina ja hän oli valmistunut esimerkiksi 1990-luvulla, pääteltiin kerrottujen asioiden tapahtuneen myös 1990-luvulla. Jos haastattelussa keskusteltiin jostain 2000-luvulla tapahtuneesta, ja haastateltu toi esille, että kerrottu kivunhoitoon liittyvä asia oli tehty toisella lailla aikaisemmin, pääteltiin asian sijoittuvan silloin 1980- tai 1990-luvulle, riippuen haastatellun syöpähoitotyön aloitusajankohdasta. Jos aikakaudessa oli epäselvyyksiä, se jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle.

Kaiken kaikkiaan erilaisia teemoja tuli viisi ja niille alateemoja 18 (liite 5). Eri haastattelut koodattiin eri värein, jotta tekijä pysyi koko ajan selvillä, mistä haastattelusta mikäkin kohta oli. Kun kaikki haastattelut oli käyty läpi, aloitettiin niiden analysointi. Teemoittain etsittiin yhdistäviä sekä poikkeavia asioita kustakin haastattelusta (liite 4). Hirsjärven ym. (2010, 221) mukaan aineiston analyysivaihetta voidaan pitää tutkimuksen päätavoitteena. Silloin paljastuu totuus siitä, onko saatu vastaus tutkimustehtävään.

5.4 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijän kiinnostuksesta kivunhoitoon. Kipuun ja syöpäsairauksiin liittyviä opinnäytetöitä on tehty useita, mutta historian näkökulman kiehtovuus sai tekijän miettimään muistitietotutkimuksen mahdollisuutta. Katsaus tehtyihin opinnäytetöihin kertoi, ettei se ollut kovin suosittu tutkimusmenetelmä tämän koulutustason päättöissä. Pro gradu- ja väitöskirjoitaita on tehty tällä tutkimusmenetelmällä. Aiheen sekä menetelmän varmistuttua aloitettiin tutustuminen kivusta ja erityisesti syöpäkivusta kertovaan kirjallisuuteen. Aiheeseen liittyvien tieteellisten julkaisujen sekä artikkeleiden läpikäyminen aloitettiin myös välittömästi. Tämän ohessa perehdyttiin muistitietotutkimuksen sekä historian tutkimuksen teosta kertovaan kirjallisuuteen.

Opinnäytetyöhön käytetyn ajankäytön hahmottamiseksi aloitettiin päiväkirjan täyttäminen. Tekijä luopui siitä kuitenkin loppusyksystä 2013, koska koki sen täyttämisen hankalaksi. Opinnäytetyötä tehtiin työn ja opiskelujen ohessa, välillä pitkiä, välillä lyhyempiä aikoja kerrallaan. Työn valmistumiselle suunniteltiin kuitenkin aikataulu ja sitä pyrittiin noudattamaan mahdollisimman tarkkaan. Opinnäytetyön prosessi aloitettiin hahmottelemalla opinnäytetyön aihesuunnitelma jo huhtikuussa 2013. Silloin ei vielä aihe ollut varmistunut, mutta se oli hyvää harjoitusta tulevaa opinnäytetyön suunnitelmaa varten. Saman vuoden elokuussa tekijä osallistui ensimmäiseen opinnäytetyön infotilaisuuteen, jossa varmistui aihe ja tutkimusmenetelmä. Syyskuussa jaettiin pienryhmät ja ohjaajat. Samana syksynä opinnäytetyön tekijä osallistui seminaareihin, jotka kuuluivat pakollisina opinnäytetyön prosessiin.

Ensimmäinen pienryhmätapaaminen oli lokakuussa 2013, ja siinä sovittiin yhteisiä sääntöjä ja aikataulua. Tästä alkoi varsinaisen opinnäytetyön suunnitelman tekeminen. Tutkimussuunnitelma ja teoriapohja esiteltiin pienryhmässä marraskuun lopussa. Lopulliseen muotoon se saatiin joulukuussa pienen korjailun jälkeen. Välittömästi suunnitelman valmistumisen jälkeen aloitettiin varsinaisen opinnäytetyön teko muokkaamalla ja täydentämällä teoriapohjaa. Koehaastattelu tehtiin tammikuussa 2014 ja samassa kuussa aloitettiin myös varsinaiset haastattelut. Viimeinen haastattelu saatiin valmiiksi helmikuun loppupuolella

2014. Analysointi aloitettiin haastattelujen teon ohessa, mutta siihen keskityttiin kokonaisvaltaisemmin viimeisen haastattelun jälkeen. Teoriapohja oli valmis helmikuun 2014 lopussa, jolloin se annettiin lääkärille arvioitavaksi. Analysointia ja tulosten pohdintaa tehtiin tiiviisti helmi- ja maaliskuu 2014. Maaliskuun loppupuolella 2014 lääkäri palautti teoriapohjan, johon oli tehnyt muutosehdotuksia. Opinnäytetyön tekijä pohti ehdotuksia huolellisesti ja teki joitain muutoksia niiden pohjalta viitekehukseen. Opinnäytetyön seminaariesitys pidettiin huhtikuussa 2014, jonka jälkeen se viimeisteltiin tarkastusta varten.

6 Syöpäkivun hoitoa 1980-luvulta 2013-luvulle

6.1 Kivunhoitoa 1980-luvulla

Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat, että syövästä ei juurikaan puhuttu 1980-luvulla. Esille tuotiin, että lainkaan epätavallista ei ollut salata potilaalta totuus sairaudesta. Sairaanhoitajat myös muistelivat, että syöpäpotilaan kivunhoitotyö ei ollut kovin suunniteltua. Tuohon aikaan oli yleistä, että kivut saattoivat olla erittäin kovat, ennen kuin niitä alettiin hoitaa. Potilaiden kivuliaisuutta myös jonkin verran epäiltiin. Aikaisemmin ei välttämättä aina ymmärretty, että kipu voi näyttäytyä ulospäin eri tavoilla esimerkiksi masennuksena tai ruokahälytyksenä. Potilaiden suhtautuminen syöpädiagnoosiin oli hyvin vaihtelevaa kieltämisestä aina sokkireaktioihin. Sairaanhoitajat kertoivat kuitenkin potilaita yhdistävän piirteen, joka oli pelko mahdollisia kipuja kohtaan.

”Ei kukaan oo valmis kuolemaan... Ja varmaan silloin ihan alussa ihan niin ei potilaille kerrottu kaikkea totuutta...” (H1)

”Jos peloista puhutaan, että ei niinkään sitä kuolemaa pelkää, mut pelkää kipuja.” (H5)

”Vaikka potilas pelkää eroa omaisista, niin myös sitä miten kivuliasta se on.” (H2)

”Ei puhuttu, et se oli varmaan semmosta, se oli enemmänkin hävettävää koko sairaus silloin alkuaikoina, että ei se ollu niin avointa.” (H5)

Haastatteluissa sairaanhoitajat muistelivat, että 1980-luvulla syöpäkipujen hoidossa käytettävä kipulääkevalikoima oli suppea, eikä valinnan varaa useinkaan löytynyt. Miedoista kipulääkkeistä ketoprofeeni ja parasetamoli mainittiin yleisimpinä lääkeaineina per oraalisesti otettuna. Tuohon aikaan näillä lääkkeillä hoidettiin myös hankalina pidettyjä luustokipuja. Opioideista käytössä oli 1980-luvulla haastateltavien mukaan ainakin petidiini, morfiini tai oksikodoni, mutta annostelussa oltiin tarkkoja. Ne otettiin käyttöön usein vasta niin sanotun loppuvaiheen kivunhoidossa, jota teoriapohjassa käsitellään nimellä saattohoitotyö. Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan myös potilaat mielsivät ne yleensä loppuvaiheen kipulääkkeiksi. Esille tuotiin, että keskustelu hyvästä kivunhoidosta oli vasta alussa.

”Potilaiden puolelta se on ollu sitten sitä, että se on kynnyksysymys, et syöpäpotilaalle se on vähän niinku semmonen kuoleman merkki, ku lähetään käyttämään noita opiaatteja.” (H5)

Haastateltavat toivat ilmi, että ennakkoluuloja vahvoja kipulääkkeitä kohtaan oli 1980-luvulla niin hoitohenkilökunnalla kuin potilaillakin. Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että tuohon aikaan pelättiin erityisesti opioidien hengitystä lamaavaa sivuvaikutusta. Se oli hoitajilla pahin pelko, mutta myös riippuvuutta jonkin verran pelättiin. Ilmi tuotiin kuitenkin, että asenteisiin vaikutti suuresti hoitajien tiedon määrä vahvoista kipulääkkeistä. Jos tietoa oli ollut riittävästi saatavilla, oli hoitajilla ollut myönteinen asenne näiden lääkkeiden käyttöön. Potilailla huolta herätti erityisesti opioideihin mahdollisesti syntyvä addiktio eli riippuvuus.

”...tormäs siihen, että eihän ne nyt vaan lamaa hengitystä ja et se on ehkä hoitajilla ollu se suurin huolen aihe....” (H5)

Sairaanhoitajat kertoivat, että tyyppillisesti opioidit pistettiin tuolla vuosikymmenellä lihakseen, mutta hyytymisongelmista kärsiville potilaille pistos tehtiin

ihonalaiskudokseen. Per oraalista annostelua käytettiin myös. Suonensisäisesti annosteltuna opioidit voitiin laittaa joko boluksena tai jatkuvana infuusiona.

”Sitten tuli myöhemmin tämä subcutikseen laitto... vuosien saatossa kipulääkitys ruvettii antamaan pienempinä annoksina suoneen.” (H2)

Tipanlaskijan (infuusioautomaatti) käyttö 1980-luvulla oli haastatelluilla sairaanhoitajilla hyvin muistissa. Sen avulla säädeltiin kipulääkitystä ja se koettiin tehokkaaksi, joskin potilaiden liikkumista rajoittavaksi tekijäksi. Haastateltavat muistelivat, että jatkuva infuusio olisi tullut menetelmänä käyttöön hieman myöhemmin kuin kertaboluksen anto. Haastatteluissa muistettiin myös, että parasetamolia ja ketoprofeiinia saatettiin välillä käyttää suonensisäisesti. Joissain paikoissa ahkerassa käytössä tuohon aikaan olivat peräpuikot.

”...mut et sitten peräpuikkoja käytettiin kans paljon, nykyisinhän niitä ei juuri ollenkaan käytetä. Mut se kuulu kyllä ihan arkipäivään, se peräpuikkojen kanssa touhuuminen.” (H5)

Haastatteluissa tuotiin esille, että kivun mittaamista varten ei syöpäpotilaan hoitotyössä 1980-luvulla ollut juurikaan käytössä kipumittareita. Kipuasteikko yhdestä kymmeneen oli ollut joskus käytössä. Sairaanhoitajat kertoivat, että numeroiden käyttö koettiin yleensä kuitenkin hankalaksi, ja sanallinen ilmaisu oli joissain paikoissa luonnollisempi tapa arvioida potilaan kipua.

”Siinä potilaan raporttilehteen tuli jokaisen työvuorossa osuus kivusta, mutta eihän niitä numeroilla pantu, vaan että valitti kipua tai oli kovin kivulias ja levoton ollut, niinku sanallisia muotoja.” (H2)

Kivunhoidon vaikuttavuuden arviointia tehtiin harvoin. Haastattelujen mukaan yleensä oli tapana, että kipulääkkeen annon jälkeen sen vaikutuksen arviointi ja kirjaaminen jäivät puutteellisiksi. Haastateltavat muistivat vielä hyvin ajan 1980-luvulta, jolloin kipulääkkeen antoväli oli tarkka. Potilaalla saattoi olla koviakin kipuja, mutta jos lääkettä oli määrätty annettavaksi tietyn tuntimäärän välein, ei siitä poikettu.

”Jos potilas valitti kipua, niin piti vaan sanoa että pitää vielä yks tunti olla.” (H2)

”Silloin ku alotti nuorena hoitajana, niin kyllä sitä laskettiin niitä tunteja niitten lääkkeitten kanssa ja et voi antaa, ku on vasta kaks tuntia kulu- nu.” (H5)

”Mäki olen niin vanha hoitaja, niin olen eläny sen ajan, että on kellosta katottu, että neljä tuntia on kipulääkkeen antoväli.” (H1)

Haastatteluissa tuli ilmi, että sairaanhoitajien ja lääkärin välisessä yhteistyössä 1980-luvulla oli selkeä roolijako, lääkärin ollessa määrääjä ja hoitajan toimiessa toteuttajana. Hoitajien asiantuntemukseen kivun hoidossa ei aina luotettu. Yhteistyöhön vaikuttivat sekä lääkärin että sairaanhoitajan persoonallisuudet, ja haastateltavien mukaan yhteistyön onnistuminen oli myös organisaatiokohtaista. Haastatteluissa esille tuotiin hieman jäykempiä kokemuksia yhteistyöstä, mutta myös paljon hyviäkin.

”Oli semmosia lääkäreitäkin, jotka oli hyvin helposti lähestyttäviä ja joille voi kertoa ihan kaikki vapaasti ja pitääkin kertoa.” (H1)

”... se oli hyvin sotilaallista ja byrokraattista sillon ku meikäläinen sinne meni. Hoitaja oli vaan semmonen vähempiarvoinen apulainen, lääkäri oli se joka määräsi, et sit jos kysyttiin, niin vastattiin ” (H5)

”No sit oli semmosia lääkäreitä, jotka ihan selkeesti ei kuuntele hoitajan sanaa, menee toisesta sisään ja toisesta ulos.” (H1)

Haastateltujen mukaan 1980-luvulla konsultointiapua käytettiin hyvin vähän. Selvästi ahdistuneille potilaille saatettiin pyytää apua psykiatrian puolelta. Sairaanhoitajat kertoivat, että syöpäpotilaan hoidossa saattoi olla ainoastaan sosi- aalityöntekijä tai pappi tukemassa potilaan henkistä jaksamista. Kivunhoitoon liittyviä koulutuksia sairaanhoitajille järjestivät tuohon aikaan yleensä lääkefir- mojen edustajat. Esille tuotiin, että koulutuksissa saatiin paljon myös yleistä tie-

toa kivunhoidosta ja niitä pidettiin kaikin puolin hyödyllisinä. Toimipaikasta riip-
puen ulkopuolisen koulutuksen järjestäminen vaihteli, mutta se oli yleensä vä-
häistä.

Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat esille syöpäkivunhoidon puutteita 1980-
luvulla (kuvio 1). Keskeisimmiksi ongelmiksi nousivat kivun mittaamisen vähäi-
syys sekä se, ettei kipuhoidosuunnitelmia tehty. Vahvojen kipulääkkeiden käytön
rajoittaminen sekä yhteistyön haasteet olivat tyypillistä tuon ajan kivunhoidolle.
Ilmi tuotiin myös, että kivunhoidon tulosten arvioimisessa sekä kirjaamisessa oli
puutteita.



Kuvio 1. Kivunhoidon ongelmakohtia 1980-luvulla

6.2 Kivunhoidon edistysaskelia 1990-luvulla

Vuosikymmenen vaihtuminen 1990-luvulle toi haastateltujen sairaanhoitajien mukaan paljon uutta syöpäpotilaan kivunhoitotyöhön. Lääkeaineista uutena suun kautta otettavana muistettiin parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmä, joka tunnettiin kauppanimellä Panacod. Tulehduskipulääkkeissä ketoprofeiinin rinnalle tuli ibuprofeini. Opioideista käytössä oli usein oksikodoni tai morfiini. Vielä 1990-luvulla vahvoja kipulääkkeitä pistettiin paljon potilaisiin injektioina, aluksi lihakseen ja sittemmin ihonalaiskudokseen. Sairaanhoitajien mukaan asenteet opioideja kohtaan olivat edelleen jyrkkiä, mutta tiedon lisääntymisen myötä suunta oli parempaan päin.

”Se on jännä asia mitä niinku monet tuovat esille, potilaat ja omaiset, edelleenkin se tulee joskus esille, riippuvuus, et jää riippuvaiseksi siitä lääkkeestä.” (H3)

Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat, että kipulaastarit saatiin käyttöön 1990-luvulla, mikä samalla hieman vähensi pistosten määrää. Vaikuttavana aineena laastarissa muistettiin olevan ainakin fentanyl. Kaiken kaikkiaan laastari koettiin helpoksi ja hyväksi kivunhoitomenetelmäksi, jonka potilaat usein ottivat mukaansa myös kotihoitajaksoille. Haastattelussa muistettiin hyvin kielen alle laitetavista lääkkeistä buprenorfiini, jonka tunnettu kauppanimi oli tuolloin Temgesic. Sairaanhoitajien muistikuvien mukaan se oli tuohon aikaan kivunhoidossa suosittu. Sen käyttötarkoituksen kerrottiin olleen välillä myös esilääkityksenä ennen jotain toimenpidettä. Tikkareiden (transmukosaalinen lääkkeenantotapa) muistettiin olleen käytössä myös 1990-luvulla, mutta niiden hyödyntäminen oli vähäistä.

”Ja sittenhän tuli Temgesic kielen alle silloin, et semmonen hittituote, et sitä kyllä käytettiin paljon.” (H5)

”Silloin ihan aluks oli tämmönen Temgesic...”(H4)

”...siis opiaattipohjaisen kipulääkkeen käyttö oli ihan minimissä, korkeintaan joku sitten Temgesic käytettiin syöpäkivun hoitoon...” (H3)

Haastatteluissa sairaanhoitajat muistelivat, että ensimmäiset kipupumput tulivat vastaan hoitotyössä 1990-luvulla. Silloin se oli kuitenkin vielä harvinaista. Vuosituhannen vaihtumisen lähestyessä kipupumppujen käyttöönotto lisääntyi. Haastatteluissa tuli ilmi, että kipupumppujen hyödyntäminen oli paljon myös lääkäristä kiinni. Kipupumpun käyttö kuvattiin välillä haastavana sekä epäkäytännöllisenä potilaiden kuljetella mukana. Lääkeaine kipupumpuissa oli yleisimmin morfiini. Sairanhoitajat kertoivat, että vaikuttavana aineena oli joskus myös oksikodoni, johon oli saatettu yhdistää pahoinvointilääke (haloperidoli). Myös morfiinin ja haloperidolin yhdistelmää nähtiin käytettävän. Varsinaisten kipupumppujen puuttuessa hoitajien kekseliäisyys pääsi joskus valloilleen.

”Sitten oli tämmönen köyhän miehen kipupumppu. Elikkä se lasten hyvin pikkunen neula, jossa oli se häntä. Se laitettiin johonkin kohti kiinni ja sen kautta sitä annettiin niinku stosseina määräjain.” (H1)

”...ne (kipupumput) koettiin vähän hankalaks, ku ne oli aika äkkiseltään monimutkasta sitten, sen joutu opettelemaan, sen kipupumpun käytön.” (H5)

”...ja sitten noissa kipupumpuissa oli sama ongelma, että sehän on semmonen loota, jota kannat sitten mukana.” (H1)

”Kun ensimmäisiin kipupumppuihin törmäs, niin ne oli kyllä morfiinipumppuja.” (H3)

Kipumittareiden hyödyntäminen ja niiden käyttöön liittyvä koulutus lisääntyivät jonkin verran 1990-luvulla, mutta kokemukset niistä olivat edelleen harvassa. Haastatteluissa tuli esille, että tuohon aikaan käytössä on ollut VAS -asteikko ja, että kivun mittaaminen lisääntyi vuosituhaten vaihdetta kohti mentäessä. Kivun arviointi ja hoidon vaikuttavuuden seuranta oli edelleen kuitenkin hyvin vähäistä.

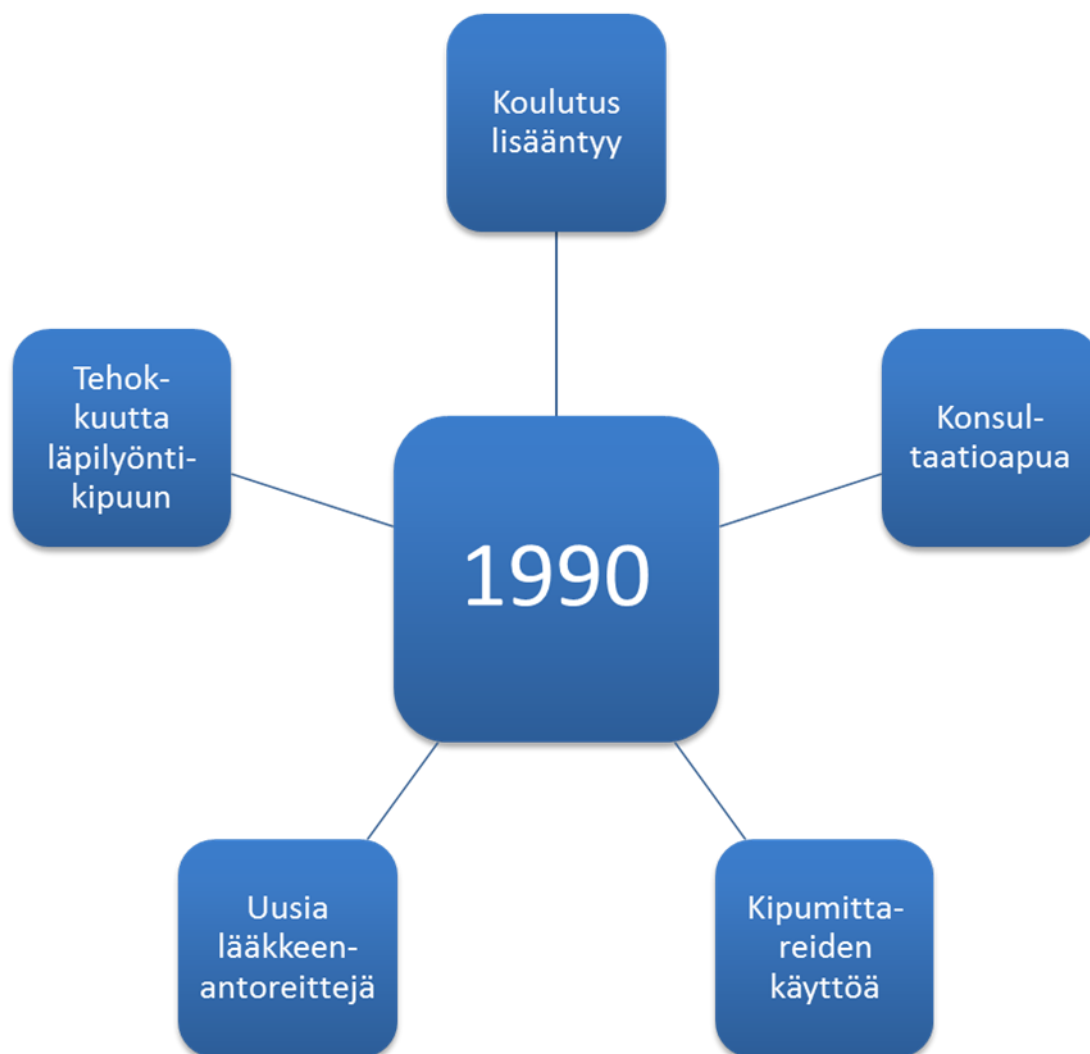
”Mulla oli työkaveri siellä, joka kävi näissä kipukoulutuksissa ja toi aina niitä kipupiiroksia töihin ... jotenki siihen aikaan katottii, että höpelö ku tuo on...” (H4)

”... nehän kirjattiin sillä punasella merkinnällä ne kipulääkkeet ja sitä oli vielä aika vähän sitä kivun arviointia.” (H3)

Konsultointiapua haettiin 1990-luvulla psykiatriselta puolelta, mutta jonkin verran myös neurologian osaamista käytettiin hyödyksi. Haastatteluissa tuotiin esille, että esimerkiksi tuohon aikaan hermovauriokipuun saatettiin hakea konsultointiapua neurologilta. Lääkkeeksi oli tällöin määrätty esimerkiksi karbamatsepiinia. Psykiatrian konsultoinnin avulla kipulääkitykseen oli joskus yhdistetty levomepromatsiini. Sairaanhoidajat kertoivat myös, että hoitajan ja lääkärin välinen yhteistyö parani 1990-luvulla. Saman vuosikymmenen puolen välin jälkeen haastatellut sairaanhoidajat muistelivat myös koulutuksen lisääntyneen merkittävästi. Iso rooli on ollut hoitajan omalla aktiivisuudella.

”Tätä (konsultointiapua) käytettiin, näitä mahdollisuuksia paljon vähemmän silloin ku minä olin alottanu ja silloin se oli paljon pienimuotosempaa.” (H3)

Haastatteluissa sairaanhoidajat toivat esille paljon 1990-luvulla parempaan suuntaan tapahtuneita muutoksia (kuvio 2). Lääkkeenantoreittien kehittyminen ja uusien lääkkeiden saaminen kivunhoitoon vaikuttivat monen syöpäpotilaan elämänlaatuun. Kivun hallitseminen oli helpompaa, ja erityisesti läpilyöntikivunhoidossa mentiin eteenpäin. Kivunhoitoon liittyvää koulutusta oli enemmän tarjolla sekä moniammatillista yhteistyötä osattiin jo jonkin verran käyttää hyödyksi. Erilaiset kipumittarit tekivät myös 1990-luvulla tuloaan, vaikkakin niiden hyödyntäminen oli vielä vähäistä.



Kuvio 2. Edistysaskelia kivunhoidossa 1990-luvulla

6.3 Kivunhoidon kehitystä 2000-luvulta 2013-luvulle

Hoitajien arvostuksen lisääntyminen näkyi 2000-luvulla. Haastatteluissa tuotiin esille, että luottamuksen kasvu näkyi esimerkiksi siinä, että sairaanhoitajille oli saatettu antaa ennakkoon ohjeistukset lääkityksen nostamiseksi. Lääkärin ja hoitajan välinen kommunikointi oli myös selkeämpää. Sairaanhoitajan sanaan luotettiin, ja lääkäri saattoi muuttaa potilaan kipulääkitystäkin hoitajan arvion perusteella. Haastateltavat kertoivat, että konsultointiapua pystyttiin pyytämään suoraan toisen erikoisan lääkäritä tai henkilökunnalta. Moniammatillinen yhteistyö syöpäpotilaan kivunhoidossa kehittyi 2000-luvulla parempaan suuntaan

ja tänä päivänä syöpäkivunhoidossa käytetään useiden eri alojen ammattilaisia hyödyksi, kuten eräs haastateltu kertoi.

”Nykyisin kuuluu kuitenkin sosiaalityöntekijät, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutit, et saahaan niinku iso runko siihen ympärille silloin kun tarvitaan.” (H3)

Uusia lääkkeenantoreittejä ei juuri tullut enää 2000-luvulla, mutta tikkareiden käyttö syöpäkivun hoidossa lisääntyi selvästi vuosituhannen taitteessa. Kielen alle laitettavien lääkkeiden kehityksestä kertoo seuraava kommentti.

”Silloin ihan aluks oli tämmönen Temgesic, että semmonen oli kyllä, mutta oikeestaan voin sanoa, että tällä hetkellä on useammanlaista, kolmee, neljää eri sorttia, mitä voipi joko poskessa sulatella tai tuolla kielen alla.” (H4)

”Tikkarit tuli siellä muistaakseni 2000-luvun alkupuolella ja niitä alettii enemmän käyttää ja ne tikkarit oli yhdessä vaiheessa vähän semmonen muoti-ilmiö. Ei ne tietysti kaikille potilaille käyny.” (H3)

Kipumittareiden käyttö kivunhoitotyössä yleistyi, mutta vasta 2000-luvulla sen muisteltiin olleen enemmän mukana käytännössä. Haastatteluissa myönnettiin, että kipumittarin käyttö on edelleen 2010-luvulla liian vähäistä ja niitä tulisi käyttää kivunhoitotyössä huomattavasti enemmän. Kaiken kaikkiaan kivun mittamisen ja arvioinnin todettiin kehittyneen viime vuosikymmenien aikana hyvään suuntaan. Ilmi tuli myös se, että kirjaamiseen tulisi panostaa enemmän, nimenomaan hoidon vaikuttavuuden arviointiin.

”Semmonen on tullu enempi, siis se arviointi, aikasemmin vaan annetaan se lääke ja taas seuraavan kerran annetaan ja kai se oli välillä vaikuttanutkin. Mutta viime aikoina panostettiin siihen, auttoko se mitenkään ja millä tavalla autto.” (H2)

Haastateltavat kertoivat, että 2000-luvulla tiedon määrä lääkkeistä, jotka luokitellaan huumausaineiksi, on lisääntynyt niin sairaanhoitajilla kuin potilaillakin. Haastatteluissa tuli kuitenkin ilmi, että omaisilla saattaa joskus olla jopa jyrkempi kanta vahvoihin kipulääkkeisiin verrattuna aikaisempaan. Ilmi tuotiin myös, että potilaan läheiset ovat nykyään vaativampia ja tietoisempia eri kivunhoitomenetelmistä. Vuosituhannen vaihtumisen jälkeen omaisten todettiin osallistuvan enemmän potilaan hoitoon, ja se on sairaanhoitajien mukaan potilaan voinnin kannalta hyvä asia, koska yleensä omaisen vaikutus potilaaseen on positiivinen. Haastatteluissa tuli kuitenkin ilmi, että hoitajat olivat kohdanneet sellaisiakin läheisiä, jotka ovat olleet syystä tai toisesta kipulääkitystä vastaan.

*”...pönkitti tavallaan sitä sairaan vastustusta niissä lääkkeissä, et siinä hän vaan menee sekavaks ja että haluatko olla loppuelämän sekava”
(H5)*

”Omaiset sano, että ei saa antaa kipulääkettä äitille, ku äiti menee niinku tokkuraan. Tottakai ne vähän väsyttää ne kipulääkkeet, se pitää ottaa huomioon, mutta se kipu on kaikista pahin.” (H1)

”Sitten ne (omaiset) oppivat huomaamaan, miten sitä pienennettiin sitä kipulääkettä ja tippanopeutta ja ne huomas sen ja sitten ne omin päin rupes pienentämään.” (H2)

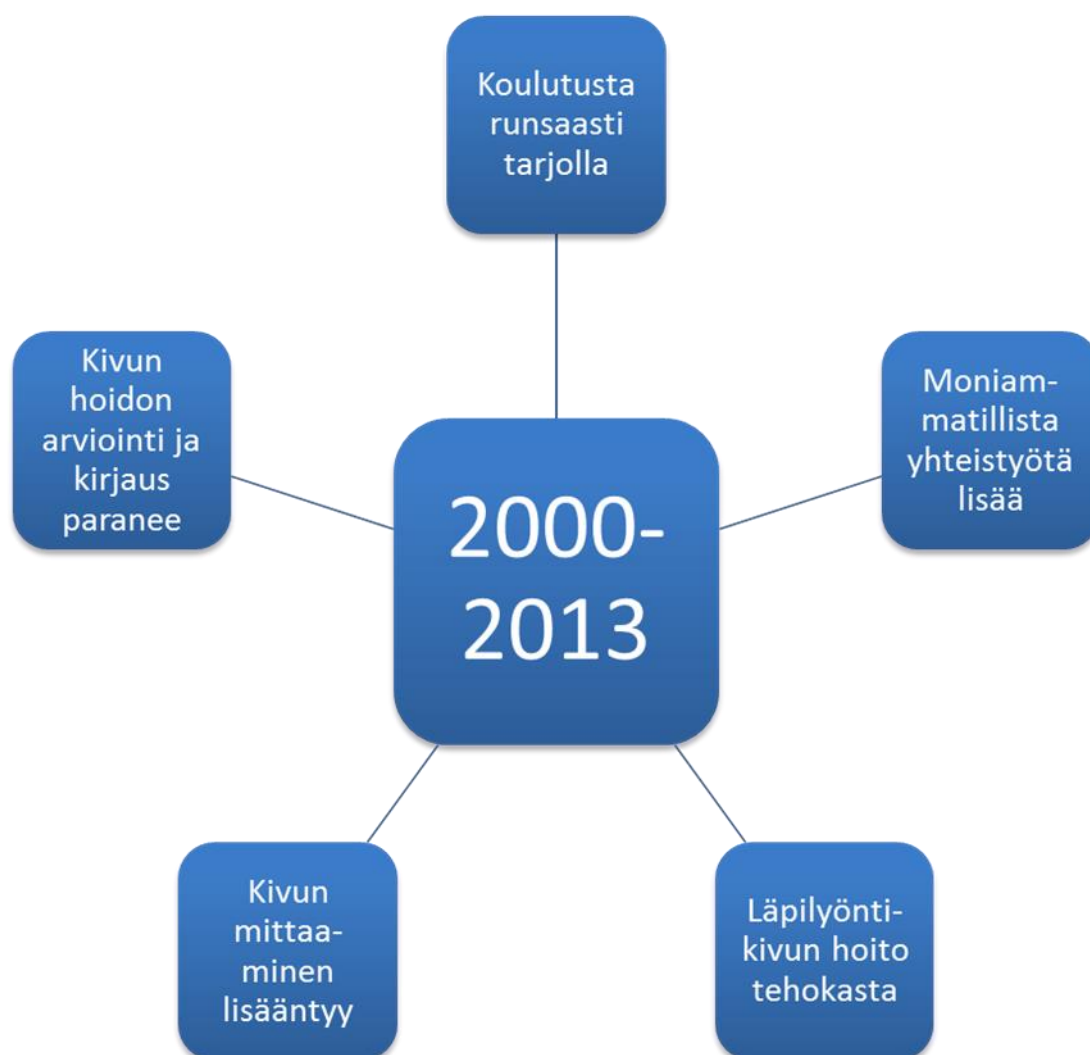
”Nytki oli tässä kuoleva potilas, joka oli niinku todella kipee ... ja ei olis niinku saanu antaa, tytär sano, että hän tekee valituksen jos me annetaan...” (H4)

Onneksi sairaanhoitajat muistelivat tämän kaltaisten tapahtumien olleen yksittäisiä ja yleensä yhteistyö omaisten kanssa on sujunut. Haastatteluissa painotettiin omaisten riittävää tiedon saantia ja tukea jaksamiseen hoitohenkilökunnan puolelta.

”Saatais ymmärtämään myös potilaan omainen sit sen et miks sitä kipua pitää hoitaa. Omaisten rooli on hyvin voimakas nykyään ja hyvin erilainen ku aikasemmin.” (H3)

”Omaisilla oli suuri vaikutus, jos on surkutteleva tai jatkuvasti itkevä, niin ei se kyllä ilahduta...” (H2)

Suotuisa kehitys syöpäkivunhoidossa jatkui vuosituhannen vaihtuessa (kuvio 3). Haastateltavat kuvasivat isoimpina edistysaskelina yhteistyön ja konsultaation parantumisen sekä koulutuksen ja kivun mittaamisen lisääntymisen. Erityisen tyytyväisiä oltiin myös läpilyöntikivun hoidon kehittymiseen.



Kuvio 3. Keskeisiä parannuksia kivunhoidossa vuosina 2000–2013

6.4 Kivunhoidon haasteita kolmenkymmenen vuoden aikana

Haastatteluissa tuli ilmi, että syöpäkipujen hoidossa on viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana riittänyt haasteita. Sairaanhoitajat kertoivat että kivunhoidossa merkitystä on ollut lääkrillä, jonka kanssa syöpäpotilaita on hoidettu. Ilmi tuotiin, että syöpätauteihin erikoistuneiden sekä työpaikassa pysyvämmin työskentelevien lääkäreiden kanssa yhteistyö oli kivunhoidossa parempaa. Keskustelu syövästä on haastattelujen mukaan lisääntynyt 1980-luvulta. Avoimemmin otetaan puheeksi myös se mihin sairaus saattaa johtaa ja elämän loppuvaihe. Potilaan ohjauksen kerrottiin myös muuttuneen vuosien kuluessa. Nykyään keskustellaan potilaan kanssa enemmän lääkkeitä ja kivunhoidon mahdollisuuksista, kun aikaisemmin keskustelun aloittaminen oli saattanut olla hyvinkin haastavaa. Lisäksi potilaat pyritään saamaan kokonaisvaltaisesti osallistumaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Sairaanhoidajien mukaan pelko mahdollisista kivuista on näyttäytynyt syöpäpotilailla kuitenkin joka vuosikymmenellä 1980-luvulta aina 2013-luvulle saakka.

”Onhan se muuttunu ... syövästä puhutaan paljon enemmän nykyisin. Mutta vaikka siitä puhutaan, niin se on suurimmalle osalle, että kun sanotaan, että on syöpä, niin se on yhtä kuin kuolema ... siitä puhuminen ei oo must niinku vähentäny sitä semmosta pelkoa ja ahistusta, mitä se aiheuttaa, se diagnoosi.” (H3)

Läpilyöntikivun hoidon koettiin haastateltavien keskuudessa kehittyneen merkittävästi. Kehitys alkoi, kun alettiin puhua enemmän kipujen ennakoinnista. Lisäksi pystyttiin luopumaan vanhasta ajattelutavasta antaa kipulääkettä aina vain tietyin väliajoin. Sairaanhoitajat kertoivat, että nykyään syöpäkipunhoitoon on saatavilla runsaasti koulutusta. Sairaanhoitajat korostivat omaa aktiivisuutta tiedon hakemiseen. Kivunhoidosta pidetään nykyisin myös paljon seminaareja sekä tehdään siihen liittyviä projekteja. Tämä kehityssuuntaus koettiin erityisen hyvänä.

Erityisiksi haasteiksi uran aikana sairaanhoitajat nimesivät kipupumppujen käyttöönoton ja niiden opetteluun. Osa oli saanut niihin perehdytystä, mutta toisilla

oppiminen oli ollut omasta aktiivisuudesta kiinni. Myös muuta hoitotyöhön 2000-luvulla uutena tullutta tekniikkaa pidettiin haastavana. Monelle oli jäänyt mieleen myös erityisesti hyvin kivuliaiden potilaiden hoitaminen sellaisissa tilanteissa, kun lääkäriä ei ollut paikalla konsultoimassa kivunhoitoa. Myös tilanteet, joissa potilaille oli määrätty kipulääkkeitä erityisen suuri määrä, muistettiin hyvin.

”Muistan ihan selvästi ite kun lääkäri oli sanonu, että pitää laittaa suoneen potilaalle tietty määrä kipulääkettä ja potilas melkein menehty heti ... se on oikeeta kivunhoitoa ja potilas olis todennäköisesti menehtyny muutenki, mut hän olis menehtyny vielä kipeenä.” (H3)

Haastatteluissa tuli ilmi, että palliatiivinen sedaatio oli tuttu sairaanhoitajille. Toimipaikkakohtaisia eroja kuitenkin löytyi. Joissain paikoissa tätä hoitomuotoa toteutettiin säännöllisesti työssä, mutta oli myös niitä, jotka olivat kohdanneet vain yksittäistapauksia 2010-luvulla. Keskustelu palliatiivisesta sedaatiosta oli sairaanhoitajien mukaan alkanut 2000-luvulla ja haasteena pidettiin sitä, miten tietoa ja keskustelua saataisiin jatkossa tästä kivunhoitomenetelmästä vielä lisää. Sairaanhoitajat olivat lukeneet palliatiivisesta sedaatiosta esimerkiksi alan lehdistä. Jonkin verran tutumpi kivunhoito oli lyhyempi sedaatio, jossa psykiatrin konsultoimana oli yhdistetty kipulääkkeeseen rauhoittava lääke. Spinaalitalaan kivunhoitotarkoituksessa laitettavia katetreja olivat sairaanhoitajat kohdanneet vaihtelevasti. Sairaanhoitajat tiesivät kyllä, että niitä oli mahdollisuus käyttää syöpäpotilaan kivunhoidossa ja joissain toimipaikoissa niiden käyttö oli ollutkin säännöllistä. Toisissa paikoissa haastetta sairaanhoitajien työhön oli tuonut juuri se, että niitä oli tullut vain harvakseltaan vastaan.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli saada selville sairaanhoitajien kokemuksia syöpäpotilaan lääkkeellisen kivunhoidon kehityksestä 1980-luvulta

2013-luvulle. Teoriapohjaan etsittiin tietoa syöpäkivusta ja siihen liittyvästä lääkityksestä. Sen tarkoitus on antaa taustaa tutkimukselle ja helpottaa lukijaa ymmärtämään tutkimustuloksia. Itse syöpää sairautena ei käyty läpi. Kivunhoitotyön osuudessa keskityttiin sairaanhoitajan rooliin sekä niihin asioihin, mitkä käytännössä ohjailevat hoitajan työtä lääkkeellisessä kivunhoidossa. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä auttaa ymmärtämään esimerkiksi jotakin toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa lääkkeellisestä kivunhoitotyöstä syöpäpotilaille. Tarkoitus on tuoda esille siinä kolmenkymmenen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia, koska nykypäivän hoitotyön käytänteiden ymmärtämistä helpottaa joskus tutustuminen sen historiaan. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on kannustaa keskusteluun kivunhoidon epäkohdista, tuomalla esille sairaanhoitajien omia kokemuksia aiheesta.

Kaikki viitekehykseen otetut tutkimukset eivät ole suoraan vertailukelpoisia tämän opinnäytetyön kanssa. Mukana on paljon kansainvälisiä tutkimuksia, ja eri valtioilla on omat hoitotyön käytänteensä ja hoitosuosituksensa. Ulkomaisten tutkimusten mukana olo kuitenkin lisäsi mielenkiintoa analyysivaiheessa sen takia, että löytyisikö maitten väliltä kenties yhdistäviä asioita.

Lääkeaineista parasetamolin suosio lievemmissä kiputiloissa 1980- ja 1990-luvulla tuli esille haastatteluissa. Tätä tukee myös Ainsworthin (2012, 165) tutkimus, jonka mukaan parasetamoli oli tuohon aikaan lääkeaineryhmässään suosituin kipulääke vähäisten haittavaikutusten takia. Adjuvanttien käyttö oli melko suppeaa, esille nousi vain joitakin epilepsialääkkeitä ja antipsykootteja. Tutkittua tietoa adjuvanttien tehosta kivunhoidossa on kuitenkin julkaistu jo vuosikymmenien takaa (Scadding 2004, 4). Tulehduskipulääkkeiden niukka valikoima korostui. Hoitajat muistivat käytössä olleen vain muutamia vaikuttavia aineita. Näiden lääkkeiden käytön yleisyydestä 1980- ja 1990-luvulla ei löytynyt aiempia tutkimuksia. Nykyään saatavilla on runsas valikoima eri tulehduskipulääkkeitä. Niitä suositellaan käytettävän lievemmissä syöpäkivuissa sekä luustokivuissa (WHO, 2013).

Opioideja määrättiin potilaille 1980-luvulla vielä verrattain vähän (Hovi 1999, 126; Vuorinen, Vainio & Reponen 1997, 288). Aaltosen (2000, 204) tekemän tutkimuksen mukaan opioidien käyttö kivun hoidossa kasvoi 1990-luvulla. Samanlaisia tuloksia saatiin myös tällä opinnäytetyöllä. Haastatteluissa muistettiin parhaiten opioideista käytössä olleen morfiinin ja aiemmin on tutkittu (Kalso 2013, 887) sen olleen eniten käytetty opioidi. Muista haastatteluissa mainituista opioideista esimerkiksi petidiini on nykyään enemmän käytössä synnytyskivun hoidossa (Tiitinen 2013).

Ennakkoluulot ja asenteet huumausaineiksi luettavia lääkkeitä kohtaan, niin hoitohenkilökunnalla kuin potilaillakin, nousivat samanlaisina teoriassa (Foley 1989, 2261; Kalso 2009, 192) ja muistitiedossa. Erityisesti 1980-luvulla hoitajilla pelot kohdistuivat hengitystä lamaavaan vaikutukseen ja potilailla taas mahdolliseen riippuvuuteen. Tässä tutkimustulokset olivat yhteneväisiä, kuten myös siinä, että potilailla on edelleen vuonna 2010 pahin pelko lääkkeisiin mahdollisesti muodostuvaa riippuvuutta kohtaan. 1980-luvulla kipulääkettä annettiin aina tiettyinä kellonaikoina, eikä ylimääräistä lääkitystä tunnettu. Tässä vaikutti olevan hieman toimipaikkakohtaisia eroja. Tätä tukevia aikaisempia tutkimuksia ei löytynyt, mutta kiinnostavaa oli, että Foleyn (1989, 2260) tutkimuksen mukaan se on aiheuttanut keskustelua jo 1980-luvulla, mutta näyttöä parhaasta tavasta annostella opioideja ei vielä silloin ollut.

Aikaisemmin on tutkittu (Foley 1989, 2260; Kemp 1999, 73), että 1980-luvulla buprenorfiinia käytettiin vaikuttavana aineena kielen alle laitettavissa lääkkeissä. Vasta myöhemmin 1990-luvulla tuli käyttöön fentanyyli, jota käytettiin myös laastareissa. Samaan tulokseen lääkeaineiden osalta tultiin myös tässä opinnäytetyössä. Poikkeuksena aiempiin tutkimuksiin oli se, että laastareiden tulo kivunhoitoon tapahtui tämän opinnäytetyön mukaan vasta 1990-luvulla kun taas aiempi näyttö (Foley 1989, 2260) kertoi sen tapahtuneen jo 1980-luvulla. Foleyn tekemä tutkimus oli yhdysvaltalainen, mikä saattaa selittää sen, että kyseinen kivunhoitomenetelmä on ollut siellä jo aiemmin käytössä. Lämpilyöntikivunhoidossa käytettiin 2000-luvulla (Hänninen 2003, 102; Suomen kivunhoitoyhdistys 2007, 17) niin sanottuja tikkareita. Sama tieto saatiin myös tässä opinnäytetyössä, mutta lisäksi tieto siitä, että niiden käyttö olisi 2010-luvulla vähentynyt.

Tässä opinnäytetyössä tuli esille, että per oraalisen lääkkeenantotavan ja injektoiden keskinäinen suhde ei ole oleellisesti vuosien mittaan muuttunut. Tulos on ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan 1980-luvulla olisi selvästi siirrytty injektoitavista lääkkeistä suun kautta otettaviin (Blake 1988, 111). Kipupumpuista ei löytynyt aikaisempaa tutkimustietoa niiden käytön yleisyydestä. Tässä opinnäytetyössä todettiin, että kipupumppujen käyttö alkoi 1990-luvulla, ja niissä yleisimmin käytetty lääkeaine oli morfiini. Morfiinin osalta tätä tuki myös aiempi näyttö (Thomas 1996, 50). Spinaalitaalain laitettuja katetreja kirjallisuuden (Nurminen 2011, 53) mukaan hyödynnetään vaikeissa syöpäki- vuissa. Haastatelluilla sairaanhoitajilla oli kuitenkin verrattain vähän kokemusta tästä lääkkeenantotavasta. Siitä huolimatta, että moni haastateltu oli työskennellyt vaikeasti kivuliaiden potilaiden parissa.

Keskustelu syövästä on lisääntynyt runsaasti 1980-luvulta (Linden 1995, 62). Tiedon ja riittävän informaation jakaminen on tehnyt sen, että potilaat osallistuvat aktiivisemmin omaan hoitoonsa. Sama tulos saatiin myös tässä opinnäytetyössä. Lisäksi opinnäytetyössä todettiin, että keskustelu palliatiivisesta sedatiosta alkoi 2000-luvulla. Tulos on ristiriidassa aiemman näytön kanssa, jonka mukaan keskustelu alkoi jo 1990-luvulla (Hänninen 2003, 230). Tämän saattaisi selittää paikkakuntakohtaiset erot. Erikssonin (1999, 236) mukaan omaisten jatkuva surkuttelu haittaa potilaan kuntoutumista ja tämä tuli hyvin todennettua tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä sairaanhoitajat muistelivat omaisilla olleen negatiivisia asenteita vahvoja kipulääkkeitä kohtaan. Yhteneväinen tieto löytyi myös Kuuppelonmäen (2002, 705) aikaisemmasta tutkimuksesta.

Aiempien tutkimusten (Hovi 1999, 127; Vuorinen, Vainio & Reponen 1997, 290) mukaan kivun mittaaminen ei ollut 1980-luvulla, eikä vielä 1990-luvulla yleistä. Kipumittareiden olemassaolo tiedettiin, mutta niiden käyttö oli hyvin vähäistä. Tämä todettiin myös tässä opinnäytetyössä. Haastattelussa esille tuotiin lisäksi hoidon tulosten arvioinnin puutteellisuus. Sitä harvoin kirjattiin potilastietoihin. Tästä löytyi myös aiempaa näyttöä (Vuorinen ym 1997, 290; Vartiainen 2000, 22). Hoitajien ja lääkärin välinen yhteistyö on muuttunut merkittävästi viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Haastateltavat kokivat sen parantuneen selvästi. Aikaisemmin on tutkittu (Kuuppelonmäki 2002, 705) sen olleen vielä

2000-luvullakin haasteellista ja ammattiryhmien välillä esiintyvän luottamuspu-
laa. Tulokset olivat siinä mielessä ristiriitaisia aiemman tutkimuksen kanssa,
että tässä opinnäytetyössä yhteistyön koettiin parantuneen erityisesti 2000-
luvulla. Kuuppelonmäen (2002) tutkimuksessa aineisto on saatettu kerätä jo
ennen vuotta 2000, joka selittäisi ilmi tullutta ristiriitaa tämän opinnäytetyön
kanssa. Haastatteluissa esille tuotiin erilaisten organisaatiokohtaisten käytän-
teiden ja henkilökunnan sosiaalisten taitojen vaikuttavuus yhteistyöhön, ja ne
selittänevät osaltaan tutkimustulosten eroa.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikalla tarkoitetaan moraalista näkökulmaa asioihin (Kuula 2006, 21). Tutki-
muksen tekoon liittyvät tutkimuseettiset periaatteet. Hyvä tieteellinen käytäntö
on pohja tutkimuksen teolle. Erilaiset eettiset kysymykset, jotka koskevat esi-
merkiksi, kuinka tietoa hankitaan, on huomioitava. Ihmisarvon loukkaamista ja
valheellisuutta tulee välttää kaikin tavoin (Hirsjärvi ym. 2010, 23–25) ja tutki-
muksen tulee ehdottomasti perustua siihen osallistuvien henkilöiden omaan
halukkuuteen (Kuula 2006, 87). Tähän opinnäytetyöhön osallistuneille sairaan-
hoitajille korostettiin vapaaehtoisuutta. Haastateltaville kerrottiin myös, että heil-
lä oli oikeus missä tahansa vaiheessa perua osallistumisensa. Tämän huomi-
oon ottaminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön (Hirsjärvi ym. 2010, 25).
Vapaaehtoisuuden takia haastateltavien löytäminen ja siihen motivoiminen
saattaa olla haastavaa. Aina ei ole helppoa perustella, mitä konkreettista hyötyä
juuri tästä tutkimuksesta on. Ajatus yleisen hyvän tuottamisesta voi joskus riittää
motiiviksi osallistua. (Kuula 2006, 156, 160.)

Tarkasti ja huolellisesti tehty tulosten taltiointi sekä niiden julkaiseminen
kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön (Kuula 2006, 34). Tämän opinnäyte-
työn eettisyyttä lisää se, että haastattelumateriaali on käyty useaan kertaan läpi
erityistä tarkkaavaisuutta noudattaen. Aineistoa tutkiessa opinnäytetyön tekijälle
nousi esiin erilaisia eettisiä kysymyksiä: Mitä asioita on oikeudenmukaista jättää
ja mitä ottaa mukaan tutkimuksen tuloksiin ja millä perusteella? Onko tekijä
ymmärtänyt varmasti oikein sen, mitä haastateltava on halunnut sanoa? Koke-

mattomuus tutkijana saattaa vähentää tämän opinnäytetyön luotettavuutta, mutta eettiseen pohdintaan käytettiin aikaa ja se koettiin erityisen tärkeäksi. Esimerkiksi ääninauhat kuunneltiin kuulokkeiden kautta, jotta kukaan ulkopuolinen ei niitä kuulisi ja tallenteet hävitettiin välittömästi kuuntelujen jälkeen.

Tieteelliselle tutkimukselle on omat tietyt vaatimukset. Näissä korostuvat esimerkiksi se, että tutkijan oma ajatusmaailma ei vaikuta esitetyn väitteen totuuteen, tutkimuksessa saatu tieto on kaikkien ulottuvilla ja sitä on mahdollista tarkastella kriittisesti. (Hirsjärvi ym. 2010, 19–21.) Tämän opinnäytetyön tekijällä on vain vähän hoitotyön kokemusta ja näin ollen ei juurikaan ennakoasenteita aiheeseen, mikä lisää eettisyyttä tässä työssä. Tutkimustulokset on esitelty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja ne on tuotu esille juuri siinä muodossa kuin ne ovat tekijälle tulleet. Valmis opinnäytetyö on kaikkien luettavissa, ja sen prosessia, luotettavuutta ja uskottavuutta voi vapaasti arvostella. Suomessa terveydenhuoltoon kohdistuvaa tutkimusta ohjaa terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta eli ETENE. Sen toimenkuvaan kuuluu antaa koulutusta ja ohjeistuksia eettisistä kysymyksistä. (Kuula 2006, 32.) Opinnäytetyön analyysivaiheessa olleista hankaluuksista keskusteltiin opinnäytetyön ohjaajan kanssa, koska hyvää tutkimusetiikkaa on myös kyky keskustella avoimesti eteen tulevista ongelmista (Kuula 2006, 39).

Hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaan plagiointia ei pidä harrastaa. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tuotoksen käyttämistä omana. Sitä voidaan pitää varkautena ja täten tuomittavana tekona. (Hirsjärvi ym. 2010, 26, 122.) Tekijänoikeutta ohjaa myös tekijänoikeuslaki (404/1961), joka alkaa näin ”sillä, joka on luonut kirjallisen tai taiteellisen teoksen, on tekijänoikeus teokseen” (1. §). Tässä opinnäytetyössä lähdeluettelo on laadittu huolellisesti ja lähdeviitteet on merkitty oikeaoppisesti. Toisen artikkelia lainatessa lähdemerkintöjen käyttäminen on erityisen tärkeää ja niiden tulee olla tieteellisen kirjoittamisen ohjeiden mukaisia (Hirsjärvi ym. 2010, 26, 122).

Tuomen ja Sarajärven (2009, 73) mukaan etukäteen lähetettävä tiedonantokirje on haastattelun onnistumisen kannalta suositeltavaa sekä eettistä. Haastateltavista neljälle lähetettiin vähintään viikkoa ennen haastattelun toteutumista kirje

(liite 1), jossa kerrottiin, mihin haluttiin heidän muisteluissaan keskittyvän. Yksi haastateltavista sai tuon kirjeen viisi päivää ennen haastattelua, koska ainoa sopiva ajankohta haastattelun toteuttamiseksi löytyi viikon päähän puhelinsoitosta. Haastattelujen edetessä opinnäytetyön tekijä huomasi, että etukäteistiedonantolomakkeeseen olisi voinut laittaa mukaan enemmän apukysymyksiä, jotka olisivat helpottaneet haastateltavien muistelutyötä.

Opinnäytetyössä on eettistä pyytää tutkimukseen osallistuvilta etukäteen suostumus eli *informed consent*, johon he ovat saaneet tutustua ennakkoon. Suostumuksessa annetaan osallistujalle mahdollisimman paljon tietoa tutkimuksesta ja korostetaan avoimuutta ja rehellisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2010, 25.) Tässä opinnäytetyössä lähetettiin haastateltaville etukäteen täytettäväksi suostumus (liite 2), jonka he ottivat mukaan haastatteluun. Puhelimitse sekä Skype-tietokoneohjelman avulla haastatellut sairaanhoitajat saivat oman suostumuslomakkeensa ohessa palautuskuoren, jossa he palauttivat lomakkeen opinnäytetyön tekijälle postitse siihen tutustuttuaan. Suostumuslomakkeessa korostettiin sitä, että haastattelun litteroinnin jälkeen äänitallenne hävitetään ja aineistoa käsitellään niin, että haastattelussa esille tulleita henkilöitä ei voida tunnistaa.

Anonymiteettiin liittyvät asiat ovat erityisen tärkeitä arkaluontoisia asioita sisältävässä tutkimuksessa, mutta lisäksi tutkijan tulee aina käsitellä aineistoaan niin, ettei osallistujien yksityisyysuoja vaarannu (Kuula 2006, 87, 129). Tämän opinnäytetyön aineistoa läpikäydessä, litteroinnissa sekä raporttia kirjoittaessa käytettiin haastateltavista lyhennettä H1 (haastateltava 1), H2 ja niin edelleen anonymiteetin säilymiseksi. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen kaikki haastatteluihin liittyvä aineisto hävitettiin polttamalla.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta eli *reliability* ja pätevyyttä eli *validity* tulee pystyä tarkastelemaan. Reliaabelius tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulos ei ole sattumaa vaan saman tutkimuksen uudelleen tekeminen tuo myös saman vastauksen. Validius kertoo onko todella saatu vastaus juuri siihen mitä on tutkittu.

Haastattelututkimusta tehdessä ei voida tukeutua perinteisiin malleihin luotettavuuden ja pätevyyden arvioimisessa. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.) Opinnäytetyön prosessia kirjoitettiin säännöllisesti ja tutkimuksen etenemisestä tehtiin huolellisesti muistiinpanoja, koska Hirsjärven ym. (2010, 232) mukaan luotettavuutta parantaa se, jos tutkija selvittää tarkasti, miten tutkimus on toteutettu. Aineiston keruun yhteydessä ja muissa tutkimuksen vaiheissa tapahtuneista mahdollisista häiriöistä ja olosuhteista on mainittava raportissa. (Hirsjärvi ym. 2010, 232.) Työn luotettavuutta lisäävät tutkijan taidot perustella tulkitintojaan (Hirsjärvi ym. 2010, 233). Tähän työhön pyrittiin saamaan reliaabeliutta raportoinnalla tarkasti työn eri vaiheita ja perustelemalla tehtyjä johtopäätöksiä. Osa haastateltavista toi esille huolensa siitä, etteivät he muistaisi tarkkoja vuosilukuja. Tässä työssä tarpeellista oli lähinnä määritellä tapahtumat tietyille vuosikymmenille. Kaikkia kivunhoitotyössä tapahtuneita muutoksia ei pystytty sijoittamaan aikajanelle ja ne päädyttiin jättämään kokonaan analyysin ulkopuolelle. Eri aikakausista tehtiin myös johtopäätöksiä kunkin haastateltavan työuran mukaan. Esimerkiksi jos sairaanhoitaja oli valmistunut 1980-luvulla ja kertoi tapahtumien sattuneen uran alkuaikoina, niin opinnäytetyön tekijä päätteli silloin tapahtumien sijoittuneen 1980-luvulle.

Lähdekriittisesti ajateltuna tieto, joka perustuu muistiin, on epäluotettavaa. Ajan kuluessa suhtautuminen asioihin saattaa muuttua. (Kalela 2000, 90.) Portellin (2006) mukaan historian tutkimukseen kuuluu oleellisesti se, että mitä kertojat uskovat muistavansa on yhtä todellista kuin mitä on oikeastikin tapahtunut. Suullisten lähteiden luotettavuus poikkeaa muista lähteistä, mutta ei voida väittää, ettei se olisi reliaabelia ja totta. Huomion arvoista on, vaikka muisti saattaa vääristää tapahtumia, myös muistin kyky jäsentää niitä, voi olla hyödyksi muistitietotutkijalle. (Portelli 2006, 56–58). Tässä opinnäytetyössä tarkoitus oli, että sairaanhoitajat kertoisivat kivunhoidossa tapahtuneista muutoksista tarinoita, joita muistavat. Käytännössä haastattelija joutui tekemään runsaasti lisäkysymyksiä aiheesta. Haastattelun tekijän tulee kiinnittää huomiota siihen, että lisäkysymysten esittämisessä piilee riskejä. Kysymykset, joita esitetään muokkaavat väistämättä haastateltavan tarinaa (Gudmundsdottir 1996, Erkkilän 2008, 206 mukaan). Luotettavuutta pyrittiin lisäämään luomalla haastattelutilanteet rauhallisiksi ja kiireettömiksi.

Hirsjärven ym. (2010, 233) mukaan tutkijalla tulisi olla kyky arvioida vastauksia. Tämän työn luotettavuuteen vaikuttaa se, että opinnäytetyön tekijä kokemattomuutensa takia saattaa ymmärtää joitakin haastattelussa esille tulleita asioita väärin ja sitä kautta tekee vääriä johtopäätöksiä. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tässä työssä on käytetty paljon ulkomaalaisia lähteitä. Varsinkin historian näkökulmaan otetut lähdeviitteet ulkomailla tehdystä hoitotyöstä ja hoitosuosituksista voivat poiketa Suomessa olleista käytänteistä. Lisäksi runsas englanninkielisten lähteiden käyttö heikentää työn luotettavuutta, koska se ei ole opinnäytetyön tekijän äidinkieli. Artikkeleiden kääntäminen suomen kielelle on pyritty tekemään kuitenkin huolellisesti.

Suomalaisesta syöpäpotilaan hoitotyön historiasta löytyi verrattain vähän tietokirjallisuutta, ja tästä syystä käytettiin myös joitakin hoitotyön oppikirjoja lähteinä. Apua tiedon hakuun saatiin myös tiedonhaun ammattilaisilta. Aineistoa etsittiin muun muassa sellaisista tietokannoista kuten Chinal, Ovid ja Ebsco, sekä suomalaisesta Medic -tietokannasta. Moni käyttökelpoinen artikkeli jäi työstä pois maksullisuuden takia. Opinnäytetyön historiaa tutkivan luonteen vuoksi mukaan on otettu paljon tietoa myös vanhemmista lähteistä, erityisesti 1970- ja 1980-luvulta. Lähteiden alkuperä tarkistettiin ja työhön otettiin vain tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja. Tämän opinnäytetyön teoriapohjan tarkasti lääkäri ja se lisää työn luotettavuutta (Vilkka & Airaksinen 2003, 58). Sekundaarilähteitä pyrittiin välttämään. Pro gradu- ja opinnäytetöistä katsottiin lähinnä lähdeluetteloita.

7.4 Oppimisprosessi

Työtä aloittaessa ei tekijällä ollut selvää kuvaa tämän kaltaisen tutkimuksen teosta. Haastetta lisäsi tutkimusmenetelmän valinta, joka ei ollut yleinen korkeakoulutason opinnäytetöissä. Tästä metodista löytyi kuitenkin kirjallisuutta, ja sen avulla päästiin alkuun. Alusta lähtien oli selvää, että tavoite on saada työ valmiiksi keväällä 2014. Aikaa vievin osuus opinnäytetyössä oli viitekehyksen koostaminen. Syöpäpotilaan hoitotyön historiasta ja lääkehoidosta ei aluksi löytynyt luotettavia lähteitä. Englanninkielisten artikkeleiden suomentaminen vei

myös runsaasti aikaa. Haastattelujen tekeminen jännitti, mutta kokemuksen karttuessa rentous löytyi ja haastatteluista jäi erittäin miellyttävä muisto tekijälle. Raportin kirjoittaminen oli pääasiassa mielekästä aiheen ollessa kiinnostava. Tuskastumista aiheutti välillä ajanpuute, joka johtui muista koulu- ja työtehtävistä. Opinnäytetyö tehtiin yksin, ja se sopi hyvin sekä tekijän luonteelle, että elämäntilanteeseen. Pienryhmätapaamisia oli säännöllisesti, ja ne antoivat rytmiä aikataulussa pysymiseen sekä työn etenemiselle. Henkilökohtaista ohjausta haettiin aktiivisesti erityisesti analyysintekoaikana.

Opinnäytetyön tekeminen kasvatti tekijässä vahvasti sairaanhoitajan identiteettiä ja ammatillista kasvua. Se antoi myös uusia näkökulmia hoitotyöhön. Tutkimustyön tekeminen haastattelujen avulla oli mielenkiintoista ja antoisaa. Proessin aikana tekijä oppi arvioimaan lähteiden luotettavuutta sekä suhtautumaan kriittisesti kaikkeen saatavilla olevaan tietoon. Tämä aihe lisäsi tekijän ammatillista osaamista, sekä antoi hyvän tietopohjan kivunhoidosta tulevaisuuden työkentille.

7.5 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyö tuotti haastattelujen avulla arvokasta aineistoa ja niiden pohjalta tuloksia, jotka ovat hyödynnettävissä oppimateriaalina tai tietolähteenä kaikille kivunhoitotyön historiasta kiinnostuneille. Tutkimus on yksi tavoista löytää ratkaisuja ongelmiin, ja sen avulla saatu tieto antaa näkökulmia uudelleenlaisille ajattelumalleille. (Hirsjärvi ym. 2010, 18.) Sairaanhoitajilla on paljon hiljaista tietoa, joka on vaarassa jäädä jakamatta, jollei tämän tyyppisiä muistitietotutkimuksia tehdä. Muistitietoa keräämällä saadaan siirrettyä kokemustietoa myös tuleville sukupolville. Haastatteluissa tuli ilmi, että kivusta ja kivunhoidosta puhutaan vieläkin liian vähän ja lisäksi se, että varaa olisi panostaa siihen huomattavasti enemmän. Opinnäytetyössä on pyritty tuomaan esille, että kivunhoitotyössä on tapahtunut muutoksia vuosikymmenien aikana ja kehityksen kannalta tärkeää on tuoda ongelmakohtia reilusti esille ja keskustella niistä.

Joidenkin haastateltujen sairaanhoitajien työnantajat ilmaisivat halunsa saada valmis opinnäytetyö nähtäväksi ja hyödynnettäväksi työyhteisöön. Aihe ja tutkimusmenetelmä olivat herättäneet työyksiköissä kiinnostusta ja tämä tuntui opinnäytetyön tekijästä erityisen mukavalta. Myös ammattikorkeakoulu saa tästä työstä hyödyllistä aineistoa käyttöönsä, niin halutessaan. Kiinnostusta oppilaitoksessa herätti myös tutkimusmenetelmä, joka on ammattikorkeakoulutasolla harvinaisempi.

Jatkokehitysmahdollisuuksina opinnäytetyöllä on kerätä muistitietoa eri hoitotyön osa-alueiden sairaanhoitajilta. Erityisen kiinnostavaa olisi tehdä tutkimus tietyn osaston tai organisaation sairaanhoitajien muistitiedosta. Keskittyä voi myös tiettyyn aikakauteen. Mielenkiintoista olisi saada kuvaus leikkaussalitekniologian kehittymisestä hoitotyössä ja kuulla, miten sairaanhoitajat ovat kokeneet sen muuttumisen: Minkälaisia laitteita on ollut aikaisemmin käytössä ja miten heitä on koulutettu uusien laitteiden käyttöönottoon. Sen pohjalta voi kehittää esimerkiksi koulutusta parempaan suuntaan.

Kuten haastatteluissa tuli esille, syöpäkipu koetaan pelottavana, ja se aiheuttaa suurta ahdistusta potilaille. Kivunhoito koetaan usein haasteellisena ja se voi aiheuttaa sairaanhoitajille turhautumisen tunteita. Historiaan tutustuminen ja aikaisemmin käytössä olleiden toimintatapojen tunteminen auttavat ymmärtämään nykypäivänä tapahtuvia asioita helpommin. Opinnäytetyön tekijä halusi jakaa kokemuksia aiheesta, joka vaatii hoitajilta rohkeutta omassa työssään. Haastatteluissa korostui sairaanhoitajien oma aktiivisuus tiedon saamiseksi ja riittävä tahtotila kivunhoidon toteuttamiseksi. Toivottavaa olisi, että tämä työ käynnistäisi kivunhoidon parissa työskentelevillä keskustelua ja kehitysideoita omaan työyhteisöön.

Suomen syöpäjärjestö perustettiin vuonna 1936. Siitä lähtien tämä järjestö on tehnyt työtä syöpäpotilaiden eteen. Kaikesta kehityksestä huolimatta syöpäpotilaan kivunhoidossa löytyy vielä tänäkin päivänä haasteita. (Syöpäjärjestöt 2013.) Saman huolen toivat sairaanhoitajat esille haastatteluissa. Tulevaisuuden haasteiksi koettiin erityisesti moniammatillisuuden hyödyntäminen syöpäkivun hoidossa sekä sairaanhoitajien aktiivisuus tiedon ja koulutusten saamiseksi.

Arvostusta toivottiin lisää saattohoitopotilaiden hoitamiseen ja tärkeänä koettiin keskustelu esimerkiksi juuri palliatiivisesta sedaatiosta. Tarmokkuus ja halu asioiden eteenpäin viemiseksi ja kehittämiseksi jäi opinnäytetyön tekijälle mieleen monista haastatteluista. Sairaanhoidajissa näkyi aito välittäminen ja rohkeus toimia potilaan puolesta. Lääkkeellisen kivunhoidon tärkeydestä huolimatta, hoitajan rooli on moninainen, ja joskus ne pienet teot ovat kaikkein tärkeimpiä.

”Oli yks äiti ja oli hyvin kivulias ja kädet aivan turvoksissa. Lääkäri yritti löytää suonon, yritti löytää, lääkäri oli ystävällinen. Äiti oli siinä pitkälään ja ei voinu tehdä yhtään mitään ja hänelle tuli kyyneleet silmiin. Minä otin harsotaitokset ja kuivasin ne molemmat silmät, enkä puhunu mitään. Jälkeenpäin äiti sano, että voitko sinä kuvitella miltä minusta tuntu. Usein ne puheet ja sanat ei oo tärkeitä. Minäkään en tehny muuta ku kuivasin ne kyyneleet.” (H2)

Lähteet

- Aaltonen, M. 2000. Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.–M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 199–217.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ainsworth, S. 2012. Paracetamol: It's a long story. *Nurse Prescribing* 10 (4), 165.
<http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?vid=91&sid=230ee5ba-a577-471c-957c-6dbf110ad8b7%40sessionmgr115&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWkv3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011553033>. 18.11.2013.
- Ainsworth, S. 2013. Opium, into the arms of Morpheus. *Nurse Prescribing* 11 (8), 376.
<http://web.b.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8e76a69a-a8ed-43da-a38c-c25744dab918%40sessionmgr115&vid=2&hid=119>. 18.11.2013.
- Blake, G. 1988. Morphine: New Routes for Better Pain Relief. *Nursing* 18 (3), 111.
<http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a664fd7-8d0f-49ca-ad60-0d4dd9365c6e%40sessionmgr110&vid=2&hid=117>. 26.12.2013.
- Eriksson, E. 1999. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 225–242.
- Erkkilä, R. 2008. Narratiivinen kokemuksen tutkimus: Koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys, tulkinta ja ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 195–226.
- Fingerroos, O. & Haanpää, R. 2006. Muistitietotutkimuksen ydinkysymyksiä. Teoksessa Fingerroos, O., Haanpää, R., Heimo, A. & Peltonen, U. - M. (toim.) Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 25–48.
- Foley, K. 1989. Controversies in Cancer Pain. *Cancer*. 63, 2257–2265.
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19890601\)63:11%3C2257::AID-CNCR2820631134%3E3.0.CO;2-6/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19890601)63:11%3C2257::AID-CNCR2820631134%3E3.0.CO;2-6/pdf). 26.12.2013.
- Haylock, P. J. 2011. Cancer Nursing: The Modern Era. *Oncology Nursing Forum* 38 (6), 7–14.
<http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?vid=129&sid=230ee5ba-a577-471c-957c-6dbf110ad8b7%40sessionmgr115&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWkv3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011334106>. 20.11.2013.
- Helin-Salmivaara, A. & Sairanen, S. 2001. Projektista prosessiksi. Rationaalinen lääkehoito-ohjelma ROHTO 1998–2001. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy. http://www.rohto.fi/doc/Rohto_rap.pdf. 5.10.2013.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Holli, K. 2006. Palliatiivinen hoito. Teoksessa Hakama, M., Hakulinen, T., Johansson, R., Rautalahti, M. & Vertio, H. (toim.) Syöpä 2015. Syöpäjärjestöjen julkaisuja nro 68. Helsinki: Syöpäsäätiö, 51–54.
- Hovi, S.–L. 1999. Kipua kokevan syöpäpotilaan hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY, 113–128.
- Huttunen, M. 2008. Terveyskirjasto. Monien lääkkeiden käyttäminen samanaikaisesti. Helsinki: Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=lam00015&p_teos=lam&p_osio=103&p_selaus=. 19.10.2013.
- Hyyppä, M. 1982. Kivun kasvot. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2008. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas.
<http://www.cancer.fi/@Bin/23290203/Saatto%EE%80%80hoito%EE%80%81-opas2008.pdf>. 11.4.2014.
- Idman, I. & Aalberg, V. 2013. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.–L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 859–872.
- Isola, J. & Kallioniemi, A. 2013. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.–L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 9–28.
- Janes, R. 2013. Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00397&p_haku=palliatiivinen%20hoito. 28.4.2014.
- Kaasila, R. 2008. Eri lähestymistapojen integroiminen narratiivisessa analyysissä. Teoksessa Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K.E. (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 41–66.
- Kalela, J. 2000. Historian tutkimus ja historia. Helsinki: Gaudeamus.
- Kalso, E. 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 181–219.
- Kalso, E. 2013. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.–L., Jyrkkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 873–896.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009a. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 52–63.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009b. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 75–103.
- Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. 2009. Kivunhoitomenetelmien vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172–180.
- Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A.–M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104–115.
- Kemp, C. 1999. What's in the Literature. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 1 (2), 73–74.

- <http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e1ee421c-8dc3-41b5-bfc0-7c368bc0aae7%40sessionmgr110&vid=34&hid=117>. 26.12.2013.
- Kokkinen, J. 2012. Sairaanhoidajan käsikirja. Syöpäkivun kokonaishoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti>. 3.2.2014.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Kuuppelonmäki, 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.a.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2287a150-eea4-4f25-a3aa-d006300220e0%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4204>. 7.2.2014.
- Käypä hoito -suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063#s17>. 1.2.2014.
- Laitinen, M. & Uusitalo, T. 2008. Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämäkokemusten tutkimisessa. Teoksessa Kaasila, R., Rajala, R. & Nurmi, K.E. (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 106–150.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Linden, M. 1995. Muuttuva syövän kuva ja kokeminen. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research. Pro Gradu.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Lumme-Sandt, K. 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 125–144.
- Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2004. Koulutus ja kehittäminen. Rationaalinen lääkehoito. <http://www.rohto.fi/index.php?k=4986>. 4.12.2013.
- Lääkelaki 1987/395.
- Malmberg, L. 2000. Miten hoitaa kipua lääkkeillä. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A.–M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 185–198.
- Nurminen, M.–L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Paakkari, P. 2013. Kipulääkkeet. Turvallinen käyttö. Parasetamoli on turvallisempi.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dllk00649&p_haku=#s6. 11.4.2014.
- Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120 (6), 665–671.
[http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94162&p_haku=koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä](http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94162&p_haku=koskeeko%20syopapotilaan%20kipu%20laakaria). 22.11.2013.
- Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden klafikaatiovaatimukset. *Tutkimuksia* 80. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

- Portelli, A. 2006. Mikä tekee muistitietotutkimuksesta erityisen? Teoksessa Fingerroos, O., Haanpää, R., Heimo, A. & Peltonen, U. - M. (toim.) Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 49–64.
- Rautava-Nurmi, H., Sjövall, S., Vaula, E., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2010. Neste- ja ravitsemushoito. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.–M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 30–38.
- Sainio, C. & Lauri, S. 2002. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 41 (3), 250–260.
<http://web.a.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=205c3406-a69d-44ed-b2f4-04e07ef8f437%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4209>. 3.2.2014.
- Salanterä, S. 2002. Lähtökohtia näyttöön perustuvalle kivuliaan potilaan hoitotyölle. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö. 106–116.
- Salmi-Nikander, K. 2006. Tapahtuma, kertomus ja kerronta. Teoksessa Fingerroos, O., Haanpää, R., Heimo, A. & Peltonen, U.–M. (toim.) Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 199–220.
- Sankila, R. 2013. Syövän yleisyys, syyt ja ehkäisy. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.–L., Jyrkkö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29–48.
- Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A.–M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 23–29.
- Scadding, J. W. 2004. Treatment of Neuropathic Pain: Historical Aspects. *Pain Medicine* 5 (1), 3–8.
<http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?vid=88&sid=230ee5ba-a577-471c-957c-6dbf110ad8b7%40sessionmgr115&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWVvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2005035836>. 18.11.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Lääkepolitiikka 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 2007. Syöpään liittyvän kivun arviointi. Teoksessa Vuorinen, E. & Kalso, E. (toim.) Syöpäkivun hoito-opas, 6–9.
- Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 2011. Ohjeita ja oppaita. Kroonisen kivun hoito-opas.
http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf. 29.11.2013.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2013. Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. 24.12.2013.
- Suomen syöpärekisteri. 2013. Tilastot. Koko maa. Insidenssi aikajaksoittain.
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html>. 28.11.2013.

- Sykes, JV. & Hanks, GW. 1998. Nonopioid analgesics in the treatment of pain due to malignant disease. *Pain Reviews* (5), 32–50.
<http://web.ebscohost.com.tietopalvelu.karelia.fi/ehost/detail?vid=34&sid=0848d157-0396-4e1b-9072-f5f4307506fd%40sessionmgr115&hid=122&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2005019985>. 18.11.2013.
- Syöpäjärjestöt. 2013. Järjestö. Historia.
http://www.cancer.fi/syopajarjestot/suomen_syopayhdistys/historia/. 4.12.2013.
- Tallberg, M. 1997. Historiantutkimusmenetelmä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY. 187–204.
- Tekijänoikeuslaki 404/1961.
- Thomas, N. 1996. Patient-controlled analgesia. *Nursing Standard* 47 (10), 49–55. http://ovidsp.uk.ovid.com.tietopalvelu.karelia.fi/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=COMPPEILDHFLGBCFNKDDCGLMDIAA00&Link+Set=S.sh.67%7c93%7csl_10. 28.11.2013.
- Tiitinen, A. 2013. Synnytyskivun hoito. *Lääkärikirja Duodecim*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00883&p_haku=petidiini. 23.2.2014.
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Tutkimushaastattelu osana tiedon tuottamisen prosessia. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino, 9–21.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ukkonen, T. 2006. Yhteistyö, vuorovaikutus ja narratiivisuus muistitietotutkimuksessa. Teoksessa Fingerroos, O., Haanpää, R., Heimo, A. & Peltonen, U. - M. (toim.) *Muistitietotutkimus. Metodologisia kysymyksiä*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 175–198.
- Upadhyay, S. & Mallick, P. 2012. Intrathecal Drug Delivery System (IDDS) for Cancer Pain Management: A Review and Updates. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 29 (5), 388–398.
http://ovidsp.uk.ovid.com.tietopalvelu.karelia.fi/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=COMPPEILDHFLGBCFNKDDCGLMDIAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.67.70%257c0%257c00002234-201208000-00009%26S%3dCOMPPEILDHFLGBCFNKDDCGLMDIAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNCGDDBCLD00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00002234%2f00002234-201208000-00009.pdf&filename=Intrathecal+Drug+Delivery+System+%28IDDS%29+for+Cancer+Pain+Management%3a+A+Review+and+Updates.&pdf_key=PDHFFNCGDDBCLD00&pdf_index=/fs047/ovft/live/gv024/00002234/00002234-201208000-00009&D=ovft,yovft,jbi,prmz,mesx,medo. 7.12.2013.
- Vainio, A. 2004. *Kivunhallinta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, A. 2009a. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 149–158.

- Vainio, A. 2009b. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–19.
- Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 478–506.
- Vapaatalo, H. 2005. Januskasvoinen ASA-tulevaisuudenkin lääke. Suomen lääkärilehti 60 (9), 1027–1031.
<http://www.fimnet.fi.tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL92005-1027.pdf>. 18.11.2013.
- Vartiainen, A. 2000. Kivunhoidon historiasta. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A.–M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 15–22.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vuorinen, E. 2007. Syöpäpotilaan kivun hoidossa riittää haastetta. Kipuviesti (2), 25–28.
- Vuorinen, E., Vainio, A. & Reponen, A. 1997. Backlash in the Treatment of Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 14 (5), 286–291.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392497001772.pdf>. 10.1.2014.
- William, S.D. 1973. The Management of Chronic Pain. *A Cancer Journal for Clinicians* 23 (5), 269–274.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.23.5.269/pdf>. 3.1.2014.
- World Health Organization. 1996. Publications. Cancer pain relief.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>. 18.11.2013.
- World Health Organization. 2013. Cancer. WHO's pain ladder for adults.
<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html>. 10.10.2013.

Suostumuslomake

SUOSTUMUS

Minä _____ annan suostumukseni taltioida terveydenhoitajaopiskelija Pia Iso-Sipilän tekemän haastattelun ___/___2014.

Haastattelumateriaalia saa käyttää ainoastaan Pia Iso-Sipilän tekemään opinnäytetyöhön ”Lääkkeellisen kivunhoidon kehittyminen syöpäpotilailla - muistitietoa sairaanhoitajilta”.

Haastateltavien nimiä sekä niissä esille tulleita henkilöitä ja asioita käytetään opinnäytetyössä niin, että anonymiteetti säilyy. Raportti kirjoitetaan niin, ettei henkilöitä voida tunnistaa ja ettei ketään asianosaista loukata tai vahingoiteta. Opinnäytetyössä saa esittää otteita haastatteluista, mutta nimiä ei mainita.

Minulle on myös kerrottu, että opinnäytetyön valmistumisen jälkeen äänitallenne hävitetään ja aineisto säilytetään niin, ettei haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyys paljastu.

Hyväksyn edellä mainitut asiat.

_____:ssa ___/___2014

Allekirjoitus

Haastattelija

Tiedonanto tulevasta haastattelusta

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Olen terveydenhoitajaopiskelija Pia Iso-Sipilä Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta Lääkkeellisen kivunhoidon kehittyminen syöpäpotilailla – muistitietoa sairaanhoitajilta. Olen ymmärtänyt, että olette alustavasti suostunut haastateltavakseni, kiitos siitä. Muistutan vielä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte missä tahansa vaiheessa perua osallistumisenne.

Toivoisin Teidän etukäteen miettivän aihetta, josta tulemme haastattelussa keskustelemaan. Tarkoitukseni on kerätä muistitietoa lääkkeellisen kivunhoidon kehitymisestä, joka tarkoittaa sitä, että saatte vapaasti kertoa mitä vain muistatte aiheeseen liittyen. Tavoitteeni on löytää mahdollisimman paljon tietoa esimerkiksi tarinoiden muodossa siitä, miten lääkkeellinen kivunhoito on muuttunut ja kehittynyt Teidän työuranne aikana.

Ohessa kirjallinen suostumuslomake, johon toivoisin Teidän tutustuvan etukäteen ja ottavan mukaan haastatteluun.

Haastatteluajankohdaksi on suunniteltu _____

Älkää epäröikö ottaa yhteyttä, jos jokin askarruttaa Teitä tähän tutkimukseen liittyen.

Ystävällisin terveisin

Pia Iso-Sipilä
pia.iso-sipila@edu.karelia.fi
p.045674 8040

Haastattelurunko

Taustatietoja

- Milloin valmistunut
- Milloin aloittanut työt syöpäpotilaiden parissa
- Minkä tyyppistä työ on ollut

Lääkehoito

- Käytetyt lääkkeet, milloin tulleet käyttöön
- Lääkkeenantoreitit, onko muutoksia
- Miten toteutettiin

Yhteistyö

- Lääkäri-hoitaja
- Omaisten kanssa
- Potilaiden ohjaus

Kivunhoitotyö

- Kivun tarkkailu
- Kipumittareiden käyttö, milloin
- Lääkkeen anto, seuranta, valvonta
- Kirjaaminen

Haasteita matkan varrella

- Tiedon lisääntymisen vaikutus, internet
- Keskustelu
- Päivystysaika
- Asenteet
- Koulutus

”Vapaa sana”

- Mitä haluaisit vielä sanoa?
- Jäitkö kaipaamaan jotain vuosien varrelta?

Esimerkki teemoittelusta, jonka aineisto sijoittui 1990-luvulle

Teema	Sitaatti	Alateema	
Lääkehoito	"Tietysti ihan nää perus Burana, Panadol oli 90-luvulla." (H3)	Lääkeaineet	
	"Oxanesti oli yleisin siihen aikaan (90-luvulla)." (H1)		
	"Panacod tuli varmaan siinä joskus 90-luvun puolivälin jälkeen." (H3)		
	"90-luvulla sitten Buranaan enemmänkin siirryttiin." (H5)		
	"Silloin (90-luvun lopulla) oli tämmösiä ku Dolcontin ja tais olla sillon Oxycontin." (H4)		
	"Morfiini oli alkuvaiheessa ihan lihakseen." (H2)		
	"Sittenhän tuli Temgesic kielen alle." (H5)		
	"Tietysti nää Temgesicit oli silloi." (H1)		
	"Suun kautta oli just Temgesic." (H3)		
	"Sillon ihan aluks oli tämmönen Temgesic." (H4)		
	"Laastarit tuli vasta sit 90-luvulla." (H5)		Lääkkeenantoreitit
	"Laastareita kyllä käytettiin silloin." (H2)		
	"Kipulaastarit tuli uutena ja niitä tuli hyvin paljon." (H1)		
	"Se oli ihan hyvä asia se laastari kun se tuli." (H3)		
"Silloin pantiin pistos-lääkkeitä paljon." (H4)			
"Ihan alkuaikoina pistettiin i.m.:sti." (H2)			
"Aika paljon pistettiin lihakseen 90-luvulla." (H3)			
"Tuikattiin i.v.:sti ja subcutikseen niitä lääkkeitä." (H1)			
"Ennen pistettiin enemmän." (H5)			

Teemat ja alateemat

Teema	Alateema	v.1980	v.1990	v.2000
T1. Lääkehoito	Lääkeaineet Lääkkeenantoreitit Lääkkeenantoväli Kipupumppujen käyttö			
T2. Kipu	Kivun tarkkailu Kivun mittaaminen Kivun kirjaaminen			
T3. Asenteet	Lääkkeiden haitta/sivuvaikutukset Ennakkoluulot vahvoja kipulääkkeitä kohtaan Keskustelu kipulääkkeistä			
T4. Yhteistyö	Yhteistyö sairaanhoitajan ja lääkärin välillä Yhteistyö omaisten kanssa Konsultaatiomahdollisuudet			
T5. Kivunhoidon haasteita	Kivunhoidon suunnittelu Läpilyöntikivun hoito Palliativinen sedaatio Koulutus Tekniikan kehittyminen			