

Liisa Karjalainen & Noora Kärkkäinen

SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN KIVUNARVIOINTI

SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN KIVUNARVIOINTI

Liisa Karjalainen & Noora Kärkkäinen
Opinnäytetyö
Syksy 2021
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sairaanhoitaja

Tekijät: Liisa Karjalainen ja Noora Kärkkäinen
Opinnäytetyön nimi: Syöpää sairastavan kivunarviointi
Työn ohjaajat: Minna Vanhanen ja Pia Mäenpää
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2021

Sivumäärä: 42 + 6 liitettä

Suomessa syöpään sairastuu vuosittain yli 35 000 ihmistä ja syöpien määrä on ollut tasaisessa kasvussa viimeisten 30 vuoden aikana. Syöpäkipu on invalidioiva oire ja kivun saaminen hallintaan edistää syöpää sairastavan toimintakykyä merkittävästi. Jokaisella syöpään sairastuneelle ja sitä sairastavalla tulisi olla oikeus hyvään ja tarpeen mukaiseen kivunhoitoon.

Opinnäytetyömme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tutkimuskysymyksenä on; miten ja millä menetelmillä syöpää sairastavan kipua tulee arvioida ja mitkä tekijät vaikuttavat kokonaisvaltaisen kivunarvioinnin prosessiin.

Tuloksista käy ilmi, että syöpää sairastavan kipua ei arvioida rutiininomaisesti eikä hoitosuosituksia välttämättä noudateta. Tulosten mukaan kivunarviointiin vaikuttavat monet tekijät, jotka jaottelimme estäviin ja mahdollistaviin tekijöihin. Estäviä tekijöitä terveydenhuollossa ovat esimerkiksi resursien puute ja validoitujen työkalujen puute, kulttuuriset ja etniset tekijät sekä erilaiset uskomukset. Kivunarvioinnin mahdollistavia tekijöitä ovat esimerkiksi hierarkioiden purkaminen, luottamuksen luominen potilaaseen ja oikeiden kipumittareiden oikea käyttö. Muistisairaana tai tajuttomana potilaan kohdalla läheisten arvio kivusta on avainasemassa.

Syöpää sairastavan kivun arvioimiseen on olemassa monia tehokkaita käytännön työkaluja. Arvioinnin keskeinen osa on pyytää potilaalta tietoja oireista ja käyttää tietoja hoidon seurantaan. Ammattilaisten tulee myös tunnistaa psykologiset ja emotionaaliset riskitekijät, jotka estävät kivunarvioinnin ja esimerkiksi altistavat potilaan pitkittyneelle tai voimakkaalle kivulle.

Lisätutkimusta aiheesta tarvitaan, jotta hoitokäytännöt ja -suositukset tulevat osaksi hoitotyön arkipäivää, ja syöpää sairastavien kipua ja muut elämänlaatuun vaikuttavat tekijät ovat osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Työnohjaus, lisäkoulutus ja organisaatioiden yhteiset käytännöt ovat keinoja, joilla hoitosuositukset ja ohjeistukset tulevat osaksi yksiköiden potilastyötä.

Asiasanat: Syöpäkipu, kivunarviointi, kipumittarit

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Liisa Karjalainen ja Noora Kärkkäinen
Title of thesis: Assessment of cancer pain, literature review
Supervisors: Minna Vanhanen ja Pia Mäenpää
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2021
Number of pages: 42 + 6 appendices

Cancer pain is a disabling symptom and getting the pain under control contributes significantly to the patient's ability to function and quality of life.

The method we have chosen is a narrative literature review and the research question of our thesis is how and by what methods the pain of a cancer patient can be assessed and what factors influence the process of comprehensive pain assessment.

The results of our study show that pain in cancer patients is not routinely assessed and existing guidelines and recommendations may not be followed. Although there are many effective validated tools for assessing pain in cancer patients. Overall, pain assessment is influenced by many factors that can either prevent or enable the pain assessment process.

A key part of the pain assessment is to ask the patient for information about symptoms and use this information to monitor efficiency of treatment. Professionals should also identify barriers that affect the pain assessment process, example psychological and emotional risk factors that expose the patient to extended or severe pain.

Further research and education are needed so that guidelines and recommendations become a part of the daily routine of health care professionals and the factors that are affecting patients quality of life will be identified and become treated.

Directing the practical work of professionals and the common practices of the organizations are the ways in which guidelines and recommendations would become part of the practical work and patient care.

Keywords: Cancer pain, pain assessment, pain scale

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KIPU	7
2.1	Akuutti ja krooninen kipu	7
2.2	Syöpäkipu.....	8
2.3	Kivun arviointi	9
3	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
4.1	Aineiston hankinta.....	13
4.2	Hakujen suorittaminen ja aineiston valinta	14
4.3	Aineiston analysointi.....	15
5	TULOKSET.....	17
5.1	Kivunarvioinnin työkalut.....	17
5.1.1	Edmonton symptom assessment scale (ESAS).....	18
5.1.2	McGill kipukysely	18
5.1.3	Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT).....	19
5.1.4	Brief Pain Inventory (BPI).....	20
5.1.5	PAINAD-kipumittari	21
5.2	Kivunarvioinnin estävät tekijät	22
5.2.1	Organisaatiolähtöiset estävät tekijät.....	23
5.2.2	Terveystieteiden ammattilaisesta lähtöisin olevat estävät tekijät	25
5.2.3	Potilaslähtöiset estävät tekijät	27
5.3	Kivunarvioinnin mahdollistavat tekijät.....	32
5.4	Pohdinta ja johtopäätökset	34
5.5	Eettisyys ja luotettavuus	36
5.6	Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja oppimiskokemus.....	37
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Uusien syöpien määrä on lisääntynyt Suomessa vuosikymmenien saatossa. 1950-luvun alussa Suomen syöpärekisterin aloittaessa toimintansa, uusia syöpätapauksia rekisteröitiin noin 8 000 vuodessa. Vuonna 2017 syöpätapauksia oli 34 261. Voimakkaista kivuista viimeistään syövän loppuvaiheessa kärsii jopa puolet potilaista. Myös syövästä parantuneet ja toipuneet saattavat kärsiä eriasteisista kivuista, jotka on aiheuttanut joko syöpä tai sen hoito. (Tuomisto 2020.)

Kipu on oire, joka vaikeuttaa syöpää sairastavan yksilön selviämistä monella eri osa-alueella. Se tuottaa potilaille pelkoa, joka saa syöpäpotilaan hakeutumaan lääkärin vastaanotolle. (Heiskanen 2017, 8.) Kivunhoidon edellytyksiin kuuluu kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Kivunhoidon onnistumisen kannalta tärkeää on arvioida ja kartoittaa potilaan tuntemaa kipua ennen ja jälkeen kivunhoidon aloituksen kivunhoitomenetelmän vasteen selvittämiseksi ja mahdollisesti hoidon tehostamiseksi. Mittaukset kirjataan potilasasiakirjoihin päivittäin. (Pöyhiä & Heiskanen 2020.)

Syöpä lisääntyy länsimaissa koko ajan ja voidaan puhua jopa syöpien räjähdysmäisestä lisääntymisestä (Tuomisto 2020). Aihe on mielestämme siis ajankohtainen ja opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa ajankohtainen ja kokonaisvaltainen katsaus tästä valitsemastamme tärkeästä aiheesta.

Lähtökohtana tutkimukselle oli löytää tietoa aikuisten syöpää sairastavien kivusta ja sen arvioinnista sekä siitä, mitä kipumittareita syöpää sairastavan potilaan kivunarviointiin tulee käyttää. Tuloksista nousi esille kivunarviointiin vaikuttavia tekijöitä, joihin huomiota kiinnittämällä voidaan olennaisesti parantaa kivun arvioinnin ja hoidon prosessia. Kivunarvioinnin mahdollistavia tekijöitä on hyvä tukea ja kehittää, ja estäviin tekijöihin pohtia parannuksia.

2 SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN KIPU JA SEN ARVIOINTI

Kipu kuuluu elämään, ja se on ihmisen normaali fysiologinen toiminto. Nosiseptio eli kipuaisti on osa ihmisen somatosensorista järjestelmää, johon kuuluvat myös lämpö-, kosketus- ja asentoaisti. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2021.)

Hermostossa kaikenlainen kipu aiheuttaa lihasjännitystä, verenpaineen kohoamista ja hikisyyttä. Koska kipuaistimus leviää myös tunteiden käsittelyyn osallistuville aivojen alueille, kipuun liittyy usein myös ahdistuneisuutta ja pelkoa. Kivun kokeminen on aina yksilöllistä. Kipu itsessään herkistää kivulle ja kipu saattaa voimistua siitä huolimatta, että kipuärsyke ei sinällään muutu. Yksilöllisillä tekijöillä on suuri merkitys kivun aistimisessa. Aivojen välittäjäaineet toimivat kivun viestin viejinä hermosolusta toiseen ja välittäjäaineiden määrä on suuri yksilöllinen tekijä kipuherkkyyden suhteen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2021.)

2.1 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu voidaan jakaa karkeasti akuuttiin ja krooniseen. Niiden merkitys on erilainen, ja niiden erottaminen toisistaan on osa ammattilaisen osaamista. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2021.)

Akuutin kivun aistiminen on ihmisen kehityshistorian ja eloonjäämisen kannalta välttämätön tekijä. Kipuaisti auttaa ihmistä välttämään itselleen vahingollisia tapahtumia, olosuhteita ja käyttäytymistä. (Kalso 2018, 1119–1126.) Kipua aistitaan, kun elimistöön syntyy kudosaivuri. Vaurio voi olla seurausta joko vammasta tai sairaudesta. Kohdatessaan kipuärsyksen, ympäri kehoa sijaitsevat hermopäätteet alkavat lähettää viestiä eteenpäin. Hermostossa kipuvierit siirtyvät hermoratoja pitkin selkäyttimeen ja sieltä edelleen aivoihin. Aivoihin ehdittyään kipuvierit leviää monelle aivojen eri alueelle riippuen alkuperäisen kipuärsyksen voimakkuudesta ja sijainnista. Akuutin kivun tarkoitus on varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta ja johtaa ihmisen luontaisiin suojelutoimenpiteisiin, joita ovat esimerkiksi lepo ja vammautuneen raajan varjeleminen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2021.)

Kroonisessa kivussa kivun yksilöä suojaavat merkitykset eivät päde ja voidaan ajatella, että kroonistuessaan kivusta on vain haittaa. Kroonisesta kivusta puhutaan, kun kiputila on kestänyt yli 3–6 kuukautta tai yli odotettavissa olevan normaalin kudosten toipumisajan. Toisin kuin akuutin kivun, kroonisen kivun merkitys ihmisen hyvinvoinnille on hyvin erilainen ja voidaan ajatella, että siitä ei ole ihmiselle mitään hyötyä. Kivun kroonistumiseen vaikuttavat monet osatekijät ja elimistöä kohdannut kudosaivurio johtaa krooniseen kipuun joillakin yksilöillä. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2021.)

2.2 Syöpäkipu

Kipu on loppuvaiheen syöpäpotilaan tärkein oire, ja syöpäkipu voi olla kudosaivurio-, hermovaurio- tai niiden yhdistelmäkipua. Kipu on päivittäistä ja jatkuvaa valtaosalla syöpäpotilaista rajoittaen päivittäistä elämää. 65 prosentilla syöpäpotilaista on läpilyöntikipua. (Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä 2017, 9–35.) Myös syövästä parantuneet saattavat kärsiä eri asteisista kivuista, jotka on joko aiheuttanut joko syöpä, tai sen hoito. Tämäkin potilasryhmä tulee osata tunnistaa ja hoitaa heidän kipuaan. (Heiskanen 2017, 8.)

Hoidon näkökulmasta on olennaista erottaa kolme alaluokkaa: syövän aiheuttama nosiseptiivinen, neuropaattinen, ja syövän hoitojen seurauksena kehittyvä kipu (Kalso 2013, 1). Syövästä johtuvia kiputiloja saattaa kehittyä kaikkialle elimistöön. Luustometastaasit, nikamien luhistumiset, hermojuurien kompressiot, laskimostaasit ja kohonnen kallonsisäinen paineen aiheuttama päänsärky ovat esimerkkejä syöpiin liittyvistä kiputiloista. (Kalso 2013.)

Luustoon herkästi etäpesäkkeitä lähettävät syövät kuten rinta-, eturauhas- ja keuhkosityöpä ovat tavallisimpia kipuja aiheuttavia syöpiä, ja tämän tyyppinen luustoon levinnyt syöpä aiheuttaa yleensä nosiseptiivista eli kudosaivuriokipua aiheuttamalla paikallisen asidoosin yhdessä luuta hajottavan osteoklastien kanssa. Tulehdus- ja tuumorisolujen tuottamat tulehdusvälittäjäaineet lisäävät kivun tuntemusta herkistämällä ja aktivoimalla nosiseptoreita. Tällainen noseptiiviseksi luokiteltava kipu on usein rasituksella lisääntyvää, jomottavaa, ja paikallistuu yhdelle alueelle. (Pöyhä & Heiskanen 2020.)

Syöpähoidot voivat aiheuttaa potilaille merkittäviä elämänlaatua heikentäviä kiputiloja. Erilaiset syöpien invasiiviset, diagnostiset ja terapeuttiset toimenpiteet aiheuttavat potilaille merkittäviä kipuja. Sädehoito heikentää kudosten verenkiertoa ja saattaa aiheuttaa kudosten kroonisen inflammaation. Pitkäaikaisia sädehoidon haittoina syntyneitä komplikaatioita ovat krooninen säde-myelopatia ja hermopunoksen sädevaurio, jotka aiheuttavat kipua sekä motorisia ja sensorisia häiriöitä yläraajan alueella. (Kalso 2013.)

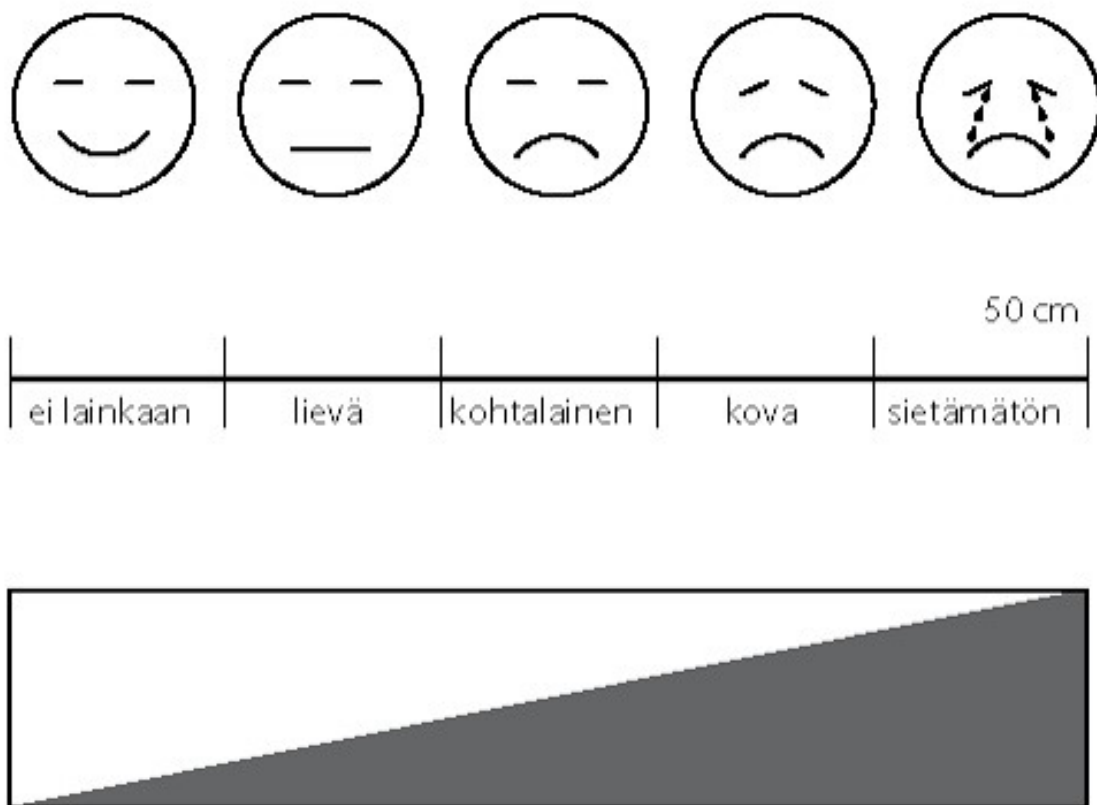
Solusalpaajahoidot saattavat aiheuttaa potilaille hermovauriokipua joko neurotoksisella tai immunologisella mekanismilla. Distaalinen symmetrinen neuropatia ja puhdas sensorinen kivulias neuropatia, tai sekamuotoinen sensomotorinen neuropatia ovat tyypillisimpiä solusalpaajahoidojen aiheuttamia neuropatioita. Näiden neuropatioiden syntyyn vaikuttaa solusalpaaja-aine sekä sen kumulatiivinen annostus, ja tämä on suurin neurotoksisten solusalpaajien käyttöä rajoittava tekijä. (Kalso 2013.)

2.3 Kivun arviointi

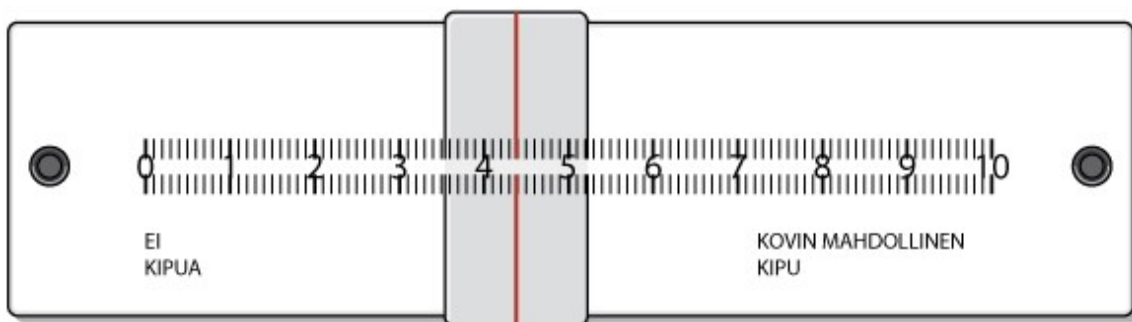
Kivun kokeminen on yksilöllistä, joten kivun mittaaminen ohjaa hoitoa. Kipua mitataan säännöllisesti kipua kokevilta potilailta. Kivun mittaamiseen voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia asteikoita. Mikäli potilas pystyy puhumaan, kivun arvioiminen onnistuu kysymällä käyttäen esimerkiksi VAS-asteikkoa (kuva 1), numeerista NRS-asteikkoa (kuva 2) tai sanallista asteikkoa. Mikäli potilas ei pysty puhumaan, voidaan kipua arvioida muun muassa potilasta havainnoimalla. Potilaan kivusta kertovat tuskaiset ilmeet ja eleet levossa tai hoitotoimenpiteissä, kohonnut pulssi sekä verenpaine, ääntelyt, tuskaisuus, kohonnut hengitysfrekvenssi, lihastonus, ja niin edelleen (Holma ym. 2019). Asteikon valintaa tärkeämpää kuitenkin on, että kipua mitataan ja toimitaan tuloksen mukaan (Kontinen & Hamunen, 2015). Käytettäessä esimerkiksi VAS-kipujanaa kipukyselyn, kivunmittauksen ja dokumentoinnin täytyy tapahtua koko hoitoketjussa (Holma ym. 2019).

Syöpäpotilaan kipua tulee arvioida säännöllisesti (Holma ym. 2019). Kipua tulee arvioida potilaan jokaisella vastaanottokäynnillä, ja vuodeosastoilla kipua tulee mitata ja dokumentoida säännöllisesti. Kivun ylittäessä 3/10 ja VAS:n ollessa yli seitsemän on hoitolinjojen oltava selkeitä. Tuolloin kyseessä on niin sanottu akuutti kipukatastrofi ja potilas on akuuttien toimenpiteiden tarpeessa.

Syöpäkipu saattaa siis pahentua äkillisesti, ja tuolloin puhutaan kipukatastrofista. Kipukatastrofissa kipu on lähes sietämätöntä (VAS/NRS > 7) ja lisääntyy edelleen. Kipukatastrofiin saattaa johtaa esimerkiksi syövän takia murtumassa oleva luu, sisäiset verenvuodot tai kasvaimen tunkeutuminen neuraalikudokseen. (Holma ym. 2019.)



KUVA 1. Kipupiiirros. (Keituri, 2013.)



KUVA 2. Numeraalinen kipujana (NRS, numeric rating scale). (Kangasmäki & Pudas-Tähkä, 2017.)

Kipua arvioitaessa olisi vähintään kartoitettava ja kirjattava kivun sijainti, kesto, voimakkuus, kipulääkkeen tarve ja käyttö, sekä kipulääkkeiden teho ja haittavaikutukset. Kivun mekanismien selvittämisen avuksi tulisi selvittää myös liikkumisen, lämpötilojen, eri asentojen ja kokeiltujen hoitojen vaikutukset potilaan kokemaan kipuun. Psykososiaalisten tekijöiden vaikutus potilaan kipuun on myös merkittävässä roolissa arvioitaessa potilaan tarvitsemaa hoitoa. Esimerkiksi voimakas masennus ja ahdistus vähentävät kipulääkkeiden tehoa sekä voimistavat kipua. Hoitohenkilökunnan suhtautumisella sekä selkeillä toimintasuunnitelmilla ja ohjauksella on positiivinen vaikutus kivunhoitoon. (Kalso 2013.)

Kipupotilaan kliininen tutkimus ja tarkkan kipuanamneesin kartoitus on merkittävä osa hoitavan henkilökunnan työtä. Kipudiagnostiikassa merkittävässä roolissa on potilaan kipu- ja hoitohistorian tuntemus. Hoidon tehon arvioimiseksi olisi tutkimushetkellä tärkeää määrittää niin sanottu ”alkuarvo”, johon hoitointerventioita ja niiden tehoa voidaan jatkossa peilata. Kipupiiirroksen (Friman 2017, liite 1) käyttäminen apuna auttaa kokonaiskuvan hahmottamisessa (Kalso 2013.)

Myös Edmonton Symptom Assessment Scalen eli ESAS:n (Hänninen 2013, liite 2) avulla kartoitetaan potilaan kokonaistilannetta ja kymmentä tyypillisintä syöpää sairastavilla esiintyvää oiretta asteikolla 0–10; muun muassa väsymys, pahoinvointi, hengenahdistus ja ruokahalu, ja niin edelleen. ESAS:n avulla voidaan kartoittaa potilaan kokonaisvointia useammalla eri osa-alueella, ja se antaa potilaalle mahdollisuuden kertoa myös muista mahdollisista oireista. (Heiskanen & Kalso 2018).

Kommunikaatioon kykenemättömän tai muistisairaana potilaan kipuja voidaan arvioida potilaan käyttäytymistä havainnoimalla. Vaikeaa dementiaa sairastavan potilaan kohdalla käytetään Pain Assessment in Advanced Dementia Scalea eli PAINAD-mittaria (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, liite 3). PAINAD-mittarin avulla pisteytetään potilaan kipua asteikolla 1–10 ja se perustuu hoitohenkilökunnan havaintoihin potilaan hengityksestä, ääntelystä, ilmeistä, kehonkielestä ja emotionaalisen tuen tarpeesta. (Tasmuth 2019, 540–544.)

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä on, miten ja millä menetelmillä syöpää sairastavan kipua voi arvioida, ja mitkä tekijät vaikuttavat kokonaisvaltaisen kivunarvioinnin prosessiin. Tarkoituksena on kuvata syöpää sairastavan kivun arviointia ja on tuottaa ajankohtainen ja kokonaisvaltainen katsaus tästä valitsemastamme tärkeästä aiheesta.

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kirjallisuuskatsauksien perustyypeistä. Käytettävät aineistot ovat laajoja, eikä sillä ole tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laajasti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus koostuu neljästä vaiheesta: tutkimuskysymyksen muodostamisesta, aineiston keräämisestä, aineiston kuvailusta sekä tulosten tarkastelusta (Kangasniemi ym. 2013, 292, 294).

Menetelmää voidaan käyttää nykyisten käytäntöjen arviointiin, käytännön suositusten kehittämiseen ja päivittämiseen sekä työhön liittyvien menettelytapojen kehittämiseen (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta erottuu kaksi hieman erilaista orientaatiota, joita ovat narratiivinen ja integroiva katsaus (Salminen 2011, 6). Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ja integroiva ote sallii erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi (Salminen 2011, 8).

Metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto on narratiivinen kirjallisuuskatsaus ja siitä erotetaan joskus kolme toteuttamistapaa: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Laajin näistä toteuttamistavoista on yleiskatsaus. Puhuttaessa narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta tarkoitetaan yleensä narratiivista yleiskatsausta, jolloin kyse on edellisiä toteuttamistapoja laajemmasta prosessista, jonka tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Tämän kirjallisuuskatsauksen analyysin muoto on kuvaileva synteesi, jonka yhteenveto on tehty ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. (Salminen 2011, 8.)

4.1 Aineiston hankinta

Aineiston hankintaa ohjasi ensi sijassa tutkimuskysymyksemme. Lähtökohtana oli löytää tietoa aikuisten eri syöpiä sairastavien kivusta ja sen arvioinnista sekä siitä, mitä kipumittareita syöpää sairastavan potilaan kivunarviointiin tulisi käyttää. Tarkoituksemme ei ollut tutkia, miten kipua tulisi

hoitaa, vaan keskityimme ainoastaan sen arviointiin ja mittaamiseen sekä kivunarviointiin vaikuttaviin tekijöihin.

Hakustrategiassa määrittelimme tietokannat, vapaat tekstisanat ja termit sekä näiden yhdistelmät, joita aioimme käyttää. Riittävän kattavien hakujen takaamiseksi haimme tutkimuksia ja artikkeleita sähköisesti eri tietokannoista ja valitsimme tutkimuksemme kannalta keskeisiä lähteitä. Määrittelimme ennen varsinaisia hakuja sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka perustuivat tutkimuskysymykseemme (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu vuonna 2011 tai myöhemmin	Julkaistu vuonna 2010 tai aiemmin
Vertaisarvioidut (peer reviewed)	Ei vertaisarvioidut
Tieteellinen tutkimus tai tutkimusta kuvaileva tieteellinen artikkeli	Ei tieteelliset julkaisut ja artikkelit
Suomen- tai englanninkieliset	Vieraskieliset (pois lukien englantia)
Aikuiset	Lapset
Saatavilla OAMK (koko teksti)	Ei saatavilla

4.2 Hakujen suorittaminen ja aineiston valinta

Tulosten tarkastelua ja raportointia edeltää muun muassa tiedonhakuprosessin luotettavuuden arviointi (Kangasniemi ym. 2013, 297). Hakusanojen luomista varten ja hakuja tehdessämme tukeu-

duimme jo suunnitteluvaiheessa Oulun yliopiston kirjaston informaation apuun ja suoritimme hakuja saamamme ohjauksen perusteella. Tiedonhakustrategiamme mukaisesti määritimme prosessia varten sisäänotto- ja poissulkukriteerit ja suoritimme haut niistä hoitoalan tietokannoista, joihin meillä oli pääsy OAMK:n kautta. Valitessamme lähteitä tutkimukseemme ja raportoidessamme niistä pyrimme noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, sekä olemaan riittävän kriittisiä. Opinäytetyön suunnitelmavaiheessa testasimme hakusanoja ja eri tietokantoja, joita olivat Medic, Ebsco/Cinahl, Pubmed, Oula-Finna ja Google Scholar. Hakuja tehdessämme huomasimme, että aineistoa on saatavilla melko hyvin, ja kokeilemalla eri fraaseja sekä sanojen katkaisua *-merkillä hakuja oli mahdollista laajentaa. Käytimme sanoja "cancer", "pain", "cancer related pain", "measurement", "assessment", "syöpäkipu", "kipu", "kipumittari" ja "arviointi". Kaikkia sanoja käytimme yksin ja yhdessä eri yhdistelmin. Sanojen yhdistämiseen käytimme Boolean operaattoreita eli AND, OR ja NOT-termejä. Valitsimme käyttämämme tutkimukset otsikon ja tiivistelmän perusteella todettua tutkimusten soveltuvan käyttöömmekä vastaavan tutkimuskysymykseemme. Työmmekä liitteenä on taulukko, johon olemmekä eritelleet käytetyt tietokannat, hakusanat ja käytetyt lähteet (liite 6).

4.3 Aineiston analysointi

Hakustrategiassakä muodostamiemme kriteerien perusteellakä haetusta aineistostakä poimimmekä tutkittavan aiheen näkökulmastakä merkityksellisiäkä seikkojakä, joitakä analysointivaiheessakä ryhmittelimmekä sisällöllisiksi kokonaisuuksiksi käyttäen tarkoitukseen sopivia menetelmiä. Näitäkä menetelmiäkä ovat esimerkiksi laadulliset analyysimenetelmät ja sisällönanalyysi. Tarpeen mukakään käyttimmekä apunakä käsittekarttojakä muita tutkittavan ilmiön kuvailuakä tukevia jakä jäsentäviäkä menetelmiäkä. Analyysin tarkoituksena on tulosten pohjalta muodostaa vertailuakä aineistonamme olevien tutkimusten kesken, sekä muodostaa päätelmiäkä tutkittavastakä aiheestakä. Kuvailuvassakä kirjallisuuskatsauksessakä tekijäkä päättää sen, milläkä herättäkä lukijan mielenkiinnon tulosten analyysissä. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

Kangasniemen ym. (2013, 291) mukakään menetelmä jäsennetäkään neljän vaiheen kokonaisuudeksi: 1) tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2) aineiston valitseminen, 3) kuvailun rakentaminen jakä 4) tuotetun tuloksen tarkasteleminen.

Sisällönanalyysia käytetään pääasiassa laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä, mutta sisällönanalyysi määritellään eri tavoin ja se soveltuu myös kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointiin. Yleensä ottaen sisällönanalyysi määritellään tavaksi, jolla voidaan analysoida löydettyä tietoa objektiivisesti ja säännönmukaisesti. (Kyngäs ym. 2011, 139.)

Etsimme aineistostamme tutkimuskysymyksemme kannalta oleellisia sisältöjä. Käytimme metodina tutkimuksen alkuperäisilmaisun pelkistämistä ja sen luokittelua sekä teemoittelua ala- ja yläluokkiin. Pääteemat ja kategoriat nimesimme ja valitsimme kuvaamaan tutkittavan ilmiön kannalta oleellisia asioita. Pääteemat jaoimme kivunarvioinnin estäviin ja mahdollistaviin tekijöihin sekä kivunarvioinnin työkaluihin (taulukko 2 ja 3).

5 TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen keskeinen ja koko tutkimusprosessia ohjaava tekijä on tutkimuskysymys (Kangasniemi ym. 2013, 291) ja kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä on, miten ja millä menetelmillä syöpää sairastavan kipua voi arvioida, ja mitkä tekijät vaikuttavat kokonaisvaltaisen kivunarvioinnin prosessiin. Onnistuneen tutkimuskysymyksen edellytys on, että se on riittävän rajattu ja täsmällinen, jotta ilmiötä on mahdollista tarkastella syvällisesti ja toisaalta tutkimuskysymys voi olla väljä, jolloin ilmiötä on mahdollista tarkastella useista näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen päättää tulosten tarkastelu (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Se sisältää löydetyn tutkimustiedon sisällöllisen kuvailun ja pohdinnan sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin.

5.1 Kivunarvioinnin työkalut

Syöpäkipujen arvioinnin keskeinen osa on pyytää potilaalta tietoja oireista, ja käyttää näitä tietoja hoidon seurantaan. Kaikki syöpää sairastavat on tutkittava kivun varalta säännöllisin väliajoin. Kivun seulonta käsittää arvioinnin, onko potilaalla kipua ja mikäli kipua esiintyy, on suoritettava kattava kivun arviointi. (Gallagher, Rogers & Brant 2017, 8.) Kattavan arvioinnin tulee keskittyä kivun voimakkuuteen, paikkaan, tyyppiin, aikaan, kipuhistoriaan ja säteilykipuun (Fink & Gallagher 2019, 230). Kivun voimakkuus tulee aina mitata numeerisella tai kategorisella asteikolla (Gallagher, Rogers & Brant. 2017, 10). Monilla potilailla on kipuja ympäri kehoa ja siksi on tärkeää kysyä, missä kipu sijaitsee tai onko kipua useammalla kuin yhdellä alueella. Kivun etiologian ja hoidon määräytymisen kannalta kivun paikantaminen on olennaista. (Gallagher, Rogers & Brant 2017, 9.)

Heiskasen, Hamusen & Hirvosen (2013, 386) mukaan syöpää sairastavan ensikäynnillä tulee kirjata kivun mekanismi, eli onko kyseessä kudonvaurio, neuropaattinen vai viskeraalinen kipu, sekä kivun sijainti. Kirjataan kivun esiintymisen ajallisuus, eli onko kipu jatkuvaa vai ajoittaista, sekä milloin kipua esiintyy. Huomioidaan läpilyöntikipu ja sen sijainti, sekä kuinka usein läpilyöntikipua esiin-

tyy. Otetaan huomioon kivun vaikutus potilaan elämään; mielialaan, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, nukkumiseen ja liikkumiseen. Kivun voimakkuutta mitataan numeerisesti VAS-asteikolla tai sanallisesti kuvailemalla kipua joko kivuttomuutena, lievänä, kohtalaisena, voimakkaana tai sietämättömänä kipuna. Lopuksi kirjataan kipulääkkeet ja niiden vaste sekä haittavaikutukset.

5.1.1 Edmonton symptom assessment scale (ESAS)

ESAS on yleisesti hyväksytty kliininen arviointityökalu palliatiivisessa hoidossa olevien henkilöiden oireiden arviointiin ja hallintaan. Alun perin ESAS kehitettiin palliatiiviseen hoitoon, mutta sitä käytetään nykyään myös muun muassa kardiologiassa ja pitkäaikaishoidossa. Terveystieteiden ammattilaiset voivat käyttää työkalua hoitojen priorisointiin, hoitosuunnitelman arviointiin, sekä mahdollisten muutosten tekemiseen. (Buttenschoen ym. 2014, 201–202.) Rhondalin ym. (2012, 301.) mukaan ESAS-oirearvioasteikon käyttö kliinisessä työssä johtaa siihen, että hoitavat lääkärit tunnistavat oireet aikaisemmin ja tehokkaammin. Buttenschoenin ym. (2014, 202–202) mukaan ESAS:n käyttämisessä on kuitenkin haasteensa. Terveystieteiden ammattilaisten tulee osata työkalun oikea käyttötapa, jotta sen avulla saataisiin tarkkoja tuloksia. Ongelmana on, että potilailla voi olla vaikeuksia ymmärtää ESAS:n terminologiaa. Useat tutkimukset ovat osoittaneet puutteita ammattilaisten arvioinnin sekä potilaiden raportoiman tiedon välillä. Potilaat toivoisivat opastusta ESAS-työkalun käyttämiseen.

5.1.2 McGill kipukysely

McGillin kipukysely on Gallagherin ym. (2017, 10) mukaan pätevä, luotettava ja herkkä syöpäkivun mittari, joka ottaa huomioon neurofysiologiset ja psykologiset alueet. Se sisältää neljä päämittauskohdetta: kivun sijainti, voimakkuus, laatu ja luonne. Ngamkhanin ym. (2012, 27–49) tutkimuksen mukaan McGill-kipukyselyssä on niin vahvuuksia kuin heikkouksia. McGill-kyselylomake mittaa syöpäkivun useita eri osatekijöitä: aisti-, tunne-, kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä asioita. Siihen sisältyy kipuaistin nosiseptiivisiä ja neuropaattisia osatekijöitä. McGill-kipumittari antaa sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tietoa. Kipumittarilla on selkeä rakenne ja sisältö sekä pätevät kriteerit, ja se on luotettava syöpäkivun mittaamiseksi. Se on herkkä mittaamaan interventioiden tehokkuutta. McGill-kipumittaria voidaan käyttää monissa kulttuureissa ja se on käännetty monille

kielille. Kipumittarilla on myös heikkouksia. Sen tekeminen vie aikaa, etenkin aistillisten ulottuvuuksien mittaamisen osalta, kuin myös kivun voimakkuutta kuvatessa. Myös kipumittarin luettavuus huolestuttaa. Lisäksi kolme kipukuviota eivät ole riittäviä kuvaamaan muutoksia syöpää sairastavien kipukokemuksissa.

5.1.3 Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT)

Läpilyöntikivulle tyypillistä on sen nopea ilmaantuminen, lyhyt kesto ja vaikeusaste keskivaikeasta vaikeaan (Oldenmager ym. 2020, 710). Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT) on osoittautunut täsmälliseksi, moniulotteiseksi ja luotettavaksi työkaluksi läpilyöntikivun arviointiin (Oldenmager ym. 2020, 709). Lääkkeiden sivuvaikutuksia koskevia asioita sisällytetään harvoin syöpäkivun arviointityökaluihin, mutta tulosten mukaan se on erityisen tärkeää varsinkin läpilyöntikivun hoidossa (Webber, ym. 2014, 627).

BAT sisältää 14 kysymystä, jotka arvioivat nykyistä kivunhallintaa. Yhdeksän kysymystä liittyy kipuun, ja viisi kysymystä liittyy kivun hoitoon. Kuudessa kysymyksessä käytetään numeerista arviointiasteikkoa väliltä 0–10, kolmessa kysymyksessä käytetään kategorisia asteikkoja, neljässä kysymyksessä vapaata tekstiä, ja yhdessä kysymyksessä käytetään kehon muotoisia ääriviivoja kivun paikan merkitsemiseksi. (Oldenmager ym. 2020, 711.)

Oldenmengerin, ym. (2020, 709–716) tutkimuksen tavoitteena oli tutkia Breakthrough pain assessment toolin (BAT) hollanninkielisen version validiteettia ja luotettavuutta syöpäpotilaille. Tutkimuksen otanta oli 170 potilasta, jotka tutkimuksen alussa täyttivät BAT:n ja BPI:n (Brief pain inventory). Samat kyselyt täytettiin viikon kuluttua tutkimuksen aloituksesta. Heiltä myös kysyttiin kivun hoidon riittävydestä ja kipukyselyn (BAT) kattavuudesta. Samaan aikaan ammattilaiset arvioivat kaikki potilaat lähtötilanteessa, ja heitä pyydettiin keräämään kliinisiä tietoja esimerkiksi potilaiden toimintakyvystä ja täydentämään kysymyksiä läpilyöntikivun hallinnan riittävydestä ja tarpeesta muuttaa potilaiden kivunhoitoa. Potilaiden sen hetkistä analgeettien käyttöä myös kysyttiin. Lisäksi 24 tuntia lähtötilanteen jälkeen suoritettiin ylimääräinen arviointi, jolloin potilaita pyydettiin täyttämään BAT-kyselylomake tutkimuksen uudelleentestauksen luotettavuuden arvioimiseksi. Viikon jälkeen kerättiin tietoa muutoksista läpilyöntikivuissa potilaita ja hoitavilta ammattilaisilta, vastausvaihtoehdot

olivat parempi-sama-huonompi. Tutkimus osoitti BAT:n olevan hyvä, luotettava ja täsmällinen läpilyöntikivun arvioinnin työkalu. Tutkimus osoitti myös tilastollisesti merkitsevää kivun voimakkuuden ja ahdistuksen vähenemistä potilailla, joiden kipua ammattilaiset arvioivat säännöllisesti.

5.1.4 Brief Pain Inventory (BPI)

Toinen hyödyllinen työkalu kroonisen syöpäkivun mittaamiseen on Brief Pain Inventory (BPI). BPI:n avulla potilaat voivat arvioida kipunsa määrää, ja kuinka se vaikuttaa heidän toimintakykynsä. BPI on saatavana lyhyenä (9 kysymystä) ja pitkänä (17 kysymystä), ja se mittaa eri asioita 0–10 numeerisella asteikolla. Näiden numeeristen luokitusten perusteella kysely määrittää kivun lieväksi, kohtalaiseksi tai vaikeaksi. (Gallagher, Rogers & Brant. 2017, 10.) BPI kehitettiin syöpäkivun ja sen vaikutusten arviointiin, ja se on laajimmin käytetty kipumittari. BPI on mukautettu useille eri kielille ja sairaustyypeille, ja se on joustava työkalu. Sen on osoitettu olevan hyvä psykometrisestä näkökulmasta ja Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkevirasto ohjeistaa sitä käytettäväksi. BPI:ssä otetaan huomioon, että kipu on moniulotteista ja vaikuttaa myös tunteisiin. (Atkinson, ym. 2012, 1417–1418.)

Andersson, ym. (2019, 3721–3729) tutkivat vaikuttaako BPI- kipukyselyn (Brief pain inventory) käyttäminen sairaalassa olevien potilain kivunhoitoon. Tutkimus tehtiin kahdessa ruotsalaisessa sairaalassa ja otanta oli 264 potilasta, joista 132 muodosti varsinaisen tutkimusryhmän, ja loput olivat kontrolliryhmää. Kaikki osallistujat täyttivät BPI- ja ESAS-kipukyselyt tutkimuksen aluksi, ja toinen kysely täytettiin 2-5 päivää ensimmäisen jälkeen.

Tutkimusryhmässä havaittiin merkittäviä eroja BPI:llä mitatuissa arvoissa suhteessa lähtötasoon. Myös ESAS:lla mitatuissa arvoissa tapahtui hengenahdistusta lukuun ottamatta oireiden vähene- mistä. (Andersson, ym. 2019, 3727.) Seurannassa näkyi merkittävä parasetamolin, neuroopaattisten kipulääkkeiden ja opioidien säännöllisen käytön lisääntyminen, sekä tarvittavien opioidien annosten nousu. Kontrolliryhmässä erot lähtötilanteen ja seurantakyselyn välillä olivat merkittäviä tavanomaisen kivun ja pahimman kivun suhteen viimeisimmän 24 tunnin aikana. (Andersson, ym. 2019, 3725–3728.)

Saaduista tuloksista tutkijat päättelivät, että syöpäkipua tulisi hoitaa ammattimaisesti ja suosituksia noudattaen, koska BPI:n tuominen mukaan osaksi potilaan hoitoa antoi hoitohenkilökunnalle mah-

dollisuuden keskittyä potilaan kipuun, kivun mekanismeihin ja mukauttaa hoitoa oireiden mukaiseksi. Tutkimus demonstroi, että BPI:n käyttö heijastui syöpäkivun lievenemisenä ja vähentyneellä kivun määrällä on merkitystä muihin kipuun liittyviin asioihin ja oireisiin. (Andersson ym. 2019, 3728.)

5.1.5 PAINAD-kipumittari

Kivun arviointi on haasteellista, mikäli potilaan tietoisuus on alentunut. Tällöin käytetään validioituja käyttäytymiseen perustuvia kipumittareita, tai havainnoidaan potilaan käyttäytymisessä ilmeneviä muutoksia (liite 4). Käyttäytymiseen liittyviä muutoksia ovat muutokset kasvojen ilmeissä, liikkeidintä ja asennon muutokset tai liikkumattomuus. Läheisiltä voi kysyä arviota potilaan käyttäytymisestä liittyen kipuun. Verenpaineen, sykkeen ja hengitystiheyden muutosten tarkkailu voi auttaa kivun arvioinnissa. (Pudas-Tähkä 2018, 18.) Muistisairaavat eivät välttämättä osaa ilmaista kipua. He voivat myös unohtaa kokemansa kivun. Kivun laukaisemat tunneperäiset ja autonomiset vasteet vaimenevat ja iän myötä kivun kokeminen voi heikentyä. (Hallikainen 2019.) Muistisairaahan kivun arvioinnissa muistisairaalta voi kysyä, onko hänellä kipua. Kysymys esitetään siten, että siihen on mahdollista vastata joko kyllä tai ei. Kipua havainnoidessa henkilön olemuksesta tarkkaillaan asentoa, ilmeitä ja eleitä. Käyttäytymisessä kipuun viittaavat sekavuus, kiihtyneisyys, ääntely, aggressio, vastustelu ja vetäytyminen. Voinnista tarkkaillaan toimintakyvyn laskua, kuten väsymystä, ja autonomisen hermoston muutoksia, esimerkiksi hikoilua ja nopeaa sykettä. PAINAD-kipumittari soveltuu muistisairaahan tai tajuttoman ihmisen kivun arviointiin. (Hallikainen ym. 2019.)

PAINAD-mittarissa on viisi erilaista käyttäytymiseen ja olemukseen liittyvää arviota. Mittari sopii muokattuna potilaan läheisten käyttöön. Nolla pistettä tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pistettä vaikeaa kipua (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, liite 3). PAINAD kattaa hengityksen, negatiivisen ääntelyn, ilmeet, elekielen ja lohduttamisen tarpeen. Kun hengitys on normaalia, negatiivista ääntelyä ei ole, henkilö hymyilee tai on ilmeetön, on levollinen, eikä tarvitse lohdutusta, PAINAD:n mukaan pistemäärä on nolla, jolloin henkilö on kivuton. Yksi piste tarkoittaa kivuliasta. Yksi piste tulee erikseen jokaisesta seuraavasta kohdasta: hengitys on vaivalloista tai on pitkiä hyperventilaatiojaksoja, ääntely on satunnaista vaikerointia, voihketta, valittavaa tai moittivaa puhetta, henkilö on surullisen, pelokkaan tai tuiman näköinen, liikehtiminen on kireää, ahdistunutta tai levotonta, ja ääni tai kosketus kääntää huomion toisaalle ja tyynnyttää. Kaksi pistettä tarkoittaa vaikeasti kivuliasta, jolloin

hengitys on äänekkästä, vaivalloista ja katkonaista, ääntely rauhatonta huutelua, äänekkästä vaikeointia tai voihketta tai itkua, ilme on irvistävä, elekieli jäykkää, kädet ovat nyrkissä tai polvet koukussa, esiintyy poisvetämistä tai -työntämistä tai riuhtomista, ja lohduttaminen tai huomion kääntäminen pois ei onnistu. (Hallikainen ym. 2019.)

5.2 Kivunarvioinnin estävät tekijät

Huolimatta lisääntyneestä huomiosta syöpä kivun esiintyvyys syöpäpotilailla ei ole merkitsevästi muuttunut viimeisen vuosikymmenen aikana verrattuna neljään edelliseen vuosikymmeneen. Potilaat kokevat voimakastakin kipua. (Van den Beuken-van Everdingen ym. 2018, 1.) Monet esteet vaikuttavat kivun arviointiin ja voivat johtaa potilaan riittämättömään hoitoon. Tulosten mukaan näitä esteitä ovat muun muassa terveydenhuollon ammattilaiset, potilaat ja heidän perheensä, terveydenhuoltojärjestelmät tai yhteiskunnalliset tekijät, ajanpuute, soveltuvien välineiden puute, epäilyt lääkkeiden väärinkäytöstä sekä potilaan kykenemättömyys kertoa oireista. Myös kivun subjektiivisen luonteen vuoksi kivun arvioiminen on haastavaa. (Fink & Gallagher 2019, 229–234). Esteet oirearvioinnin ja näyttöön perustuvan kivunhoidon onnistumiselle voivat olla potilaslähtöisiä, organisaatiolähtöisiä tai lähtöisin terveydenhuollon ammattilaisesta (Luckett ym. 2013, 230). Myös muut tekijät vaikuttavat kivun- ja oirearvioinnin prosessiin estävästi. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 1. Kivunarvioinnin estävät tekijät

Potilaslähtöiset tekijät	Organisaatiolähtöiset tekijät	Terveydenhuollon ammattilaisesta lähtöisin olevat tekijät	Muut tekijät
- Psykologiset tekijät kuten mm. pelot ja huolet - Kykenemättömyys kertoa oireista (muistisairaus, tajuttomuus yms.) - Potilaan vanhempi ikä	- Resurssien puute - Validoitujen työkalujen puute - Työnohjauksen ja koulutuksen puutteet - Organisaation sisäisten ohjeistusten puute	- Priorisoinnin ongelmat - Ammattitaidon puute - Koulutuksen puute - Uskomukset, oletukset - Ristiriidat ja näkemyserot - Ammattikuntien väliset hierarkiat	- Kivun ja syövän muuttuva luonne - Etniset- tai kulttuuriset tekijät - Taudin vaihe

- Kivun arvioinnin laimin- - Ammattikuntien väliset
lyönti syövän hoidon hierarkiat
vuoksi

5.2.1 Organisaatiolähtöiset estävät tekijät

Organisaatiolähtöisinä kivun arvioinnin esteinä voi pitää muun muassa ajan- ja resurssien puutetta, koulutuksen puutetta. Lisäksi validioitujen työkalujen puute näyttäytyi merkittävänä esteenä kivun kokonaisvaltaiselle arvioinnille (Rhondali ym. 2012, 301: Fink & Gallagher 2019, 233). Kivunarviointi vie paljon aikaa ja resursseja terveydenhuollossa, joten kivunarvioinnin esteeksi koituu helposti ajan ja resurssien puute (Besse ym. 2016, 152: Stewart 2014, 45). Myös puutteet hoitohenkilökunnan kivunhoidon ja -arvioinnin koulutuksessa nousivat esiin tuloksissa (Rhondali ym. 2012, 301: Fink & Gallagher 2019, 233: Besse ym. 2016, 151: Anderson ym. 2019, 3722). Olemassa olevien hoitosuositusten käyttöönotossa ja työnohjauksessa lienee myös ongelmia, koska niiden ottaminen osaksi hoitotyön rutiineja näyttäytyi vähäisenä, ellei jopa olemattomana (Besse ym. 2016, 148–152: Van den Beuken-van Everdingen ym. 2018, 3).

Myös Luckettin ym. (2013, 247) tutkimuksen sanoma oli, että suurin kokonaisvaltaisen ja potilaslähtöisen kivunarvioinnin estävä tekijä on ajan ja resurssien puute. Luckettin ym. (2013, 249) tutkimuksessa tuotiin esiin myös eri ammattikuntien huonoa keskinäistä kommunikaatiota ja eri ammattilaisten välisiä hierarkioita, jotka pahimmillaan johtavat potilaan hoidon viivästymiseen.

Strukturoitu kansallinen suositus ja sen noudattaminen voi parantaa syöpää sairastavien potilaiden oirearviointia, kivun diagnosointia ja hoitoa, sekä syövän hoitoa kaiken kaikkiaan. (Besse ym. 2016, 148–152.) Hoitosuositusten noudattamatta jättäminen voidaan myös yhtä lailla tulkita olevan lähtöisin organisaatiosta kuin yksittäisestä terveydenhuollon ammattilaisesta.

Hollantilainen syöpäkivun hoitosuositus julkaistiin vuonna 2008. Yksi suosituksen pääkohdista on kivun arviointi ja suosituksessa on korostettu, että kivun arviointi on avaintekijä riittävään kivunhoitoon. (Besse ym. 2016, 148–153.) Besse ym. (2016, 148–153) tutkivat, kuinka tätä hoitosuositusta oli noudatettu. He tarkastelivat syöpäpoliklinikalla asioineiden potilaiden potilastietoja yhteensä kuudessa eri sairaalassa, joista kaksi oli isompia opetus- tai yliopistosairaaloita ja neljä oli pienempiä aluesairaaloita. Tutkimuksessa tutkittiin sairaaloiden onkologian poliklinikoilla vuosina 2010–2011 asioineiden potilaiden potilastietoja. Kaiken kaikkiaan tutkimuksessa tutkittiin ja analysoitiin 486 potilaan tietoja, joista 251 oli pienemmän sairaalan potilaita, 63 ison opetussairaalan potilaita ja 66 yliopistosairaalan potilaita. (Besse ym. 2016, 149–150.)

Bessen ym. (2016, 150) mukaan yhdessä näistä sairaaloista ei arvioitu potilaiden kipua standardien mukaisesti käyttämällä VAS, NRS tai VRS-kipumittareita. Viittauksia potilaiden kipuun löytyi kuitenkin enemmän ja useammin akateemisissa sairaaloissa kirjatusta tiedosta, kuin pienemmissä sairaaloissa tehdyistä kirjauksista. (Besse ym. 2016, 148.) Epäspesifejä kuvauksia potilaiden kertomista oireista löytyi 18 prosentista yliopistosairaalan kirjauksista, 14 prosentista opetussairaalan kirjauksista ja 18 prosentista pienempien sairaaloiden kirjauksista. Käytetyt kuvailut olivat esimerkiksi: "ei huolia", "menee hyvin", tai "unihäiriötä". Kipua ja oireita ei ollut kirjattu lainkaan 32 %:ssa yliopistosairaalan kirjauksissa, 57 %:ssa opetussairaalan kirjauksissa ja 59 %:ssa pienissä aluesairaaloissa tehdyissä kirjauksissa. Ensimmäisellä käynnillä dokumentoidun kivun arviointi sanallisesti tai käyttämällä sanaa "kipu" erosi merkittävästi yliopistosairaalan (50 %), opetussairaalan (28 %) ja pienempien sairaaloiden (21 %) välillä. (Besse ym. 2016, 150.)

Tuloksiin saattaa tutkijoiden mukaan vaikuttaa se, että yliopistosairaalat hoitavat alueellisesti eniten potilaita, joiden sairaus on edennyt pidemmälle. Tutkijat myös arvelivat, että nuoremmat potilaat saattavat keskustella kivusta ja oireista luontevammin hoitohenkilökunnan kanssa. (Besse ym. 2016, 151.) Yliopistosairaalan potilaiden keski-ikä oli 53 vuotta (50–57), opetussairaalan 60 vuotta (57–63) ja aluesairaaloitten 64 vuotta (62–65) (Besse ym. 2016, 150). Tutkijat viittasivat Deandreaan ym. (2008, 1985–1991) kuvailleen katsausartikkelissaan, että pidemmälle edennyttä syöpää sairastavat potilaat saavat myös parempaa hoitoa oireisiinsa. (Besse ym. 2016, 151). Tutkimus antoi tekijöidensä (Besse ym. 2016 148–152) mukaan luotettavan kuvan onkologien tavasta arvioida potilaiden kipua. Standardoitu kivunarviointi, eli VAS tai NRS tehtiin ja kirjattiin vain yhdessä lähes viidestäsadasta lääketieteellisestä potilasasiakirjasta, joita tutkimuksessa tarkasteltiin. Tulokset osoittavat, että kliinisen työn tueksi tehdyt hoitosuositukset syöpää sairastavien kivun arvioinnista

oli otettu heikosti käyttöön onkologian poliklinikoilla ja tutkijat totesivat, että syöpää sairastavia hoitavien ammattilaisten ei tulisi keskittyä vain syövän hoitoon, vaan myös huomioida potilaan kipu ja sen vaikutus elämänlaatuun sekä myös kirjata siitä.

5.2.2 Terveydenhuollon ammattilaisesta lähtöisin olevat estävät tekijät

Lääkärit saattavat luottaa enemmän omaan tai sairaanhoitajien arvioon, kuin potilaan itsensä kertomaan (Rhondali ym. 2012, 301), joka luokitellaan terveydenhuollon ammattilaisesta johtuvaksi kivunarvioinnin estäväksi tekijäksi. Kivun arvioinnin esteeksi saattaa koitua myös terveydenhuollon ammattilaisen huoli potilaan kuormittumisesta ja uskomus siitä, että potilas ei ymmärrä arviointikysymyksiä oikein (Rhondali ym. 2012, 301).

Rhondalin ym. (2012, 301–307) tekemän tutkimuksen tarkoitus oli vertailla palliatiivisessa hoitoyksikössä edennyttä syöpää sairastavien potilaiden ESAS-kyselyissä ilmoittamia oireita sairaanhoitajien ilmoittamiin oireisiin. Tutkimus tehtiin edennyttä syöpää sairastavien potilaiden palliatiivisen hoidon yksikössä huhtikuun ja heinäkuun 2010 välisenä aikana. Yksikköön saavuttuaan 118 potilasta täytti ESAS:n ensimmäisenä hoitopäivänä, ja 116 potilasta kolmantena hoitopäivänä. Potilaiden keski-ikä oli 58 vuotta ja 85 prosenttia heistä oli naisia. Sairanhoitajien kliininen arvio ja potilaan ilmoittamien oireiden voimakkuus ja vaikutus elämänlaatuun erosivat toisistaan.

Tulokset viittasivat sairaanhoitajien arvion ja potilaiden omien kokemusten väliseen ristiriitaan. Tämä havainto oli tutkijoiden mukaan erityisen huomion arvoinen, koska tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat olivat palliatiivisen hoidon ammattilaisia ja heidän tekemillään arvioilla oli suuri merkitys potilaan samaan hoitoon. (Rhondali ym. 2012, 301.)

Suuri osa lääkäreistä ei käytä rutiininomaisesti oireiden arviointityökaluja päivittäisessä hoitotyössä, vaan he hoitavat potilaita oman tai hoitajan kliinisen arvion perusteella. Tulokset viittaavat myös siihen, että yksinomaan hoitajan ja lääkärin tekemään kliinisen arvion pohjalta määrätty hoito saattaa olla tehottomampaa kuin potilaan itsensä antaman oirearvion perusteella määrätty hoito. (Rhondali ym. 2012, 301.)

Lääkärit eivät välttämättä rutiinisti käytä oirearviotyökaluja, koska arvelevat niiden vain kuormittavan potilaita tai potilaiden tulkitsevan kysymyksiä väärin. On myös viitteitä siitä, että potilailta validoiduilla menetelmillä kerätty tieto on merkittävässä asemassa arvioitaessa potilainen kokemaa fyysistä ja psyykkistä stressiä, mutta silti hoitoa koskevat päätökset tehdään hoitajien ja lääkäreiden kliinisen vaikutelman perusteella. (Rhondali ym. 2012, 301.)

Rhondalin ym. (2012, 301–307) tutkimuksessa sekä heidän mainitsemissaan aiemmissa tutkimuksissa osoitetaan, että yhteys potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on rajallinen, mutta aiemmissa tutkimuksissa otokset olivat pienemmät ja potilasryhmät oli sekoitettu iän, syöpätyypin ja syövän laajuuden suhteen. Aiemmissa tutkimuksissa oli käytetty samoja työkaluja oireluokitukseen niin potilaan kuin terveydenhuollon ammattilaisten osalta. Näin ei ole tehty tässä kliinisessä tutkimuksessa, ja tämä voi selittää ristiriidan Rhondalin ja aiempien tutkimusten välillä. Tutkimukseen on valittu laajempi vaikutelma ESAS:a mieluummin, koska jokaisen ESAS-kyselyn kohdan kysyminen olisi ollut teennäisempää kuin kliininen skenaario. Rhondali ym. (2012, 304) halusivat arvioida kliinistä vaikutelmaa mieluummin, kuin ESAS-skenaariota.

Boveldtin ym. (2015, 364–370) tutkimuksessa tutkittiin onkologian poliklinikalla käyneiden potilaiden kivun arviointia ja sen kirjaamista potilastietoihin. Tutkimukseen valikoidut sairaalat olivat keskenään samankokoisia, niiden erikoisalat olivat samankaltaisia, ja niissä oli käytössä niin paperisia kuin sähköisiä potilastietojärjestelmiä. Mukaan tutkimukseen otettiin kaikkien tutkimussairaaloiden onkologioiden tekemät kirjaukset kahden vuoden ajalta. Kaikissa sairaaloissa oli käytössä protokollat kivun arviointiin, mutta hoitajat kirjasivat niitä eri järjestelmään lääkäreiden kanssa. (Boveldt ym. 2015, 365–366.) Kaikki tutkittavat potilaat olivat yli 18-vuotiaita, ja heillä oli syöpädiagnoosi. Tutkimukseen otettiin mukaan vain ensimmäistä kertaa poliklinikalla asioineiden potilaiden potilastiedot. Yhteensä 395 sairauskertomusta valittiin mukaan tutkimukseen. Vaikka kaikki luokiteltiin uusiksi ensi kertaa poliklinikalla asioiviksi potilaiksi potilastietojen perusteella, niin 15 ei täyttänyt kriteereitä ja heidät rajattiin pois tutkimuksesta. Yhteensä 377 potilaan potilastiedot ja 987 käyntiä koskevat kirjaukset olivat mukana tutkimuksessa. Kivun kirjaaminen ja rekisteröinti jaettiin kvalitatiiviseen, kvantitatiiviseen ja epäspesifiin oirekuvaukseen. Kvantitatiiviseksi luokiteltiin kivun arvioinnin kirjaaminen numeraalisella tai muulla asteikolla, ja kvalitatiiviseksi luokiteltiin kaikki muu kivun tai kivuttomuuden kirjaaminen ja rekisteröinti. Epäspesifiksi oirekuvaukseksi luokiteltiin kaikki muu kivusta tai kivuttomuudesta kirjaaminen, esimerkiksi ”voi hyvin, ei tuo esiin huolia” jne. (Boveldt ym. 2015, 365–366.)

Tulokset osoittivat, että kivusta kirjattiin useimmin akateemisissa sairaaloissa, kun taas muissa sairaaloissa kirjattiin vain epäspesifinen kuvaus potilaan oireista. Potilaiden iällä, sukupuolella tai poliklinikkakäynnin ja diagnoosin aikavälillä ei näyttänyt olevan merkitystä kirjaamisen suhteen. Epäspesifillä oirekuvauksella ei voida päätellä onko potilaalla kipua, eikä potilaan kokeman kivun voimakkuutta. Kivusta myös kirjataan useimmiten ensimmäisellä käynnillä, kuin sitä seuraavilla. (Boveldt ym. 2015, 368).

Lisätutkimusta aiheesta tarvitaan hoitokäytäntöjen ja hoitosuositusten kehittämiseksi, koska tutkimushavainnot osoittivat, että kivun arviointi VAS:lla tai NRS:llä on käytännössä olematonta. Kivunarviointiin tulee kuitenkin käyttää spesifejä kipua kuvaavia kysymyksiä ja dokumentoida myös, mikäli potilas on tutkimushetkellä kivuton ja oireeton. (Boveldt ym. 2015, 367–368.)

5.2.3 Potilaslähtöiset estävät tekijät

Psykologisina potilaslähtöisinä estävinä tekijöinä kivun arvioinnille mainitaan muun muassa potilaan omat pelot taudin etenemisestä ja huolet opioidiriippuvuudesta (Fink & Gallagher 2019, 233; Van den Beuken-Van Everdingen ym. 2018, 2; Andersson ym. 2019, 3722). Myös ammattilaisen pelko potilaan opioidiriippuvuudesta saattaa haitata kivun arvioinnin prosessia (Besse ym. 2016, 151). Kivun arviointi saattaa jäädä vähemmälle huomiolle itse syövän diagnosoinnin ja hoidon ollessa terveydenhuollon ammattilaisen prioriteeteissa korkealla (Fink & Gallagher 2019, 233). Kivun muuttuva luonne kuitenkin vaatisi sen jatkuvaa arviointia ja kontrollointia (Stewart 2014, 45).

Kipuun ja sen arviointiin vaikuttavat myös monet muut potilaasta lähtöisin olevat psykologiset tekijät, kuten kivun tulkinta (Stewart 2014, 45). Potilaan ikä saattaa osaltaan vaikuttaa halukkuuteen kertoa kivusta, ja iäkkäämmät potilaat saattavatkin helpommin jättää kertomatta oireistaan (Besse ym. 2016, 151). Koska syöpä itsessään on potilaiden ja ammattilaistenkin tärkein huolenaihe, jää kivun ja oireiden arviointi helposti taka-alalle (Fink & Gallagher, 2019, 233; Van den Beuken-Van Everdingen ym. 2018, 2). Lisäksi potilailla on käsitys, että kipu on väistämätöntä syöpää sairastessa (Van den Beuken-van Everdingen ym. 2018, 2).

Van den Beuken-Van Everdingen ym. (2018, 1) mukaan syöpää sairastavilla on vaikeuksia keskustella spontaanisti oireistaan kliinisessä ympäristössä, vaikka oireet olisivatkin kiusallisia. Useimmiten keskusteltiin väsymyksestä ja kivusta, ja vain noin 50 prosenttia potilaista keskusteli muista kiusallisista oireista hoitohenkilökunnan kanssa.

Syöpäkipu voi olla useista eri mekanismeista johtuvaa, ja mekanismien erottelu toisistaan on haastavaa (Stewart 2014, 45). Myös kivun subjektiivinen luonne tekee kivun arvioinnista haastavaa ja kipuherkkyys vaihtelee suuresti yksilöiden välillä, joten lääkärin ammattitaito ja kokemus onkin yksi tärkeimmistä kivun arvioinnin työkaluista ottaen huomioon edellä mainitut tekijät (Fink & Gallagher 2019, 230; Stewart 2014, 45). Syöpä on hyvin moniulotteinen sairaus ja luo haasteita kivun arvioinnin onnistumiselle (Gallagher ym. 2017, 8). Besse ym. (2016, 151) mainitsivat Deandreaan ym. (2008, 1985–1991) kuvailleen katsausartikkelissaan, että pidemmälle edennyttä syöpää sairastavat potilaat saavat myös parempaa hoitoa oireisiinsa.

Sipilä, ym. (2017, 922–930) tutkivat, lisääkö odotukset kivusta sen määrää. Tutkijat halusivat ymmärtää paremmin yhteyttä kipujen ja psykologisten tekijöiden välillä: korreloivatko odotus kivusta sekä ahdistus koetun kivun kanssa. Tutkimukseen osallistui 563 rintasyöpädiagnoosin saanutta ja leikkausta odottavaa suomea äidinkielenään puhuvaa 18–75-vuotiasta naista. Kaikki osallistuneet potilaat olivat hoidettavana Helsingin yliopistollisen keskussairaalan rintakirurgian yksikössä. (Sipilä ym. 2017, 923). Tutkijat vertasivat 563 tutkimukseen osallistuneen potilaan, joilta pyydettiin arvioimaan leikkauksen jälkeisen kivun odotuksia, tietoja 433 sellaisen potilaan tietoihin, joilta odotuksista ei kysytty. Nämä ryhmät erosivat toisistaan vain siinä, että ryhmän jolta kivun odotuksista ei kysytty, keski-ikä oli hieman korkeampi. (Sipilä ym. 2017, 925.)

Tutkittavat tapasivat tutkimushoitajan 1–3 päivää ennen suunniteltua leikkausta. He täyttivät käynnillä taustatietolomakkeen, johon kirjattiin ikä, pituus, aiempien rintaleikkausten lukumäärä, aiemmat kipusairaudet ja tupakointi. Heitä pyydettiin myös kertomaan, mikäli leikattavalla alueella oli juuri sillä hetkellä kipua ja arvioimaan sitä (NRS 0-10). Kivun voimakkuus kirjattiin olevan kolmella erillisellä alueella: rinnassa, kainalossa ja olkavarressa. Psykologisia tekijöitä kartoittavia testejä tällä käynnillä olivat Beck Depression Inventory (BDI) ja State-Trait Anxiety Inventory (STAI state ja STAI trait). (Sipilä ym. 2017, 923.)

Tutkimuksen alettua osallistujia pyydettiin arvioimaan, kuinka paljon kipua he odottivat kokevansa leikkauksen jälkeen (NRS 0-10). Ennen leikkausta osallistujille suoritettiin tutkimushoitajan toimesta kylmä-kuuma-testi, jonka päätteeksi he arvioivat kokemaansa kipua 0–10-asteikolla (NRS). (Sipilä ym. 2017, 923.)

Leikkauksen jälkeen potilaiden tietoja tarkasteltiin leikkaustyyppin mukaan. Leikkaustyyppejä olivat rintojen resektio vartijaimusolmukebiopsialla, yhden rinnan resektio ja kainalon imusolmukkeiden puhdistusleikkaus, yhden rinnan poisto ja vartijaimusolmukebiopsia, mastektomia ja kainalon imusolmukkeiden puhdistusleikkaus. Leikkauksen jälkeen heräämössä tutkimushoitaja titrasi kipulääkitystä eli suonensisäistä oksikodonia, ja osastolla potilailla oli käytössään PCA-kipupumppu. Oksikodonin kokonaiskulutus kirjattiin. (Sipilä ym. 2017, 923.)

Kotona potilaita pyydettiin kirjaamaan kivun voimakkuus leikkausalueella (NRS 0-10) kolme kertaa päivässä, aamulla, päivällä ja illalla seitsemänä päivänä leikkauksen jälkeen. Kipu arvioitiin kuten ennen leikkausta (rinta, kainalo ja olkavarsi) ja "pahin kipu" laskettiin kuten ennen leikkausta. Kotiin annetut kipulääkitysohjeet olivat samanlaiset kaikille. (Sipilä ym. 2017, 923.)

Tutkimuksen tarkoitus oli tunnistaa ja seuloa niitä tekijöitä, jotka altistavat potilaan pitkittyneelle tai voimakkaalle postoperatiiviselle kivulle. Tulokset tukivat tutkijoiden päähypoteesia: Odotus voimakkaasta leikkauksen jälkeisestä kivusta ja preoperatiivinen ahdistus näkyi voimakkaampana leikkauksen jälkeisenä kipuna. (Sipilä ym. 2017, 927.) Potilaat, jotka odottivat erittäin voimakasta leikkauksen jälkeistä kipua (NRS 7-10), olivat ahdistuneempia. He raportoivat enemmän kipua kaikista kivun muuttujista mukaan lukien ennen leikkausta, ja kokeellisissa kiputesteissä ennen leikkausta. He myös tarvitsivat enemmän oksikodonia riittävän kivunlievityksen aikaansaamiseksi heräämössä ja raportoivat kyselyissä voimakkaammasta postoperatiivisesta kivusta. (Sipilä ym. 2017, 928.)

Tulosten mukaan odotukset kivusta vaikuttavat olevan yhteydessä kipuherkkyyteen ja psykologisiin tekijöihin (Sipilä ym. 2017, 928). Sipilän ym. (2017, 922–930) tulokset olivat varsin yhdenmukaisia aiempien tutkimusten kanssa, joissa heidän mukaansa myös korostetaan psykologisten muuttujien, kuten ahdistuneisuuden, masennuksen ja kipuodotusten roolia leikkausten jälkeiseen akuuttiin kipuun. Suhde kivun, psyykkisen ahdistuksen ja kipuodotusten välillä on tärkeää ottaa huomioon, kun suunnitellaan hoitoa, ja näitä tekijöitä tulisi myös arvioida ennen toimenpiteitä. Ammattilaisten tulisi tunnistaa pitkittyneen tai voimakkaan kivun riskitekijät, jotta he voisivat tehdä tarvittavia interventioita näiden tekijöiden vaikutusten minimoimiseksi. (Sipilä ym. 2017, 928.)

Etniset ja kulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa estävästi kivun arvioinnin toteutumiseen kommunikaatiovaikeuksien kautta, tai koska saatavilla ei ole soveltuvia työkaluja. Tutkimustulosten mukaan etnisten vähemmistöjen kipua aliarvioidaan muuhun väestöön verrattuna. (Fink & Gallagher 2012, 233). Kivusta kertomiseen ja kivun hoitoon voi vaikuttaa potilaan kulttuurin mukainen käsitys kivusta ja tavat ilmaista sitä. Myös ammattilaisilla saattaa olla ennakkokäsityksiä eri etnisten ryhmien tavasta ilmaista kipua. Osaltaan syynä kivun arvioinnin ja hoidon epäonnistumiselle saattaa olla vuorovaikutuksen ongelmat ja puutteet terveydenhuollon toimintaohjeissa. (Niemi-Murola ym. 2011, 745.)

Niemi-Murolan, ym. (2011, 745–746, 748) mukaan potilaan etnisillä ja kulttuurisilla taustoilla on todettu olevan vaikutusta kivun hoitoon. Heidän tutkimuksessaan Meilahden sairaalan potilasrekisteristä haettiin tietoja 1.9.–31.12.2009 päivystyksessä asioineista vieraskielisistä potilaista. Tutkimuksessa selvitettiin, miten potilaiden kipua oli päivystyksessä mitattu ja hoidettu. Kaikkiaan 288 vieraskielisen potilaan potilasasiakirjoja tarkasteltiin. Potilaat tulivat 39 maasta ja puhuivat 37 eri äidinkieltä. Potilaiden mediaani-ikä oli 36,5 vuotta ja heistä miehiä oli 172 ja naisia 116. (Niemi-Murola ym. 2011, 745-746). Kyseessä oli kuvaileva selvitys, eikä potilaiden saamaa hoitoa verrattu kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien kanssa.

Potilaista yli puolet oli tullut päivystykseen kivun vuoksi. Lääkärin tai hoitajan tekemän arvion mukaan 24 % potilaista oli kivuttomia, 38 %:lla oli lievää kipua palpaatiossa, 16 %:lla oli selvää kipua ja 3 % valitti tai itki kivusta. Vain 13 potilasta oli käyttänyt kipujanaa. Suurin osa potilaista (68 %) ei saanut päivystyksessä mitään kipulääkettä. (Niemi-Murola ym. 2011, 745.)

Tutkijat olivat selvittäneet potilasasiakirjoista kivun mittaamiseen käytetyn menetelmän, joka oli jokin kipumittari, hoitohenkilökunnan suorittama subjektiivinen arvio tai jokin muu menetelmä. Lisäksi oli tutkittu, oliko potilaan kipua ja mahdollisesti annetun hoidon tehoa kontrolloitu ensimmäisen mittauksen jälkeen. Lisäksi potilaiden saamia kipulääkkeitä ja niiden annoksia oli tarkasteltu. Vain viidesosassa käynneistä oli merkintä tulkin käytöstä. Tulkin roolissa oli useimmiten potilaan omainen tai ystävä. Vain harvoin oli käytetty ammattitulkia. (Niemi-Murola ym. 2011, 746.)

185 käynnin (54 %) taustalla oli kipua. Lääkärin tai hoitajan sanallinen arvio löytyi usemmista potilasasiakirjoista, mutta kipujanaan perustuva VAS-arvio löytyi vain 13 potilaan kirjauksista. Sanallisen arvion mukaan 83 kaikista potilasta (24 %) oli kivuttomia, 131 potilaalla (38 %) oli lievää kipua

tai aristusta jonkin kehon alueen palpaatiossa. 54 potilaalla (16 %) oli selvää kipua, ja 11 potilasta (3 %) valitti tai itki kivusta tai oli merkinnän tehneen henkilön mukaan tuskainen. Sisätautien potilaista 29 %:n, neurologisista 28 %:n, keuhkosairauksien 26 %:n ja kirurgisista potilaista 7 %:n potilasasiakirjoissa ei ollut mainintaa kivun mittaamisesta. Maininta puuttui myös 9 potilaalta, joiden tulosityksi oli kirjattu kipu (7 kirurgista ja 2 neurologista potilasta). (Niemi-Murola ym. 2011, 746-747.) Tutkimus osoitti kivun arvioinnin ja kirjaamisen olevan valitettavan puutteellista, ja yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa kipukyselyiden ja asteikkojen käyttöä. Vähintään sanallinen arviointi vieraskielisen potilaan kivusta tulee kirjata, jollei käytössä ole soveltuvaa kipumittaria. (Niemi-Murola ym. 2011, 749.)

Kulttuuriset eroavaisuudet ja vivahteet tulisi osata ottaa huomioon työkalua valitessa (Fink & Gallagher 2012, 233). Kulttuurista riippuen kipu saatetaan käsittää rangaistukseksi, pahan silmän aiheuttamaksi tai epätasapainoksi oman itsensä ja ympäristön välillä. Afrikkalaistaustaiset ihmiset helposti kieltävät kipunsa, kun taas aasialaista tai arabialaista taustaa olevat potilaat ilmaisevat kipuaan mieluiten sanallisesti. Joissakin kulttuureissa kivunsieto on osoitus miehekkyydestä ja siitä kertominen mielletään heikkoudeksi. (Niemi-Murola ym. 2011, 748-749). Kulttuuriset erot johtavat usein väriin käsityksiin, luottamuspulaan ja huonoon kommunikaatioon, vaikka kivun arviointiin olisi saatavilla useita eri työkaluja monilla eri kielillä. Näiden työkalujen tuominen osaksi käytännön työtä parantaa vieraskielisten potilaiden asemaa ja heidän saamansa hoidon laatua sekä helpottaa myös henkilökunnan työtä (Niemi-Murola ym. 2011, 748–749). Hoitajilla on luottamusta ja kommunikaatiota vahvistamalla avainrooli potilaan kivun arvioinnissa ja hoidossa (Gallagher, Rogers & Brant 2017, 8).

5.3 Kivunarvioinnin mahdollistavat tekijät

TAULUKKO 3. Kivunarvioinnin mahdollistavia tekijöitä.

Potilaslähtöiset tekijät	Organisaatiolähtöiset tekijät	Terveydenhuollon ammattilaisesta lähtöisin olevat tekijät	Muut tekijät
-Halu ja uskallus kertoa oireista - Luottamus hoitavaan henkilökuntaan - Kivun lisääntyminen lisää halukkuutta keskustella kivusta	- Aika- ja resurssit - Henkilöstön koulutus - Ammattikuntien välisen hierarkioiden purkamisen - Potilaskeskeisyys - Teoreettinen lähestymistapa ja suositusten käyttöönotto - Suunnitelmien kehittäminen - Validoitujen työkalujen saatavuuden varmistaminen	- Välittävä ja potilaskeskien lähestymistapa -Halu kuunnella potilasta - Hyvät kommunikaatio- taidot - Suositusten noudattaminen - Kivunarvioinnin rutiinit	-Potilaan osallistaminen esim. oirepäiväkirjan pitämisellä - Lisätutkimus aiheesta -Koulutuksen kehittämisen -Läheisten tekemät arviot muistisairaana tai tajuttoman potilaan kivusta - Uudet teknologiat kivun arvioinnissa

Potilaan omat vaikutusmahdollisuudet ja osallisuus kivunarvioinnissa on huomionarvoista. Esimerkiksi oirepäiväkirjan pitäminen saattaa olla käyttökelpoinen apuväline kuvailemaan hoitaville ammattilaisille potilaan oireet ja niiden vaikutukset potilaan elämänlaatuun. Hyvä tiedonkulku ja avoin kommunikaatio ammattilaisten ja potilaan välillä auttaa ylittämään kivun- ja oirearvioinnin esteitä. Lisäksi kivun lisääntyminen lisää myös potilaan halukkuutta keskustella kivusta. (Besse ym. 2016, 151–152).

Bessen ym. (2016, 152) tutkimuksessa kuvatun kansallisen hoitosuosituksen käyttöönoton jälkeen odotettiin parempia tuloksia, mutta niitä ei kuitenkaan löytynyt. Siksi olisi kehitettävä parempia suunnitelmia kivun arvioinnin parantamiseksi. Kivun arvioinnin rutiininomainen suorittaminen validoiduilla työkaluilla osana vitaalinelintoimintojen tarkkailua parantaa kivun arviointia ja hoitoa (Besse

ym. 2016, 152: Rhondali ym. 2012, 304). Syöpäsairauden oireiden ja syöpäkipujen hallinta edellyttää myös arvioinnin säännöllistä kirjaamista. Lisätutkimusta tarvitaan eri oireita tunnistavien ja riittävien työkalujen löytämiseksi sekä hoitotyön ammattilaisten koulutuksen kehittämiseksi, jotta he myös ottaisivat nämä työkalut osaksi potilastyötä (Rhondali ym. 2012, 305–306.)

Luckettin, ym. (2013, 229–253) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa mainittiin, että laadulliset tutkimukset viimeisen vuosikymmenen aikana korostavat potilaskeskeisen lähestymistavan merkitystä syöpäkipun arvioinnissa ja hallinnassa. Heidän päätelmiensä mukaan kivunarvioinnin ja -hoidon suosituksia olisi tuettava teoreettisella lähestymistavalla ja koulutuksella, joka parantaa potilaiden ja ammattilaisten välistä kommunikaatiota. Hoitajien suhdetta potilaisiin ja moniammatillista yhteistyötä tulisi nostaa esille. Hoitajien merkitystä kivunarvioinnissa ja -hoidossa voisi korostaa heidän kouluttamisellaan. Käytännössä ratkaisut on tehtävä kunkin organisaation resurssit ja palvelurakenne huomioon ottaen, mutta kuitenkin potilaslähtöisesti ja koordinoitusti.

Luckettin ym. (2013, 247) katsaus antoi vahvan viestin siitä, että potilaat omaisineen toivovat saavansa potilaslähtöistä ja yksilöllistä hoitoa oirekeskeisen hoidon sijaan. Kivun arvioinnin ja -hoidon tulisi osallistaa potilasta ja olla kokonaisvaltaista ja yksilöllistä (Luckett 2013, 235). Välittävä lähestymistapa ja halu kuunnella potilasta olivat tärkeimpiä asioita, joita potilaat ja omaiset nostivat esille. Myös luottamuksellinen suhde potilaiden ja ammattilaisten välillä rohkaisee potilaita kertomaan kivusta, ja mahdollistaa kokonaisvaltaisen kivunarvioinnin ja -hallinnan. (Luckett 2013, 246–247.)

Muistisairaiden henkilöiden osalta Hallikainen (2019) mainitsee läheisten arvion olevan avainasemassa kivun toteamisessa. Pudas-Tähkän väitöskirjassa (2018, 18) tajuttoman potilaan osalta korostettiin myös läheisten osallisuutta kivun arvioinnissa.

Syöpäpotilaiden kivunarvioinnissa on mahdollisuudet käyttää apuna uusia innovaatioita tai jo olemassa olevaa teknologiaa. Besse ym. (2016, 320–326) tutkivat sms-viestipalvelun (SMS) ja interaktiivisen äänivastetekniikan (IVR) tehoa syöpää sairastavien kivun hoidon tehostamisessa. Tutkimuksessa potilaat vastaanottivat 4 viikon ajan IVR-viestin, johon älypuhelimella vastaamalla he arvioivat sen hetkistä kipuaan NRS:llä (0-10). Jos kipu oli vaikeaa tai kovaa (NRS yli 5), hoitaja otti heihin yhteyttä jo samana päivänä. Tutkimukseen osallistui 13 henkilöä, joista 4 kuoli tutkimuksen aikana. Miehiä oli 10 ja naisia 3. Tutkimukseen osallistuakseen potilaan tuli olla yli 18-vuotias, hänellä tuli olla syöpädiagnoosi, omistaa älypuhelin ja asua kotona. (Besse ym. 2016, 320.)

Vastaanotettuaan tiedon potilaan kokemasta kovasta kivusta (NRS yli 5) tutkimushoitaja otti yhteyttä potilaaseen. Hän kysyi tarkentavia kysymyksiä kivusta, ja interventiot mukautettiin vastaamaan potilaan tarpeita. Hoidon tehoa seurattiin ottamalla yhteyttä potilaaseen uudelleen seuraavana päivänä. (Besse ym. 2016, 323.)

Tulosten mukaan SMS- ja IVR-tekniikka tarjosi potilaille hyvän työkalun kivusta raportoimiseen, eikä edes iäkkäimmillä potilailla ollut vaikeuksia käyttää niitä. Työkalun avulla hoidon mukauttaminen oli oikea-aikaista ja tehokasta. Kivun arvioinnin työkaluna SMS- ja IVR-tekniikka näyttäytyi luotettavana, ja potilaat omaksuivat sen hyvin. Lisäksi potilaat olivat olleet tyytyväisiä tutkimushoitajan yhteydenottoon ja saamiinsa neuvoihin. (Besse ym. 2016, 320, 325.) Lisää kontrolloitua tutkimusta suuremmalla potilasotannalla tarvitaan, jotta voidaan varmistaa ja selvittää tämän tyyppisten työkalujen soveltuvuus ja tehokkuus. (Besse ym. 2016, 320.)

5.4 Pohdinta ja johtopäätökset

Tulosten mukaan kivunarviointiin vaikuttavat monet osatekijät. Kaikilla mukaan valituilla tutkimuksilla oli omia näkökulmia kivunarvioinnin prosessiin, mutta silti viitteitä yhteneviin tekijöihin löytyi paljon.

Syöpää sairastavan kipua tulee arvioida säännönmukaisesti joka käynnillä, ja aina kun kipua esiintyy. On tärkeää kirjata myös kivuttomuus, koska kivuttoman potilaan muuttuminen uudelleen kivuliaaksi voi kertoa muutoksista potilaan voinnissa ja taudinkuvassa. Kivunarviointiin tulee käyttää validoitua työkalua, joka kartoittaa potilaan kipua mahdollisimman monella eri osa-alueella ja ottaa huomioon kivun vaikutukset potilaan elämänlaatuun.

Kivun arviointia estäviä tekijöitä terveydenhuollossa ovat muun muassa ajanpuute, kivun subjektiivinen luonne sekä erilaiset uskomukset (taulukko 2.). Varsinkin ajanpuute nousi esiin tuloksissa. Kivun arviointia siirretään myöhemmäksi tai jätetään se kokonaan väliin johtuen kiireestä. Ajanpuutteesta johtuvat hoitotyön priorisoinnin ongelmat voinee kuitenkin tulkita olevan lähtöisin organisaatiosta, ei niinkään yksittäisestä terveydenhuollon ammattilaisesta. Näihin asioihin on tärkeä tehdä parannuksia organisaation sisäisillä ohjeilla, työnohjauksella ja oikein mitoitetuilla resursseilla.

Terveydenhuollossa tulee osata tunnistaa tekijät, jotka voivat estää ja vaikeuttaa kivun- ja oireiden arviointia (taulukko 2). Myös tekijät, jotka altistavat pitkittyneelle tai voimakkaalle kivulle, tulee osata ottaa huomioon. Näitä tekijöitä ovat muun muassa ahdistus, masennus ja odotukset kivun mää-
rystä. Näitä asioita potilastyössä arvioimalla ja niihin puuttamalla voitaisiin ennaltaehkäistä potilaiden turhaa kärsimystä. Mielestämme näissä interventioissa on tärkeä hyödyntää myös psykososiaalisen ja emotionaalisen tuen menetelmiä, yksinkertaisimmillaan tarjoamalla potilaalle riittävästi tukea ja keskusteluapua. Myös lääkehoidon mukauttaminen vastaamaan potilaan oireita tulee olla oikea-aikaista ja tehokasta.

Erilaiset uskomukset saattavat vaikuttaa kivun arvioinnin tiheyteen ja laatuun. Kivun arviointia saatetaan vältellä, koska ajatellaan sen kuormittavan potilasta tai esteenä oirearvioinnille voivat olla myös potilaan omat pelot taudin etenemisestä, jolloin tarvitaan psykososiaalisen ja emotionaalisen tuen menetelmiä. Pelot ja huolet ovat luonnollisia vakavaa sairautta sairastaessa, joten terveydenhuollon ammattilaisen tulee näissä tilanteissa rohkaista potilasta kertomaan oireistaan ja tukea sairautteen liittyvien pelkojen hallinnassa.

On olemassa riski, että terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan oma näkemys ovat ristiriidassa keskenään, joten pelkkä terveydenhuollon ammattilaisen tekemä arvio potilaan oireista ei riitä. Potilaan oma näkemys ja kivunarviointi käyttäen avuksi numeraalisia tai visuaalisia mittareita on merkittävässä asemassa hoidon mukauttamisen näkökulmasta. Myös muita oirearvioinnin keinoja on tarkoituksen mukaista käyttää, esimerkiksi oirepäiväkirja tai omaisten haastattelu.

Kivunarvioinnin esteeksi saattaa koitua myös kulttuuriset tai etniset tekijät. Nämä tekijät vaikuttavat potilaan tapaan ilmaista kipua ja kertoa siitä. Kommunikaatiovaikeudet korostuvat tässä potilasryhmässä ja tähän huomiota kiinnittämällä kielivähemmistöön kuuluvien potilaiden kipua ja oireita voitaisiin arvioida asianmukaisesti. Käytännön hoitotyössä on varauduttava kohtaamaan vähemmistöihin kuuluvia potilaita ja juuri siksi hoitavissa yksiköissä tuleekin olla kattavasti saatavilla erilaisia kyselyitä useille eri kielille käännettynä. Kivunarvioinnissa tulee huomioida se, että potilas ymmärtää kysymykset oikein. Tulkin käyttö hoitotilanteessa on suositeltavaa.

Uusien työkalujen kehittäminen ja uusien teknologioiden mukaantulo osaksi kivunarvioinnin ja kivunhoidon prosessia on mielenkiintoa herättävä aihe. Esimerkiksi interaktiiviset viestipalvelut ja sovellukset olisivat nykypäivää, ja tehdyn tutkimuksenkin mukaan ne myös omaksuttiin hyvin

osaksi hoitoa. Silti on olemassa potilasryhmiä, joille kovin kehittyneet interaktiiviset sovellukset ja palvelut eivät ole soveltuvia johtuen esimerkiksi haluttomuudesta tai kykenemättömyydestä sisäistää niiden käyttö. Näille potilaille pitää tulevaisuudessakin pystyä tarjoamaan mahdollisuus vastata kysymyksiin joko suullisesti tai paperilomakkeella. Teknologia voisi kuitenkin ratkaista esimerkiksi aikaviiveen potilaan kivun lisääntymisen ja hoidon mukauttamisen välillä tietojen reaaliaikaisella siirtämisellä ammattilaisen saataville.

Aiheena syöpää sairastavan kivun arviointi on hyvin mielenkiintoinen ja tutkimustietoa oli hyvin saatavilla. Jatkotutkimusta aiheesta selvästi kuitenkin tarvitaan, koska suositukset ja ohjeistukset eivät ole päässeet osaksi hoitotyön arkea.

5.5 Eettisyys ja luotettavuus

Koska kirjallisuuskatsaus on menetelmänä väljä, sen vuoksi eettisyys ja luotettavuus korostuu viimeistään tulosten tarkastelu- ja raportointivaiheessa (Kangasniemi ym. 2013, 297). Olemme tutustuneet kirjallisuuskatsauksen metodologiaan siinä määrin, että ymmärrämme pääpiirteittäin kyseessä olevan metodin mahdolliset luotettavuutta heikentävät tekijät. Kiinnitämme tähän erityistä huomiota ja suhtautua tekemiimme johtopäätöksiin kriittisesti ja objektiivisesti.

Yksi luotettavuutta heikentävä tekijä on tutkimusaineiston vieraskielisyys, jonka vuoksi valitsimme tutkimukseemme vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Englannin kielen kääntäminen vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta, jotta teksti tulee varmasti käännettyä oikein ja alkuperäinen merkitys säilyy.

Olemme pyrkineet tiedonhaun ja analyysiprosessin läpinäkyvyyteen sekä siihen, että opinnäytetyön lukijalle syntyy luotettava kuva siitä, millä keinoilla tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Tämän lisäksi olemme perehtyneet hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021) ja sen mukaisesti olemme parhaalla mahdollisella tavalla kiinnittäneet huomiota yleiseen huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen.

5.6 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja oppimiskokemus

Opinnäytetyön tekeminen antoi meille hyvän kokemuksen tutkimustyön tekemisestä ja sen toteutusparityönä sujui mutkattomasti. Vaikka työn toteuttaminen tapahtui samaan aikaan syventävien opintojen kanssa ja molemmat teimme töitä opintojen ohella, saimme työmme valmiiksi suunnittelussa aikataulussa. Aloitimme työn suunnittelun jo alkuvuodesta 2021 ja varsinainen toteutus tapahtui syys-lokakuussa 2021.

Työtä suunnitellessa ja tehdessä opimme kirjallisuuskatsauksesta tutkimuksen muotona. Opimme myös, että tutkimustyötä on tärkeää tehdä suunnitellusti ja ennalta määriteltyjen strategioiden mukaisesti. Tutkimuskysymyksemme oli alkuun määritelty tarkasti ja tutkimusta tehdessämme huomasimme, että kivun arviointiin vaikuttavat monet tekijät, ja työn toteutusvaiheessa päätimme ottaa nämä tekijät mukaan tutkimukseemme. Näitä tekijöitä on tärkeää nostaa esille ja niitä ei yksinkertaisesti voi ohittaa. Tarkastelimme kivunarvioinnin mahdollistavia ja estäviä tekijöitä.

Tietoa oli laajasti tarjolla ja niiden läpikäyminen oli yksi opinnäytetyömme aikaa vievin vaihe. Käytännössä luimme läpi hakustrategiamme mukaisesti haettujen tutkimusten kuvailun ja keskeiset tulokset, jonka jälkeen päätimme, soveltuuko tutkimus tai artikkeli käyttöömme. Suurin osa aineistosta oli englanninkielistä. Kiinnitimme erityistä huomiota siihen, että englanninkielinen teksti tulee varmasti tulkittua oikein.

Varsinaisen sisällönanalyysin tekeminen ja tulosten kuvailu vaati alkuun paneutumista itse tutkimusmetodiin, joka ei ollut meille entuudestaan tuttu. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on lisännyt tietoisuuttamme tutkimustyön tekemisestä ja syventänyt osaamistamme kivunarvioinnista. Työskentelemme kumpikin ympäristössä, jossa kipu on läsnä tavalla tai toisella, joten tätä osaamista tulee varmasti myös hyödynnettyä käytännön hoitotyössä.

LÄHTEET

Andersson, Viveka, Bergman, Stefan, Hensch, Ingela, Simonsson, Hanna & Ahlberg, Karin 2019. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. *Supportive Care Cancer*. 28(8), 3721–3729.

Atkinson, Thomas, Halabi, Susan, Bennett, Antonia V., Rogak, Lauren, Sit, Laura, Li, Yuelin, Kaplan, Ellen & Basch, E 2012. Measurement of Affective and Activity Pain Interference Using the Brief Pain Inventory (BPI): Cancer and Leukemia Group B 70903. *Pain Medicine* 2012; (13) 1417–1418.

Besse, Kees, Faber-te Boveldt, Nienke D., Janssen, Ge H. P., Vernooij-Dassen, Myrra, Vissers, Kris & Engels, Yvonne 2016. Pain assessment with short message service and interactive voice response in outpatients with cancer and pain: A Feasibility study. *Pain Practice*, 16(3), 320–326. Hakupäivä 29.10.2021.

Besse, Kees, Vernooij-Dassen, Myrra, Vissers, Kris & Engels, Yvonne 2016. The impact of a national guideline on the management of cancer pain on the practice of pain assessment and registration. *World Institute of Pain. Pain Practice*, 16 (2), 148–153. Hakupäivä 15.10.2021.

Buttenschoen, Daniela, Stephan, Jarad, Watanabe, Sharon, Nikolaichuk, Cheryl 2014. Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Support Care Cancer* (22), 201–202. Hakupäivä 31.10.2021.

Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G 2008. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Annals of Oncology*, 2008, 19:1985–1991. Hakupäivä 18.10.2021.

Fink Regina & Gallagher Eva 2019. Cancer Pain Assessment and Measurement. *Seminars in Oncology Nursing* 35 (2019), 229–234. Hakupäivä 6.10.2021.

Friman, Pirkko 2017. Kipuanalyysi. *Terveysportti. Duodecim*. Hakupäivä 14.2.2021. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=sairaanhoitajan%20k%C3%A4sikirja. Vaatii käyttöoikeuden.

Gallagher, Eva, Rogers, Barbara & Brant, Jeannine 2017. Cancer-Related Pain Assessment Monitoring the effectiveness of interventions. *Clinical journal of oncology nursing*. 21(3), 8–12. Hakupäivä 10.10.2021.

Hagelberg, Nora & Finne-Soveri, Harriet 2015. Palliatiivinen hoito. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 4.3.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/pli00042/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Hallikainen, Merja, Immonen, Annikka, Mönkäre, Riitta, Pihlakari, Pirkko 2019. Muistisairaahan hoito. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 29.10.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/mho00066/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Heiskanen, Tarja 2017. Syöpäkivun hoito vs. palliatiivinen hoito – miksi kivun hoidon erityisosaamista tarvitaan? *Kipuviesti* 2017 (2), 8–10.

Heiskanen, Tarja, Hamunen, Katri & Hirvonen Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim* 2013, 386.

Heiskanen, Tarja & Kalso, Eija 2018. Syöpäpotilaan kivun tutkiminen. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 14.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Holma, Liisa, Alaruikka, Silja, Yli-Olli, Tuuli & Rahko, Eeva 2019. Syöpäkivun lääkehoito (PPSHP) Hoitoketjut Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. *Terveysportti*. Duodecim. Hakupäivä 14.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Kalso, Eija 2013. Syövän hoidon aiheuttama kipu. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 21.1.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Kalso, Eija 2018. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? *Lääkärilehti* 73 (18), 1119–1126.

Kangasmäki, Elisa & Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2017. Kivun arviointi. *Terveysportti*. Duodecim. Hakupäivä 14.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Kangasniemi, Mari, Utriainen, Kati, Ahonen, Sanna-Mari, Pietilä, Anna-Maija, Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. *Hoitotiede* 25 (4), 291–297.

Keituri, Taina. 2013. Kivun mittaamisen visuaalis-analogisia mittareita. *Terveysportti*. Duodecim. Hakupäivä 14.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Kontinen, Vesa & Hamunen, Katri 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Hakupäivä 21.1.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12492>.

Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä 2017. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1–60. Hakupäivä 9.2.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Elo, Satu, Kanste, Outi, Pölkki, Tarja 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 139.

Luckett, Tim, Davidson, Patricia, Green, Anna, Boyle, Frances, Stubbs, John & Lovell, Melanie 2013. Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013, 46(2), 229–253. Hakupäivä 26.10.2021.

Niemi-Murola Leila, Halavaara Jukka, Kontinen Vesa, Harjola Veli-Pekka & Mattila Juho, 2011. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. *Suomen lääkärilehti* 66, 745-750. Hakupäivä 24.10.2021.

Nienke Boveldt, Myrra Vernooij-Dassen, Anne Jansen, Kris Vissers & Yvonne Engels 2016. Pain is not Systematically Registered in Dutch Medical Oncology Outpatients. *Pain Practice*. 2015, 15(4), 364–370. Hakupäivä 8.10.2021.

Ngamkhan, Srisuda, Vincent, Catherine, Finnegan, Lorna, Holden, Janean, Wang, Zaijie & Wilkie, Diana 2012. The McGill Pain Questionnaire as a Multidimensional Measure in People with Cancer: An Integrative Review. *Pain Management Nursing* 13 (1), 27–49.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2018. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Turun Yliopisto. Turku: Painosalama Oy. Hakupäivä 29.10.2021.
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144771/AnnalesC453Sanna-Mari%20Pudas-T%c3%a4hk%c3%a4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Pöyhiä, Reino & Heiskanen, Tarja 2020. Yleistä syöpäkivun esiintyvyydestä, patofysiologiasta, diagnosoinnista ja mittaamisesta. *Oppiportti. Duodecim*. Hakupäivä 14.2.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Oldenmenger, Wendy, Lucas, Anne, Van der Werff, Gertruud, Webber, Katherine, Visser, Dick, Van der Velden, Annette & Van der Rijt, Carin 2020. Validation of the Dutch version of the Breakthrough Pain Assessment Tool in patients with cancer. *Journal of Pain & Symptom Management*, 59(3), 709–716.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja, 1-38. Hakupäivä 21.1.2021. Saatavilla. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2021. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Hakupäivä 19.1.2021. Saatavilla. <https://www.skty.org/materiaalit/>.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys 2021. Kroonisen kivun hoito-opas. Hakupäivä 19.1.2021. Saatavilla. https://1596852.166.directo.fi/@Bin/b878facc4981a7eba73bfe3dc95cc1d0/1635610210/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

Tasmuth, Tiina 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkäri-lehti* 9 (74), 540–544. Hakupäivä 4.3.2021. https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/?public=9d66e4eb74367c0737ba4ae394336d1b&utm_source=facebook.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Hakupäivä 20.10.2021. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2021. Syöpä. Hakupäivä 3.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>.

Tuomisto, Jouko 2020. Onko syöpä räjähdysmäisesti lisääntynyt? Duodecim Terveyskirjasto. Hakupäivä 10.2.2021. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=asy00614.

Rhondali Wadih, Hui David, Sun Hyun Kim, Kilgore Kelly, Jung Hun Kang, Nguyen Linh & Bruera Eduardo 2012. Association between Patient-Reported Symptoms and Nurses' Clinical Impressions in Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Journal of palliative medicine*. 15(3), 301–307. Hakupäivä 8.10.2021.

Stewart Jonathan 2014. The Challenges of Cancer Pain Assessment. *Ulster Medical Journal*, 83(1), 44-46. Hakupäivä 18.10.2021.

Sipilä Reetta, Haasio Lassi, Meretoja Tuomo, Ripatti Samuli, Estlander Ann-Mari & Kalso Eija 2017. Does expecting more pain make it more intense? Factors associated with the first week pain trajectories after breast cancer surgery. *Pain journal*, 158 (5), 922-930. Hakupäivä 23.10.2021.

Van den Beuken-van Everdingen Marieke, Van Kuijk Sander, Janssen Daisy & Joosten Elbert 2018. Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine. *Cancers* 10(12): 502, 1-3. Hakupäivä 23.10.2021.

Webber Katherine, Davies Andrew, Zeppetella Giovambattista, & Cowie Martin 2014. Development and Validation of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT) in Cancer Patients. *Journal of pain and symptom management* 48(4), 619–631. Hakupäivä 31.10.2021.

LIITTEET

Liite 1 Kipupiiirros

Liite 2 Edmonton symptom assessment scale (ESAS)

Liite 3 PAINAD-kipumittari (Pain assessment in advanced dementia scale)

Liite 4 Kivun arviointimittarit tehohoitopotilaan kivun arviointiin

Liite 5 Breakthrough pain assessment tool (BAT)

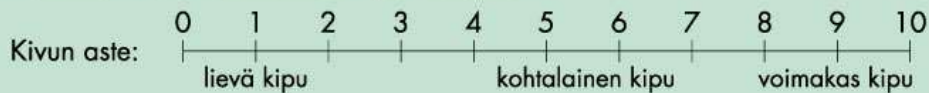
Liite 6 Käytetyt tietokannat, hakusanat ja hakujen tulokset

1. Missä kipu tuntuu (kipupiirros)**2. Kauanko kipu kestää**

- jatkuva, ajoittainen, kohtauksittainen
- jotain muuta

3. Minkäläistä kipu on

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava
- puristava – kinnaava
- pistävä – vihlova
- viiltävä – repivä
- jotain muuta

**4. Miten voimakkaana kipu koetaan****5. Mikä yleensä vaikuttaa kipuun, pahentaa tai helpottaa****6. Mitä lääkettä on kokeiltu ja miten se on auttanut; sivuvaikutukset****7. Potilaan oireet: voimakkuus (0, +, ++, +++), muuta huomioitavaa**

- kipu _____
- hengenahdistus _____
- pahoinvointi, oksentelu _____
- ummetus _____
- ruokahaluttomuus _____
- painon lasku _____
- unettomuus _____
- masennus _____
- yleinen väsymys _____

8. Potilaan itsensä kokemat pahimmat ongelmat**9. Potilaan liikkumiskyky**

Päivämäärä: ____ ____ 20____

OIREKYSELY

Nimi _____ Syntymäaika _____

Ohessa on lueteltuna syöpäpotilaiden 10 tavallisimmin esiintyvää oiretta. Arvioikaa kohdallanne oireen voimakkuus asteikolla 0–10 (0 tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta lainkaan, ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa). Jos listasta puuttuu jokin teitä haittaava oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen haittaavuuden asteikolla 0–10.

	ei lainkaan					pahin mahdollinen					
kipu levossa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kipu liikkeessä	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
väsymys	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pahoinvointi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
masennus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ahdistuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uneliaisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ruokahaluttomuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hengenahdistus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ummetus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muu oire, mikä? _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muu oire, mikä? _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Millaiseksi koette vointinne kokonaisuudessaan?

0 = paras mahdollinen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = heikoin mahdollinen

PAINAD-KIPUMITTARI (PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA SCALE) LIITE 3

Jokaisesta havaintokategoriasta voi saada 0–2 pistettä. Kokonaispistemäärä 0 vastaa kivuttomuutta ja 10 voimakasta kipua.

	Pisteluokka		
Havaintokategoria	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä	Satunnaista vaikerointia tai voihketta	Rauhatonta huutelua
	Tyytyväinen ääntely	Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.

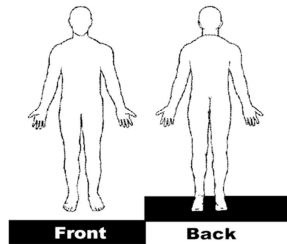
Kivun arviointimittari ja sen kehittäjä	Kivun arvioinnin osa-alueet	Arviointiasteikko ja raja-arvot
Behavioural Pain Rating Scale (BPRS) Mateo & Krenzischek (1992)	Neljä osa-aluetta: levottomuus, lihasjännitys, otsan rypistys/irvistys ja potilaan ääntely	Asteikko: 0-12 0 (ei kipua) 12 (pahin mahdollinen kipu)
Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability Scale (FLACC) Merkel ym. (1997)	Viisi osa-aluetta: kasvot, raajat, aktiivisuus, itku ja lohdutus	Asteikko: 0–10. Jokaisesta osa-alueesta voi saada 0–2 pistettä. 1 (lievä kipu) 4 (kohentalainen kipu) 6 (kova kipu) 10 (sietämätön kipu)
Pain Assessment and Intervention Notation algorithm (P.A.I.N.) Puntillo ym. (1997)	12 käyttäytymiseen perustuva ja kahdeksan fysiologisiin muutoksiin perustuvaa osa-aluetta: liikkeet, kasvoin liittyvät osa-alueet, asentoon liittyvät osa-alueet, sekä muutokset verenpaineessa, sydämen sykkeessä, hengityksessä ja hikoilussa	Kivun esiintyminen arvioitiin jokaisen osaalueen kohdalla merkitsemällä kyllä tai ei -vastaus. Hoitaja käytti myös NRS-mittaria (0- 10 asteikolla) kivun voimakkuuden arviointiin
Behavioural Pain Scale (BPS) Payen ym. (2001)	Kolme osa-aluetta: kasvojen ilmeet, yläraajan liikkeet ja sopeutumisen hengityslaitteeseen	Asteikko: 3–12. Jokaisesta osa-alueesta voi saada 1–4 pistettä. 3 (ei merkkejä kivusta) 12 (pahin mahdollinen kipu) Jos pisteet ovat yli 5, potilaalla on merkittävää kipua (Barr ym. 2013)

Pain Assessment Algorithm Blenkharn ym. (2002)	Neljä fysiologista osa-aluetta: sydämen tiheälyöntisyys, korkea verenpaine, hikoilu, korkea verenpaine yhdessä laajentuneiden pupillien kanssa ja kaksi käyttäytymistekijöihin perustuvaa osa-aluetta: irvistys ja vääntelehtiminen tai hermostuneet liikkeet	Asteikko: 0–3. Pisteet sen mukaan, mikä osaalue esiintyy. Jos pisteet ovat 2–3, potilaalla on merkittävää kipua
Nonverbal Pain Scale (NVPS) Odhner ym. (2003)	Viisi osa-aluetta: kasvot, aktiivisuus, suojautuminen, fysiologiset, peruselintoiminnot ja hengitys	Asteikko: 0–10. Jokaisesta osa-alueesta voi saada 0–2 pistettä. 0 (ei merkkejä kivusta) 2 (pahin mahdollinen kipu) Jos pisteet ovat 4 tai suuremmat, potilaalla on merkittävää kipua
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Warden ym. (2003)	Viisi osa-aluetta: hengitys, negatiivinen ääntely, kasvojen ilmeet, kehonkieli ja lohdutautuminen	Asteikko: 0–10. 0 (ei kipua) 10 (pahin mahdollinen kipu)
Pain Behavioral Assessment Tool (PBAT) Puntillo ym. (2004)	Tarkistuslista 38 käyttäytymistekijän esiintymisestä mahdollisen kivun aikana. Tekijät on jaettu kolmeen kategoriaan: kasvojen reaktiot, sanalliset reaktiot ja vartalon liikkeet	Tarkistuslista, jonka avulla varmennetaan, esiintyykö kyseistä tekijää vai ei

Breakthrough pain Assessment Tool-BAT

The following questions relate to your breakthrough pain over the last week. Breakthrough pain refers to the short-lived increases in your cancer pain.

Where is your breakthrough pain?
Please indicate on picture with a cross (X)



How often do you get breakthrough pain?
Please circle one answer

Less than
once a day

1-2 times
a day

3-4 times
a day

More than 4
times a day

Does anything bring on your breakthrough pain?
If yes, please write down

Does anything relieve your breakthrough pain? (painkillers or other)
If yes, please write down

How long does a typical episode of breakthrough pain last?
Please circle one answer

< 5 min

5-15 min

15-30 min

30-60 min

> 60 min

How severe is your *worst* episode of breakthrough pain?
Please circle one number

0
No pain

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10
Pain as bad as
you can imagine

How severe is a *typical* episode of breakthrough pain?
Please circle one number

0
No pain

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10
Pain as bad as
you can imagine

Breakthrough pain Assessment Tool-BAT

***The following questions relate to your breakthrough pain over the last week
Breakthrough pain refers to the short lived increases in your cancer pain***

How much does the breakthrough pain distress you?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Very much

How much does the breakthrough pain stop you from living a normal life?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Very much

What painkillers do you take for your breakthrough pain (if any)?

Please write down type and dose of painkillers

How effective is the painkiller that you usually take for your breakthrough pain?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Completely effective
effective

How long does the painkiller for your breakthrough pain take to have a meaningful effect?

Please circle one answer

No effect 0-10 min 10-20 min 20-30 min >30 min

Do you get any side-effects from the painkiller for your breakthrough pain?

If yes, please write down type of side effect

How much do side-effects from the painkillers for your breakthrough pain bother you?

Please circle one number

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Not at all Very much

Tietokanta	Hakusanat	Lähde
Ebsco/Cinahl	"cancer-related pain" AND "pain assessment" AND "Oncology pain"	Gallagher, Eva, Rogers, Barbara & Brant, Jean-nine 2017. Cancer-Related Pain Assessment: Monitoring the effectiveness of interventions. Clinical Journal of Oncology Nursing 21 (3), 8–12.
Ebsco/Cinahl	"cancer-related pain" AND "pain assessment" AND "oncology pain"	Besse, Kees, Boveldt, Nienke, Janssen, Ge, Vernooij-Dassen, Myrra, Vissers, Kris & Engels, Yvonne 2016. Pain Assessment with Short Message Service and Interactive Voice Response in Outpatients with Cancer and Pain: A Feasibility Study. Pain Practice. March 2016, 16 (3), 320–326.
Ebsco/Cinahl	"cancer pain" AND "pain assessment" AND "pain measurement"	Besse, Kees, Vernooij-Dassen, Myrra, Vissers, Kris & Engels, Yvonne 2016. The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. Pain Practice. Feb 2016, 16 (2), 148–153.
Ebsco/Cinahl	"cancer pain" AND "pain assessment" AND "pain measurement"	Boveldt, Nienke, Vernooij-Dassen, Myrra, Jansen, Anne, Vissers, Kris & Engels, Yvonne 2016. Pain is not Systematically Registered in Dutch Medical Oncology Outpatients. Pain Practice. April 2015, 15(4), 364–370.
Oula-Finna	"brief pain inventory"	Atkinson, Thomas, Halabi, Susan, Bennett, Antonia, Rogak, Lauren, Sit, Laura, Li, Yuelin, Kaplan, Ellen, Basch, Ethan 2012. Measurement of affective and activity pain interference using the Brief

		Pain Inventory (BPI): Cancer and Leukemia Group B70903. Pain Medicine. October 2012, (13), 1417–1418.
Oula-Finna	“muistisairaan kivun arviointi”	Hallikainen, Merja, Immonen, Annikka, Mönkäre, Riitta, Pihlakari, Pirkko 2019. Muistisairaan hoito. Kustannus Oy Duodecim.
PubMed	“cancer pain” AND “pain assessment” AND “pain measurement”	Fink, Regina & Gallagher, Eva 2019. Cancer Pain Assessment and Measurement. Seminar in Oncology Nursing 2019, 35(3), 229–234.
Pubmed	“cancer pain” AND “pain assessment” AND “pain measurement”	Stewart, Jonathan 2014. The Challenges of Cancer Pain Assessment. Ulster medical journal, 2014, 83 (1), 44–46.
Pubmed	“cancer pain” AND “pain assessment” AND “pain measurement”	Luckett, Tim, Davidson, Patricia, Green, Anna, Boyle, Frances, Stubbs, John & Lovell, Melanie 2013. Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care. Journal of Pain and Symptom Management, 2013, 46(2), 229–253.
Pubmed	“cancer-related pain” AND “pain measurement”	Rhondali, Wadih, Hui, David, Kim, Sunhyun, Kilgore, Kelly, Kang, Jung Hun, Nguyen, Linh & Bruera, Eduardo 2012. Association between patient-reported Symptoms

		and nurses' clinical impressions in Cancer patients Admitted to an acute palliative care unit. <i>Journal of palliative medicine</i> (15) 3, 301–307.
Ebsco/Cinahl	“mcgill pain questionnaire “AND “cancer”	Ngamkhan, Srisuda, Vincent, Catherine, Finnegan, Lorna, Holden, Janean, Wang, Zaijie & Wilkie, Diana 2012. The McGill Pain Questionnaire as a Multidimensional Measure in People with Cancer: An Integrative Review. <i>Pain Management Nursing</i> 13 (1), 27–49.
Ebsco/Cinahl	The Break-through Pain Assessment Tool	Oldenmenger, Wendy, Lucas, Anne, van der Werff, Gertruud, Webber, Katherine, Visser, Dick, van der Velden, Annette & van der Rijt, Carin 2020. Validation of the Dutch Version of the Breakthrough Pain Assessment Tool in Patients With Cancer. <i>Journal of Pain & Symptom Management</i> , 59(3), 709–716.
Ebsco/Cinahl	“assessment” AND “measurement” AND “cancer” AND “pain”	Andersson, Viveka, Bergman, Stefan, Henoch, Ingela, Simonsson, Hanna & Ahlberg, Karin 2019. Benefits of using the Brief Pain Inventory in patients with cancer pain: an intervention study conducted in Swedish hospitals. <i>Supportive Care Cancer</i> . 28(8), 3721–3729.
Pubmed	“Cancer” AND “pain” AND “assessment” OR “measurement” OR “tools”	Sipilä Reetta, Haasio Lassi, Meretoja Tuomo, Ripatti Samuli, Estlander Ann-Mari & Kalso Eija, 2017. Does expecting more pain make it more intense? Factors associated with the first week pain trajectories after breast cancer surgery. <i>Pain journal</i> , 158 (5), 922–930.
Manuaalinen haku		Van den Beuken-van Everdingen Marieke, Van Kuijk Sander, Janssen Daisy & Joosten Elbert

		2018. Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine. <i>Cancers</i> 10(12): 502, 1-3. Hakupäivä 23.10.2021.
Manuaalinen haku	“kivun arviointi tajuttomalla potilaalla”	Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2018. Tehohoitopotilaan kivun arviointimittarin validointi ja käyttöönotto. Turun yliopisto. Turku: Painosalama Oy.
Manuaalinen haku		Niemi-Murola, Leila, Halavaara, Jukka, Kontinen, Vesa, Harjola, Veli-Pekka & Mattila, Juho 2011. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyksessä. <i>Suomen Lääkärilehti</i> (66), 745–750.
Manuaalinen haku	“ESAS”	Buttenschoen, Daniela, Stephan, Jarad, Watanabe, Sharon, Nekolaichuk, Cheryl 2014. Health care provider’s use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? <i>Support Care Cancer</i> (22), 201–202.
Manuaalinen haku	“kipu palliatiivisessa hoidossa”	Heiskanen, Tarja, Hamunen, Katri & Hirvonen, Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. <i>Duodecim</i> 2013, 386.
Google Scholar	“breakthrough pain assessment tool”	Webber Katherine, Davies Andrew, Zeppetella Giovambattista, & Cowie Martin 2014. Development and Validation of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT) in Cancer Patients. <i>Journal of pain and symptom management</i> 48(4), 619-631.