

Anna Martikainen ja Petra Palovaara
Syöpää sairastavan kivunhoidon kehittäminen

Kipumittarit ja niiden käyttösuositukset

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

10.10.2013

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Anna Martikainen ja Petra Palovaara Syöpää sairastavan kivunhoidon kehittäminen - Kipumittarit ja niiden käyttösuositukset</p> <p>33 sivua + 2 liitettä 10.10.2013</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoitaja AMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Hoitotyö</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Sairaanhoitaja</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Lehtori Marjatta Kelo, Lehtori Liisa Lukkari</p>
<p>Opinnäytetyö on kehittämistyyppinen tutkittuun tietoon perustuva työ, joka tehtiin yhteistyössä Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Meilahden kolmiosairaalan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää syöpää sairastavan kivunhoitoa sekä edistää kipumittareiden käyttöä käytännön hoitotyössä.</p> <p>Tarkoitus oli tuottaa hoitohenkilökunnan käyttöön suositus kipumittareiden käytöstä. Suosituksilla pyritään selvittämään kipumittareiden käyttöön liittyviä haasteita ja motivoimaan hoitohenkilökuntaa kipumittareiden käyttöön käytännön hoitotyössä.</p> <p>Aineisto kerättiin käyttäen viitetietokantoja, sekä käsihaulla eri tietokirjallisuuden lähteistä. Tutkimustieto kerättiin pääosin Medic- ja Medline- tietokannoista. Lisäksi opinnäytetyön lähteenä käytettiin yhteistyötaholta saatua asiantuntijalausuntoa. Opinnäytetyössä tarkasteltiin yleisimpiä yksilolotteisia kipumittareita, sekä niiden käytön ohjausta erityisesti syöpää sairastavan potilaan kivunhoidossa. Tutkittua tietoa ja asiantuntijalausuntoa yhdistelemällä ja vertailemalla luotiin suositukset kipumittareiden käytöstä.</p> <p>Tutkitun tiedon ja asiantuntijalausunnon perusteella syöpää sairastavalle potilaalle sopivimmiksi kipumittareiksi valikoituivat numeerinen kipumittari ja kipujana. Nämä mittarit koettiin sopivimmiksi, koska ne havaitsevat parhaiten kivun voimakkuuden muutoksia, numeerinen kipumittari todettiin myös ylivoimaiseksi pahenevan kivun mittaamisessa. Myös ohjauksen merkitys korostuu kipumittareiden käytössä. Opinnäytetyön tuloksien pohjalta kivunhoidossa ja sen arvioinnissa korostuu yksilöllisyys, ohjaus ja potilaslähtöisyys.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>kipumittari, kivunhoito, hoitotyö, syöpä</p>

Authors Title	Anna Martikainen and Petra Palovaara Pain Management of Patients with Cancer - Pain Assessment Scales and Recommendations for Use
Number of Pages Date	33 pages + 2 appendices 10 October 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Senior Lecturer Marjatta Kelo, Senior Lecturer Liisa Lukkari
<p>This study was done in collaboration with Ward 6A of The Triangle Hospital of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Finland. The aim of this study was to improve the pain management of cancer patients and to advance the usage of pain scales.</p> <p>The purpose of this study was to generate a recommendation for nurses to be used in the nursing of cancer patients. The aim was to produce a recommendation that would clarify the challenges related to the usage of pain scales. Furthermore, the aim was to motivate nurses to increase the use of pain scales, and to improve pain assessing and managing comprehensively.</p> <p>Evidence-based information was gathered using systematic retrieval from various databases and by manual retrieval. The databases most used were Medline and Medic. Together with the evidence-based information, an expert opinion of a nurse of the ward 6A was used. The recommendation was formed by comparing the evidence-based information and the information of the nurse from the Ward 6A gave.</p> <p>Based on the evidence-based information and the hands-on experiences from the ward, the conclusion is that the pain scales most suitable for cancer patients are NRS (Numeric Rating Scale) and VAS (Visual Analogic Scale). These scales are most fitting because of their ability to detect the changes in the intensity of pain, and because they were found to be user-friendly. The results showed that the patient education is an important factor in using pain scales, and good patient guidance often decreases the amount of false assessments. The results showed that in pain management and pain assessment individuality, patient guidance and patient-centeredness are emphasized in pain management and pain assessment individuality.</p>	
Keywords	pain scale, pain treatment, nursing, cancer

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tarkoitus ja tavoite	1
3	Työskentelyprosessi	2
4	Syöpä sairautena	4
5	Kipu hoitotyön haasteena	5
5.1	Akuutti ja krooninen kipu	6
5.2	Syöpäkipu	7
5.3	Syöpää sairastavan potilaan kivunhoitotyö	9
6	Kivun mittaaminen ja kipumittarit	12
7	Tutkimustietoa kipumittareista	16
8	Asiantuntijahaastattelu syöpää sairastavan kivun arvioinnista	18
9	Työn tulokset	20
9.1	Tutkimustiedon ja käytännön asiantuntijuuden vertailu	20
9.2	Suosituksia kipumittareiden käyttöön	22
10	Pohdinta	23
10.1	Eettisyys ja luotettavuus	25
10.2	Kehittämishaasteet	28

Liitteet

Liite 1. Kysymyksiä kipumittareiden käytöstä, haastattelupohja asiantuntijalausuntoon

Liite 2. Kipumittareiden käyttösuosituksia syöpää sairastavan potilaan kivunhoidossa

1 Johdanto

Kipua on ollut aina kuten myös sen hoitamista ja lievittämistä. Kipua ilmenee sekä normaalien fysiologisten tapahtumien yhteydessä, tapaturmaan tai sairauteen liittyen, että myös erilaisten hoitojen ja diagnoosiin tähtäävien toimintojen yhteydessä. Kipu on yleensä aina liitännäinen potilaan hoidossa, jonka vuoksi kivunhoito on yksi tärkeimpiä sairaanhoitajan tehtäviä. Tämän vuoksi sairaanhoitajan velvollisuus on kehittää ja tutkia kivunhoitoa. Pyrkimyksenä on löytää uusia metodeja ja parantaa vanhoja käytäntöjä, jotta potilaat saisivat parempaa kivunhoitoa. (Sailo - Vartti 2000: 15 - 22.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli pyrkiä kehittämään syöpää sairastavan kivunhoidon arviointia. Tarkoitus oli tuottaa hoitohenkilökunnan käyttöön ohjeistus kipumittareiden käytöstä. Opinnäytetyössä perehdyttiin kivun mittaamismenetelmiin ja siihen, miten potilaita ohjataan käyttämään erilaisia kipumittareita. Opinnäytetyö on kehittämistyyppinen työ, joka perustuu tutkittuun tietoon. Työssä tutustuimme myös osaston tapaan ohjata hoitohenkilökuntaa kipumittareiden käytössä.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Meilahden kolmiosairaalan, osaston 6A kanssa. Hyödynsimme työssämme osaston 6A sairaanhoitajan asiantuntijalausuntoa. Asiantuntijalausunnosta käy ilmi haastattelun sairaanhoitajan näkökulmasta osaston asenteet ja kipumittareiden käyttötavat. Haastattelun tavoitteena oli saada vastauksia siihen, miten kipumittareiden käyttöä on ohjeistettu ja mitä haasteita kipumittareiden käyttöön liittyy. Tavoitteena oli selvittää osastolla mahdollisesti käytössä olevat suositukset kipumittareiden käytöstä ja miten hoitohenkilökuntaa on ohjeistettu niiden käyttöön. Tarkoitus oli kartoittaa, miten osastolla hyödynnetään kipumittareita ja selvittää potilasohjauksen toteutumista. Pyrkimyksenä oli yhtenäistää kivun arviointia ja sitä kautta parantaa potilaiden kivunhoitoa.

Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osastoilla potilaiden kivunhoidon parantamiseksi. Toivomme, että opinnäytetyön tulokset tulevat myös parantamaan potilasturvallisuutta ja lisäämään potilaiden ja henkilökunnan hyvinvointia. Pyrimme tutkitun tiedon ja asiantuntijalausunnon pohjalta hahmottamaan, miten potilaiden kivunohjausta voisi parantaa ja yhtenäistää. Tarkoitus oli kehittää suositus kipumittareiden käytöstä, tutkittua tietoa ja käytännön asiantuntijuutta hyödyntäen.

2 Työn tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää syöpäpotilaiden kivunhoidon arviointia ja sitä kautta myös parantaa potilaiden hyvinvointia. Tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnan käyttöön mahdollisimman havainnollistavia ja käytännön hoitotyössä hyödynnettäviä suosituksia kipumittareiden käytöstä. Tavoitteena on näiden suositusten avulla helpottaa ja yhtenäistää potilaan kivunhoitoa ja -arviointia.

Tarkoituksena on kehittää nämä suositukset käyttämällä tutkittua tietoa sekä yhteistyöosastolta saatavaa asiantuntijalausuntoa kipumittareiden käytöstä.

3 Työskentelyprosessi

Opinnäytetyömme on kehittämistyyppinen työ, jonka aihe on saatu työelämästä. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan Meilahden kolmiosairaan kanssa. Yhteistyöosasto 6A on osa HYKS:n sydänkeuhko-keskusta. Osasto on keuhkosairauksiin erikoistunut sisätautien vuodeosasto. Opinnäytetyön aiheena on kivunhoidon kehittäminen eri potilasryhmillä, tämä aihe jaettiin opinnäytetyöryhmille pienemmiksi osa-alueiksi mielenkiinnon mukaan. Valitsimme aiheen syöpää sairastavan kivun hoidon kehittäminen, koska syöpätaudit ovat yksi suurimmista nyky-yhteiskunnan kuolemaan johtavista sairauksista. Kivunhoito on iso osa syöpää sairastavan hoitoa, joten halusimme kehittää kivunhoidon tehokkuutta ja arviointia, täten parantaen pitkällä tähtäimellä potilaiden hyvinvointia ja kivunhoidon laadukkuutta. Syöpäkipu on voimakkuudeltaan vaihtelevaa, joten kivun säännöllinen arviointi ja seuranta korostuvat. Kivunhoidon vaikuttavuutta, kivun voimakkuutta sekä seuranta helpottavat kipumittareiden käyttö. Tietoperustaa kootessa huomioimme, että varsinaisia sairaanhoitajille suunnattuja ohjeita potilaan ohjaamiseen kipumittarin käytöstä ei oikein ollut. Tämän vuoksi päätimme kehittää hoitohenkilökunnalle kipumittareiden käytön suositukset. Suosituksilla opinnäytetyössämme tarkoitamme itse laatimamme käytännön hoitotyöhön soveltuvia ohjeita, jotka olemme rakentaneet tutkitun tiedon ja käytännön asiantuntijuuden pohjalta.

Työn tietoperustaa varten keräsimme aineistoa syövästä, kivusta ja potilaan ohjauksesta. Suuren osan tiedosta tähän osioon hankimme painetuista teoksista osin hyödyntäen myös verkosta löytyvää aineistoa. Teoreettista viitekehystä kootessamme hyödynsimme myös tutkittua tietoa. Tietoa haimme seuraavista tietokannoista: Medic, Medline,

Terveysportti ja PubMed. Suurin osa tutkimuksista löytyi Medicistä ja Medlinesta. Hakusanoina tiedonhauissa käytimme, esimerkiksi ”syöpä”, ”kipu”, ”kipumittari”, ”kivunhoito”, ”cancer”, ”pain management”, ”pain”, ”oncology”, ”pain scale” ja ”pain measurement”. Hakuehdoiksi valitsimme seuraavat: tutkimukset olivat alle 10 vuotta vanhoja englannin tai suomen kielellä julkaistuja ja käsittelivät opinnäytetyön aihetta. Emme käyttäneet tutkimuksia, jotka tiivistelmän mukaan eivät soveltuneet aihealueeseen tai tutkimuksia, jotka keskittyivät ainoastaan lapsipotilaiden hoitoon.

Kun tutkittua tietoa oli kerätty riittävästi, otimme yhteyttä määrätyn yhteistyöosaston osastonhoitajaan, jonka kanssa sovimme sähköpostitse haastattelun ajankohdan. Osastonhoitajalta saimme myös haastateltavan sairaanhoitajan sähköpostiosoitteen. Haastattelua varten kehitimme viisi kysymystä ohjaamaan haastattelun kulkua (liite 1). Kysymykset muotoilimme sellaisiksi, että niiden avulla saamme riittävästi tietoa tarvitsemiltamme osa-alueilta. Valituilla kysymyksillä halusimme saada selville miten ja kuinka paljon osastolla käytetään kipumittareita, sekä minkälaisia asenteita kipumittareiden käyttöön liittyy. Lisäksi halusimme tietää, miten hoitajia on ohjeistettu käyttämään kipumittareita ja ohjaamaan potilaita niiden käytössä ja onko hoitajille järjestetty koulutusta kipumittareiden käyttöön. Halusimme myös selvittää, onko osastolla jo olemassa ohjeita kipumittareiden käyttöön. Alun perin oli tarkoitus saada asiantuntijalausunto myös kipuklinikan sairaanhoitajalta, joka tekee yhteistyötä osaston 6A kanssa. Tarkoituksena oli käyttää samaa kysymyspohjaa kuin osaston 6A sairaanhoitajaa haastatellessa, mutta keskittyä enemmänkin keräämään tietoa kipumittareiden käytön ohjauksesta. Aikataulullisista syistä tämä asiantuntijalausunto ei kuitenkaan toteutunut.

Saimme haastateltavalta sairaanhoitajalta luvan nauhoittaa keskustelun, jonka purimme asiantuntijalausunnoksi opinnäytetyöhön. Asiantuntijalausunnon ja tietoperustan pohjalta teimme yhteenvetön, jossa vertailimme molemmista lähteistä saatua tietoa ja yhtäläisyyksiä. Loimme suositukset käyttäen aineistoista esiinnoitettuja positiivisia ja negatiivisia kipumittareiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Käytimme apuna tutkimuksissa hyväksi todettuja toimintatapoja sekä asiantuntijalausunnosta saatua käytännön hoitotyön tuomaa kokemustietoa.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan syksyllä 2013. Tällöin on tarkoitus pitää yhteistyöosastolla työn esittelytilaisuus esimerkiksi osastotunti. Tällöin esittelemme opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoituksen, sekä sen miten ne ovat toteutuneet. Esittelemme tehdyt suositukset ja tietoperustan, jonka pohjalta juuri näihin on päädytty. Tarkoituksena on

välittää opinnäytetyön kirjallinen versio osastolle tarkasteltavaksi ennen osastotuntia. Osastotuntia varten on tarkoitus tehdä power point -esitys, johon on koottu opinnäytetyön keskeisimmät asiat.

4 Syöpä sairautena

Pahanlaatuiset kasvaimet ovat merkittävimpiä kansantautejamme. Syöpään kuolee vuosittain kymmenisen tuhatta suomalaista ja se on toiseksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Vuonna 2004 uusia syöpiä todettiin noin 26 000, ja määrä on ollut viime vuosikymmenet jatkuvassa nousussa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005). Syöpä on yleisnimitys kaikille elimistön pahanlaatuisille kasvaimille. Tyypillistä niille on tunkeutuva ja tuhoava kasvutapa, sekä kyky lähettää etäpesäkkeitä, metastaaseja, muualle elimistöön. Nykykäsityksen mukaan syöpä syntyy yhden solun perimäaineen muutoksen seurauksena. Kehittyminen muutoksesta syöpäkasvaimeen on kuitenkin monivaiheinen ja pitkän ajan kuluessa tapahtuva prosessi. (Iivanainen - Jauhiainen - Pikkarainen 2001: 665 - 699.)

Solun perimän muutos voi olla monen tekijän aiheuttama, täten syöville on monia eri aiheuttajia. Arvioiden mukaan kaikista syöpätapauksista 80–90 % johtuu osittain tai täysin ulkoisista tekijöistä eli elinympäristöstä ja elintavoista. Tärkeässä osassa ovat kemialliset karsinogeenit, joista yleisimpänä tupakka. Muita kemiallisia karsinogeeneja ovat esimerkiksi asbesti, aromaattiset amiinit sekä syöpälääkkeenä käytetyt alkyloivat aineet. Kemiallisten karsinogeenien lisäksi tiedetään mm. UV-säteilyn ja ionisoivan säteilyn aiheuttavan vaurioita perimäainekseen, mahdollisesti johtaen syöpäkasvaimen syntyyn. Jotkin perinnölliset tekijät on myös liitetty syövän syntyyn. Esimerkiksi vallitsevasti periytyvät hereditaarinen onkopolypoottinen kolonkarsinooma ja familiarinen adenomatoottinen polypoosi aiheuttavat kantajan sairastumisen paksusuolisyöpään keskimäärin 40 vuoden iässä. Lisäksi geenivirheiden tiedetään olevan osallisena mm. joidenkin rintasyöpien ja munasarjasyöpien synnyssä. (Iivanainen ym. 2001: 665 - 699.)

Syöpä on yleensä iäkkäiden ihmisten sairaus. Suomen syöpärekisterin tilastojen mukaan n. 60 % uusista syöpätapauksista havaitaan yli 65-vuotiailla, 35 % 40 - 65-vuotiailla sekä alle 5 % alle 40-vuotiailla. Alle prosentti uusista syöpätapauksista todetaan alle 15-vuotiailla. Syöpää sairastavista siis noin puolet on yli 70-vuotiaita. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 13.) Syöpä voi löytyä lähes mistä vain elimestä tai kehon

osasta. Erilaisten syöpäsairauksien erityispiirteet ja hoitokäytännöt sekä ennusteeseen vaikuttavat tekijät vaihtelevat syövän sijainnin mukaan. Miesten yleisimmät syövät ovat eturauhasen syöpä, keuhkosityöpä, paksusuolisyöpä, rakkosityöpä ja non-Hodgkin -lymfooma. Naisten tilaston kärkipäässä ovat puolestaan rintasyöpä, paksusuolisyöpä, kohdunrunгон syöpä, keuhkosityöpä ja keskushermoston syöpä. Vuonna 2010 syöpään kuoli 6 136 miestä ja 5 535 naista. Syöpäkuolleisuus on ollut jatkuvassa nousussa, esimerkiksi vuosina 1999 - 2003 syöpään kuoli miehiä 5 355 vuodessa ja naisia 5 006. Syöpään kuolee enemmän miehiä kuin naisia, koska naisten rintasyövän ennuste on parempi kuin miesten keuhkosityövän. (Sankila - Pukkala 2009; Suomen syöpärekisteri.)

5 Kipu hoitotyön haasteena

”Harvat kuolevat kipuun, monet kuolevat kivussa ja vielä useammat elävät kivussa” (Estlander 2003: 11). Kipu eri muodoissaan aiheuttaa paljon haittaa väestöllisesti ja on kansantaloudellisesti kuormittavaa. Se vie ihmiseltä voimia ja rajoittaa toimintakykyä sekä vaikuttaa ihmissuhteisiin monelta osin. Kipu vähentää työikäisten toimintakykyä ja näin uhkaa taloudellista toimeentuloa sekä heikentää näin elämänlaatua. Kipu aiheuttaa myös suuria kustannuksia ja haasteita terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle, esimerkiksi aiheuttamalla vanhuksilla lisääntyntä avun tarvetta. Yksilötasolla kipu on siis suuri tekijä, joka huonontaa elämänlaatua lisää avuttomuutta ja aiheuttaa suurta kärsimystä monelle ihmiselle sekä on myös liitännäisenä masennukseen. (Kalso - Vainio 2002: 31 - 34; Estlander 2003: 11.) Lisääntyvä lääketieteellinen tieto kivun patofysiologiasta on antanut uusia hoitomahdollisuuksia. Kiputilojen yhteydet elämänmuotomme fyysisiin ja henkisiin rasitustekijöihin, yhteiskunnan kehitykseen ja työelämään eivät ole riittävästi hahmottuneet, jotta kipuongelmia voitaisiin ennaltaehkäistä. (Kalso - Vainio 2002: 31.)

Syöpäkiput ovat suoraan tai välillisesti yhteydessä kasvaimeen tai sairauden hoitoon itsessään. Yleensä noin kolme neljäsosaa syöpään liittyvistä kivuista on syövän aiheuttamia. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000: 94.) Syöpä kulkee siis käsi kädessä kivun tuntemisen kanssa, sen vuoksi on tärkeää, että syöpää sairastavien ja muutenkin kipua kokevien potilaiden kipuja hoidetaan. Näin ennaltaehkäistäisiin alentunutta toimintakykyä sekä kipujen kroonistumista. Syöpää sairastavien kivun hoidossa tärkeää on myös huomioida potilaan suhtautuminen itse sairauteen. Voimakkaat tunteet saattavat vaikuttaa kivun tuntemiseen alentavasti tai voimistavasti. Kivun tutkiminen on vaativa tehtävä, ja se vaatii tutkittavan kivun ja sairauden asteen arvioimista sekä perusteellista

informatiivista raportointia tulosten arvioimiseksi. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000: 123 - 126.)

Kipu on ruumiillinen kokemus joka on usein paikallista. Yleensä kivun aiheuttajana on jokin elimistössä oleva vamma, sairaus tai vaurio. Vaurion sattuessa alkavat elimistön kudoksissa sijaitsevat hermopäätteet lähettää viestiä kivusta hermoa pitkin ääreisistä kipuhermoista selkäyttimeen, ja sieltä kipuratoja pitkin aivoihin. Aivoissa kivun aistimus leviää tuntoaivokuorelle, joka käsittelee kivun aistimuksen voimakkuutta, kivun sijaintia ja sen kestoja. Kivun aistimus leviää myös tunteiden syntymisestä ja käsittelystä vastaavalle alueelle. Kivun aistimus varsinkin pitkään jatkunut kipu vaikuttaa aivoissa hypotalamuksessa sijaitsevien autonomisen hermoston ja hormonierityksen ohjauskeskusten toimintaan. Tämän vuoksi kiputiloihin ja kivun tuntemiseen voi liittyä autonomisen hermoston säätelemien elimien elintoimintojen muutoksia, kuten hengityksen ja sydämen toiminnan kiihtymistä sekä erilaisia psykosomaattisia oireita. (Salanterä - Haggelber - Kauppila - Närhi 2006: 34 - 35.) Kivun tuntemiseen liittyy aina myös psyykkisiä oireita, kuten ahdistusta, kärsimystä ja tuskan tunnetta. Näin ollen kipu on aistimuksen lisäksi myös kokemus. Psyykkisistä oireista on huomioitava, että kärsimys saattaa sisältää ruumiillista kipua, mutta se voi olla myös laadultaan täysin henkistä ja johtua jostain muusta kuin kivun kokemisesta fyysisesti. (Kalso - Vainio 2002: 85 - 90; Hamunen - Heiskanen - Idman 2009: 3413 - 3421.)

5.1 Akuutti ja krooninen kipu

Eri kiputilat voivat poiketa patofysiologisilta ominaisuuksiltaan ja mekanismeiltaan hyvinkin paljon. Ajallisen keston perusteella kiputilat luokitellaan akuuteiksi ja kroonisiksi. Akuutin ja kroonisen kivun erottaminen on tärkeää, koska niiden merkitys on usein erilainen ja vaikuttaa diagnoosiin. Akuutti kipu aiheutuu yleensä jonkin äkillisen kudostuhoion johdosta ja on näin elintärkeä aistimus, koska se varoittaa kehoa uhkaavasta vaarasta. Akuuttia kipua voidaan nyky lääketieteen voimin hyvin lääkittää ja näin ollen helpottaa. Akuutti kipu helpottuu vauriosta riippuen usein itsestään kun tulehdukseen liittyvä toimintahäiriö paranee. Auttavana tekijänä käytetään usein lääkkeitä ja lepoa. (Salanterä ym. 2006: 33 - 34.)

Kroonisissa kiputiloissa oireiden ja kudostuhoion välinen yhteys on hämärtynt. Äärimmillään kliinisesti diagnosoitavaa somaattista syytä ei voimakkaaseen kipuun löydy. (Salanterä ym. 2006: 33 - 34.) Krooninen kipu harvemmin toimii varoittavana tekijänä, ja yleensä kroonisella kivulla ei ole mitään hyödyllistä tehtävää. Usein krooninen kipu

aiheutuu pitkittyneestä kudosvauriokivusta tai hermovauriokivusta. Kroonista kipua on yleensä hankalampi lievittää tai poistaa kuin akuuttia kipua. Salanterän ym. (2006) mukaan kivun kroonistumista tapahtuu sekä toiminnallisia että rakenteellisia muutoksia kipujärjestelmässä, jotka johtavat järjestelmän herkistymiseen. Muutokset syntyvät yksilökohtaisesti, vähitellen ja vaihtelevalla nopeudella. Salanterän ym. (2006) mukaan kivun kroonistumiseen vaikuttaa geneettinen perimä. Kivun kroonistuminen on siis yksilöllistä. Nykylääketiede ei ole vielä kehittynyt niin pitkälle, että olisi kehittynyt keinoja selvittää kroonisen kivun syytä, jolloin sitä voitaisiin täsmähoitaa lääkkein. (Kalso - Vainio 2002: 85 - 90; Hamunen - Heiskanen - Idman 2009: 3413 - 3421.)

5.2 Syöpäkipu

Syöpää sairastavilla potilailla on erilaisia akuutteja ja kroonisia kipuja. Monet sairastuneet kokevat myös samanaikaisesti 2 - 4 kipukohtaa kehossaan. Yleisimpiä syöpää sairastavilla tunnettuja kipuja ovat läpilyöntikipu ja kroonisen kiputilan paheneminen esimerkiksi liikkumisen yhteydessä. Läpilyöntikivulla tarkoitetaan kivun hetkellistä lisääntymistä, ilman erityistä syytä (Hänninen 2012: 30 - 31). Selvitettäessä syöpää sairastavan potilaan kiputiloja tulee huomioida kipua aiheuttavat syntymekanismit sekä sairauteen liittyvät pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteet, jotka ovat yhteydessä kivun tuntemukseen (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 94).

Syöpää sairastavan potilaan kipu saattaa johtua itse syövästä, syöpähoidoista tai hoito- ja tutkimustoimenpiteistä. Kipu saattaa olla myös kokonaan syöpäsairauteen liittymättömä. (Salanterä ym. 2006: 183.) Yleensä ensimmäinen syövän oire on kipu. Syöpädiagnoosin saaneista potilaista noin puolet kärsivät kivusta sairautensa aikana. Kivun määrä on verrannollinen syövän laatuun ja syövän vaiheeseen. Kasvaimet voivat myös aiheuttaa kipua esimerkiksi painamalla lähellä olevia kudoksia, tukkimalla verisuonia tai aiheuttamalla hermopinteitä. Jotkin syöpätyypit lähettävät etäpesäkkeitä, jotka varsinkin luustoon joutuessa aiheuttavat kovaa kipua. Syöpäkipuhoito perustuu kivun syyn ja mekanismin tunnistamiseen. Kasvaimen aiheuttaman kivunhoitona voidaan käyttää sädehoitoa, sillä kasvaimen pieneneminen vähentää kipua. (Vainio 2009.)

Syöpäkipu jaetaan nosiseptiseen eli kudosvauriotyyppiseen kipuun sekä neuropaattiseen eli hermovauriotyyppiseen kipuun. Nosiseptinen kipu jakautuu vielä somaattiseen eli ”ruumiilliseen” ja viskeraaliseen eli sisäelimilliseen kipuun. (Kalso - Vainio 2002: 335 - 343; Hamunen ym. 2009: 3413 - 3421.) Syövän kivunhoito perustuu Salanterän ym. mukaan kivun mekanismin tunnistamiseen, kuten muissakin kiputiloissa. Syöpäpotilais-

ta 72 %:lla on arvioitu olevan kudosaauriokipuja, 40 %:lla neuropaattisia kipuja ja 35 %:lla viskeraalista kipua. Syöpäpotilailla esiintyy yleisesti myös läpilyöntikipuja. Nämä ovat peruskivun voimakkuuden ylittäviä kipuhuippuja, jotka voivat liittyä esimerkiksi liikkumiseen tai yskimiseen. Läpilyöntikivut heikentävät potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua, joskus niitä esiintyy ilman erityistä syytä. (Salanterä ym. 2006: 183.)

Yleisimpänä syöpäkipun aiheuttajana pidetään luustometastaaseja. Mikä tahansa luustoon leviävä syöpä voi aiheuttaa luustometastaasikipua, mutta tavallista se on rinta-, keuhko- ja eturauhassyövässä. Jo pieni metastaasi luussa voi synnyttää kovaa kipua, koska etäpesäke herkistää hormonien kautta hermopäätteitä. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 96.)

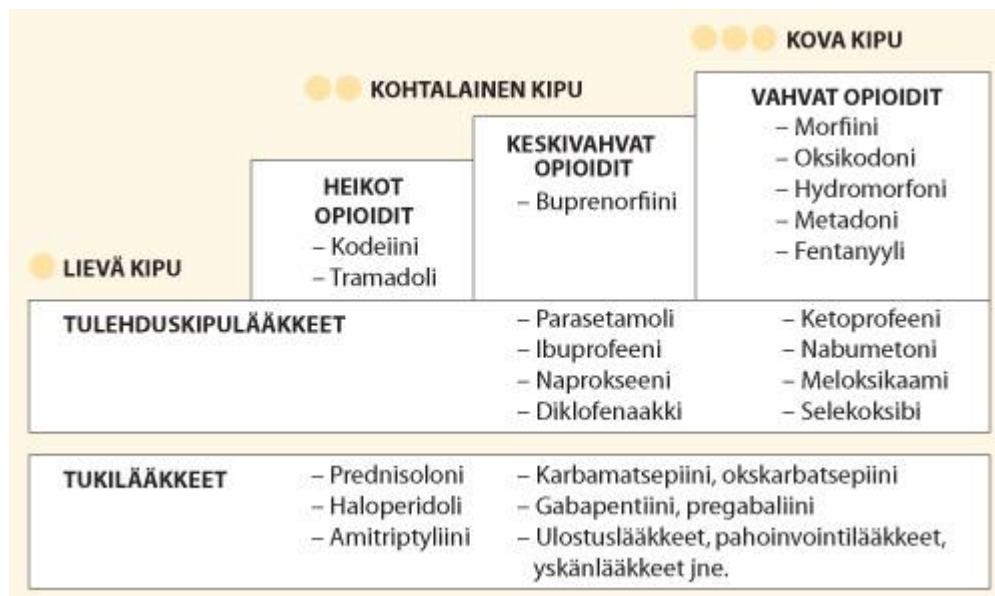
Somaattinen nosiseptinen kipu on helposti paikannettavissa ja on yleensä pinnallista tai syvää kipua. Tämä kipu yleensä ilmenee silloin, kun syöpäkasvain tunkeutuu ympäröiviin kudoksiin ja kun etäpesäkkeet leviävät luun sisään ja aiheuttavat siellä luutuhoa. Viskeraalinen nosiseptinen kipu on huonommin paikannettavissa, ja se voi yleensä ilmentyä heijastekipuna, jolloin kipu heijastuu kauemmas ihoalueelle. Viskeraalista kipua aiheuttavat yleensä rintakehän ja vatsan alueen syövät. Kipu syntyy kun syöpäkasvain leviää venyttämällä onttojen elinten ympäröimää sileää lihaskudosta tai parenkymielinten (mm. maksa, haima, perna) ympäröivää kapselia. Viskeraaliseen kipuun saattaa liittyä pahoinvointia, heikotusta, hikoilua ja muita autonomisen hermoston oireita. Molempiin kiputiloihin toimivat tavanomaiset kipulääkkeet hyvin. (Kalso - Vainio 2002: 335 - 343; Hamunen ym. 2009: 3413 - 3421; Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 97).

Neuropaattista kipua aiheutuu kun syöpäkasvain tunkeutuu hermorakenteisiin tai vaurioittaa hermorakenteita. Näissä tilanteissa aiheutuu hermokompressioita, jolloin kipu on yleensä polttavan tai viiltävän tuntuista. Tuntoaistimus alkaa toimia poikkeavasti, aiheuttaen muunmuassa hypestasiaa (heikentynyt tuntoaistimus), allodyniaa (normaalisti kivuttoman aistimuksen muuttuminen kivuliaaksi) ja parestesiaa (tunnottomuus, pistely, kihelmöinti). Neuropaattiseen kipuun liittyy usein myös hermotusalueen tunto muutos, joka aiheuttaa kivuttoman ärsykkeen muuttumista kivuliaaksi. Neuropaattinen kipu on vaikeammin hoidettavissa kuin nosiseptinen kipu, koska se ei reagoi tavallisimpiin kipulääkkeisiin. Neuropaattinen kipu tarvitsee opioidilääkityksen lisäksi yleensä vielä muita lääkkeitä, jotta saavutettaisiin riittävä kivunlievitys. Yleensä opioidien lisäksi käytetään esimerkiksi trisyklisiä masennuslääkkeitä tai epilepsialääkkeitä. (Kalso - Vainio 2002: 335 - 343; Hamunen ym. 2009: 3413 - 3421).

5.3 Syöpää sairastavan potilaan kivunhoitotyö

Syöpää sairastavan kipu on moninaista, se voi olla perustaudin tai jonkin aivan toisen sairauden aiheuttamaa tai hoitojen kuten sädehoidon, lääkehoidon tai leikkausten aiheuttamaa. Lääkehoidolla, anestesiologian menetelmillä sekä esimerkiksi neurokirurgisilla toimenpiteillä voidaan kivun hallintaan päästä yli 90 %:ssa tapauksista. Syöpäpotilaan kivun esiintyvyyteen vaikuttaa esimerkiksi, mikä syöpätauti on kyseessä sekä missä vaiheessa tauti on. (Iivanainen ym. 2001: 665 - 699.)

Syöpäpotilaan kivunhoito perustuu WHO:n porrasteiseen kivunhoitomalliin (kuvio 1). Mallin mukaan tarkoitus on nauttia kipulääkettä säännöllisesti vuorokauden aikana, jotta potilas pysyisi kivuttomana koko vuorokauden. Porrasteisen mallin periaate on, että pohjana käytetään kellon ympäri tulehduskipulääkettä, jonka on tarkoitus pitää potilas kivuttomana. Jos kipua ilmenee, sitä hoidetaan seuraavan portaan lääkkeellä eli heikolla opioidilla. Tarkoitus on, että riittävä säännöllisesti nautittu ”pohjalääke” pitäisi potilaan kivuttomana, ja vahvempia lääkkeitä käytettäisiin vain tarvittaessa jos pohjalääkitys ei ole riittävä. Lääkehoito aloitetaan ensin pienellä annoksella ja hoito räätälöidään yksilöllisesti jokaiselle potilaalle erikseen. Pienehköä annosta suurennetaan vähitellen, kunnes saadaan toivottu vaste. (Vainio 2009.)



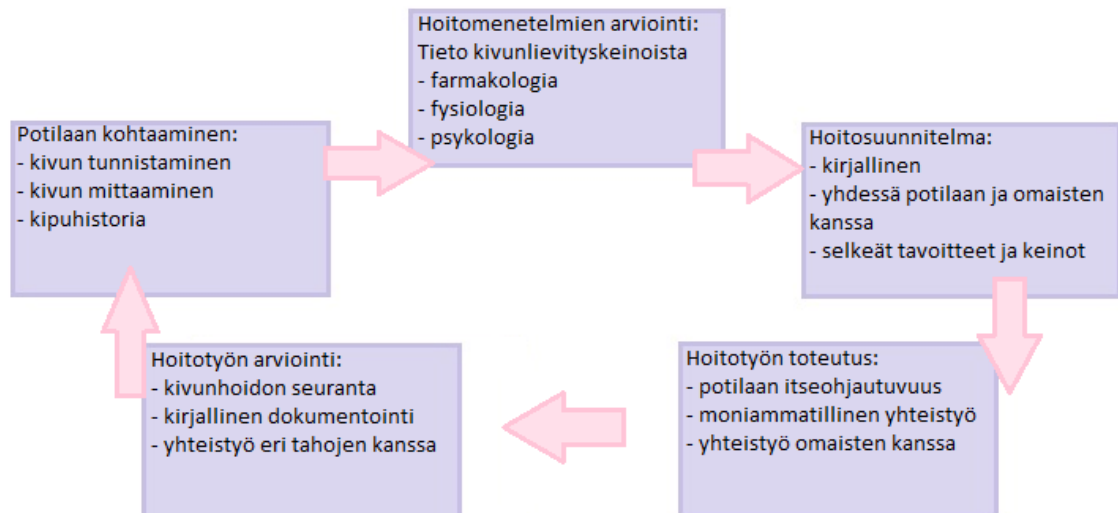
Kuvio 1. Porrasteinen kivunhoitomalli (Duodecim 2010).

Potilaan kipukokemuksia ja vastetta kipulääkitykseen tulisi seurata ja kirjata se potilasasiakirjoihin. Kivun mittaamisen ongelmista huolimatta yksittäisen potilaan kivunhoidosta voidaan saada hyvä kuva jopa yksinkertaisilla kivun mittaamismenetelmillä. Kivun mittaaminen ja tarkka kirjaaminen voi antaa tietoa esimerkiksi lääkehoidon tehostamistarpeesta, sekä auttaa kartoittamaan mahdollisia sivuvaikutuksia tai niiden pelkoa, joka voi estää suunnitellun lääkehoidon onnistumista. (Iivanainen ym. 2001: 665 - 699.)

Syöpää sairastavan potilaan hoidossa korostuu myös lääkkeetön hoito sekä hoitohenkilökunnan vuorovaikutusosaaminen. Tämän vuoksi potilasohjaus on tärkeässä osassa syöpää sairastavan hoidossa. Kivun kokemuksen lisäksi syöpää sairastavat kokevat muina fyysisinä ongelmina ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, suun limakalvon kuivumista ja rikkoutumista, sekä puhumisen vaikeutumista. Syövän hoidoista aiheutuvina ongelmina koetaan ihovauriot ja erilaiset raajojen puutumis- ja kiputilat, jotka vaikeuttavat liikkumista. Muiksi fyysisiksi ongelmiksi syöpää sairastavat kokivat hengenahdistukset, hengitysteiden ongelmat, yskän, ulkonäön muutokset, ummetuksen, ripulin, hiusten lähdön ja sytostaattihoidoista aiheutuvat immunitetin heikkenemisen aiheuttamat infektiot. Näiden monien fyysisten ongelmien lisäksi syöpää sairastavat kokevat monia psyykkisesti kuormittavia tekijöitä. Näiden fyysisten ja psyykkisten ongelmien hoitamiseksi tuleekin hoitohenkilökunnan koko hoitoprosessin aikana tarkkailla potilaan yleistilaa ja mahdollista hoitoväsymystä, mikä vaikuttaa hoitoon motivoitumiseen. Potilaan psyykkisen ja fyysisen elämänlaadun parantamiseen pystytään vaikuttamaan myös hyvällä ja säännöllisellä ohjauksella ravitsemuksesta, hygieniasta, hengityksestä, erittämisestä sekä liikunnasta ja levosta. (Eriksson - Kuuppelomäki 2000: 67 - 87.)

Potilaan ohjauksella tarkoitetaan yksinkertaisesti käytännöllisen opastuksen antamista ja ohjauksen alaisena toimimista (Suomen kielen sanakirja 1996). Ohjausteorioita on monenlaisia, ohjausta voidaan lähestyä esimerkiksi vuorovaikutusteorioiden tai terveystieteiden teorioiden kautta. Ohjauks käsite vaihtelee sen mukaan, korostetaanko menetelmää, ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutusta, toimintaympäristöä, ohjausprosessia, omaa kokemusta, käsitteellistä viitekehystä vai kulttuurillisia näkökulmia. Ohjaustyö koostuu erilaisista elementeistä, kuten tiedon antamisesta, neuvonnasta, konsultaatiosta, terapiasta ja oppimisesta. Edellä mainitut elementit vaihtelevat ja painottuvat eri ohjaustilanteissa eri tavoin, ja jokainen tilanne on omanlaisensa. Potilaan ohjaus on tärkeä osa kipupotilaan hoidossa. Kipupotilaan hoidossa korostuu kivun lievitys ja elämänlaadun parantaminen. Erityisesti syöpää sairastavan potilaan hoidossa kivunhoidon ohjaus korostuu. (Vänskä ym. 2011: 15 - 19.)

Kipupotilaan hoitoprosessi alkaa potilaan kohtaamisesta (kuvio 2). Tässä vaiheessa pyritään kartoittamaan millaista potilaan kokema kipu on ja miten kipua tullaan mittaamaan. Lisäksi selvitetään potilaan aikaisempi kipuhistoria. Seuraavaksi selvitetään potilaan kipuun sopivimmat kivunlievityskeinot. Kivunlievityskeinoja on monenlaisia, kuten farmakologisia, fysiologisia ja psykologisia. Potilaan kivun hoidon tulisi muodostua lääkehoidon lisäksi itsehoidosta ja mahdollisesti vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä. Potilaalle muodostuu yleensä yksilöllinen kivunlievitysmalli edellä mainittujen mukaan. Potilaan kanssa tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma, jonka tekemiseen omaiset voivat osallistua. Hoitosuunnitelmaan asetetaan selkeät tavoitteet sekä keinot miten ne saavutetaan. Hoitosuunnitelman pohjalta alkaa hoitotyön toteutus eli kivun lievittäminen. Jatkuvasti hoitoprosessissa kivunhoidon toteutumista seurataan, dokumentoidaan ja arvioidaan. (Sailo - Vartti 2000: 252.)



Kuvio 2. Kipupotilaan hoitoprosessi (Sailo - Vartti 2000).

Syövän saanti hallintaan ei aina tarkoita kivuttomuutta. Syöpähoidoista voi jäädä potilaalle jatkuvaa kipua, joka vaatii hoitoa. Potilaan elämänlaadun kannalta olisi tärkeää, että potilas kokee hallitsevansa ja ymmärtävänsä kipuaan. Erityispiirteinä syöpää sairastavan kivunhoidossa on psyykkisistä syistä aiheutuva kivun voimistuminen. Syöpään sairastuneen potilaan kipua lisäävät myös sairastumisesta johtuvat vihan, pelon, ahdistuksen ja epätoivon tunteet. (Salanterä ym. 2006: 185 - 186). Potilaan kipua voidaan helpottaa myös lääkkeettömin keinoin. Kipupotilaan psykologisen hoidon kulmakivenä ovat auttajan henkilökohtaiset ominaisuudet. Auttajan tulee teknisten taitojen hallitsemisen lisäksi olla empaattinen, sensitiivinen sekä olla aidosti välittävä. (Estlander 2003: 168 - 169.)

Aina syöpää ei pystytä parantamaan, ja on hyväksyttävä että potilas tulee kuolemaan. Hyvä kivunhoito sekä potilaan ja omaisten tukeminen kuuluvat elämän loppuvaiheen hoitoon. Suurin osa kuolee kuitenkin rauhallisesti kivuitta. (Salanterä ym. 2006: 185 - 186.)

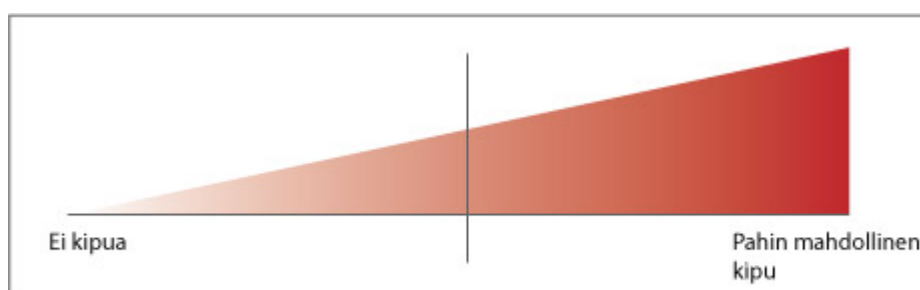
6 Kivun mittaaminen ja kipumittarit

Kivun mittaaminen on vaikeaa käytännössä, koska jokainen kokee kivun yksilöllisesti. Tärkeää kivun arvioinnissa on ymmärtää kiputilan synty ja sen fysiologiset mekanismit (McCaffery - Pasero 1999: 16). Kipua voidaan mitata monilla eri metodeilla. Sitä voidaan arvioida ja kuvata suullisesti sekä mitata konkreettisesti mittareiden avulla. Mitattujen arvojen sekä verbaalisten tulosten avulla kipua pyritään hahmottamaan mitattavana arvona. Kipua siis voidaan mitata ja sen voimakkuutta arvioida kuten verenpaine- ja kuumekäyriä voidaan seurata ja arvioida. (Salanterä ym. 2006: 75 - 76.) Tämän mahdollistamiseksi on kehitetty erilaisia luokittelumittareita, jotta kivun tulkintaa voitaisiin yhtenäistää (Salanterä - Hovi - Routasalo 2000: 21). Kivun mittaaminen ja järjestelmällinen tutkiminen on olennaista myös kivun hallinnassa. Kipumittareita hyödynnetään potilaiden kokeman kivun voimakkuuden arvioinnissa. Kivun onnistuneeseen arviointiin ja mittaamiseen kuuluu sen järjestelmällinen mittaaminen sekä tarkka kirjaaminen. Tärkeää on myös seurata potilaan kivun tuntemusta ja sen vastetta annettuun kipulääkitykseen. Kivun seurannasta ja muutoksista tulee tehdä tarkat kirjaukset potilastietoihin. Kivun mittaaminen on haasteellista ja siihen saattaa liittyä paljon ongelmia, kuitenkin yksinkertaisilla kivunmittausmenetelmillä saadaan selkeää kuva hoidon vasteesta kipuihin. Erilaiset sanalliset ja numeeriset kipumittarit ovat yleisesti käytettyjä kivunmittaamismenetelmiä. Näiden mittaamismenetelmien avulla potilailta mitataan vuorokauden aikana kivun voimakkuuden vaihtelut. Tavoitteena on, ettei kivun kokeminen ylitä arvoa kolme kymmenasteikkoisella mittarilla. (Iivanainen ym. 2001: 686 - 687.) Yleensä potilaiden turhaan kokema kipu johtuu henkilökunnan vajavaisesta reagoinnista kipuun ja sen arviointiin, joka olisi voitu välttää henkilökunnan tehokkaamalla kivun arvioimisella (McCaffrey - Pasero 1999: 36).

Tärkeää on myös arvioida kivun luonnetta ja olemassaoloa. Erilaisia kipusanastoja hyödynnetään myös kivunarvioinnissa, ja niitä käyttämällä saadaan tarkasteltua myös kivun affektiivista ja emotionaalista puolta. Lahden ym. (2007) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat tärkeäksi kivunhoidon suunnittelun yhdessä potilaan kanssa.

Haastavaksi kivunhoidossa koettiin luottaminen potilaan sanaan ja siihen onko kipu todellista. Valtaosa hoitajista mielsi kipumittareiden käytön helpottavan kivun arviointia, mutta tutkimuksen mukaan vain pieni prosentti hoitajista hyödynsi mittaria käytännössä. Hoitajat kokivat myös puutteellisten resurssien vaikuttavan potilaiden saamaan hoitoon. (Lahti - Nordberg - Ruhtila 2007: 37.) Opinnäytetyössämme käymme teoriassa läpi yleisimmät kivunluokittelun mittaamisessa käytetyt kipumittarit. Seuraavaksi olemme eritelleet yleisimmät kipumittarit sekä tarkastelemme niiden käytettävyyttä teoriassa.

Kipujana eli Visual Analog Scale (VAS) on kivun mittaamisessa käytetyistä mittareista yleisin ja on käytössä maailmanlaajuisesti. VAS-kipumittari muodostuu noin kymmenen sentin pituisesta janasta, jonka toinen ääripää kuvaa kivuttomuutta ja toinen äärimmäistä, sietämätöntä kipua (kuvio 3). Williamsonin ja Hoggartin (2005) tekemän tutkimuksen mukaan vertikaalisesti esitetty kipujana antoi kiinalaisilla potilailla luotettavamman tuloksen kuin horisontaalisesti esitetty kipujana. Horisontaalisesti esitetty kipujana antoi taas luotettavamman tuloksen länsimaalaisilla. Tämä viittaa siihen, että kipujan graafinen ulkomuoto tulee valita potilaan kulttuuriin pohjautuvan lukemistavan mukaan. (Williamson, Hoggart 2005: 799.) Kipujanaa käytettäessä potilasta pyydetään osoittamaan janalta kohta, joka kuvaa hänen sen hetkistä kivun voimakkuutta parhaiten. Usein kipujanassa on liikuteltava osoitin, jonka potilas voi liu'uttaa sellaiselle kohdalle, joka kuvaa hänen sen hetkistä kivun voimakkuutta. Kipumittari on kaksipuolinen, toisella puolella on asteikko yhdestä kymmeneen tai yhdestä sataan. Potilaan näyttäessä kivun voimakkuuden janan toiselta puolelta, näkee hoitaja kivulle annetun arvon numerona mittarin toiselta puolelta. (Kalso - Vainio 2002: 41.) Kliinisessä työssä on käytössä mittarit yhdestä kymmeneen ja tutkimustyössä arvot yhdestä sataan (McCaffery - Pasero 1999: 62).

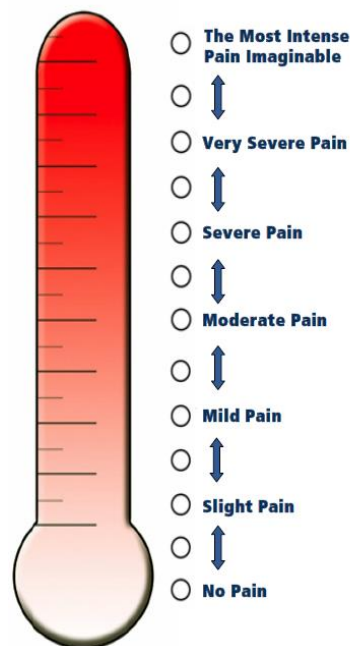


VAS-kipujana

Kuvio 3. VAS-kipujana (Fysioline Oy, 2007).

Salanterän ym. (2006: 85) mukaan kipujanaa on tutkittu ja arvosteltu siitä, että potilaat käyttävät liian herkästi kipumittarin ääripäitä. Potilaiden on hankala hahmottaa kivun arvioimista ilman selkeää numeerista asteikkoa ja siten jättävät käyttämättä usein janan keskiosion. Todetaan myös se, että hoito ja kipulääkitys ovat riittämättömiä kun potilas jatkuvasti ilmaisee kivun voimakkuuden ylittäen arvon kolme. (Salanterä ym. 2006: 85.)

Kipumittarista on tehty useita erilaisia ulkomuodollisesti toisistaan erilaisia muunnoksia, jotta sitä olisi helpompi käyttää kliinisessä työssä (Kalso - Vainio 2002: 41). Yksi näistä muunnoksista on kipukuumemittari. Kipukuumemittari eli Pain Thermometer Scale (PTS) on samankaltainen kuin VAS-kipujana, mutta se muistuttaa ulkonäöltään kuumemittaria (kuvio 4). Kipukuumemittaria myös käytetään kuin kipujanaa: potilasta pyydetään osoittamaan mittarilta se kohta, joka kuvastaa parhaiten hänen kivun voimakkuuttaan kyseisellä hetkellä. Kivun arvioinnin helpottamiseksi kuumemittarin vierellä voi olla myös sanalliset kuvaukset sekä numeeriset arvot kivun voimakkuudesta. Mittarin kerrotaan soveltuvan erinomaisesti potilaille, joiden kognitiiviset kyvyt ovat kohtalaiset tai joiden on hankala kommunikoida verbaalisesti. (Herr - Spratt - Garand - Li 2007.)



Kuvio 4. Kipukuumemittari (Professional Postgraduate Services 2007).

Sanallinen kipumittari eli Verbal Rating Scale (VRS) kuvaa kipua sanallisesti esimerkiksi: 0 kipua ei ole lainakaan, 1 Kipu on lievää, 2 Kipu on kohtalaisen voimakasta, 3

Kipu on voimakasta ja 4 Kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso - Vainio 2002: 41.) Vaikka sanallisella kipumittarilla kipua kuvataankin verbaalisesti, ei se silti estä numeerisen asteikon käyttöä. Tämä helpottaa kivun tulkitsemista ja parantaa siten kivun kunnonlääkehoitoa. Tämä kipumittari mahdollistaa potilaiden ilmaisun myös kivun tuntemuksen tunneperäisen ja sensorisen puolen. (Sailo - Varti 2000: 103.)

Numeerinen kipumittari eli Numeric Rating Scale (NRS) on asteikko yhdestä kymmeneen tai sataan. Numeerista kipumittaria käytettäessä potilasta pyydetään arvioimaan kivun voimakkuutta asteikolla nollasta kymmeneen (tai sataan). Nolla arvo kuvastaa kivuttomuutta ja kymmenen (tai sata) tarkoittaa sietämätöntä kipua. (Salanterä ym. 2006: 85; McCaffery - Pasero 1999: 62.) Numeerista kipumittaria käytettäessä on tärkeää huomioida Salanterän ym. (2006: 86) mukaan se miten mittaria käytetään. Tutkitun tiedon mukaan potilaat tapaavat suosia kipumittareiden ääripäitä, haasteelliseksi koetaankin kivun voimakkuuden arviointi arvojen 4 - 6 välillä. Myös potilaiden arviointi lääkkeen vaikuttavuudesta koetaan vaikeaksi karkealla asteikolla. Numeerista kipumittaria käytetään yleensä yli kymmenen vuotiailla lapsilla ja aikuisilla.

Kipukasvomittari eli Pain Faces Scale (PFS) koostuu kuudesta tai seitsemästä kasvokuvasta, joiden ilmeet vaihtuvat hymyilevästä kasvosta itkuiseseen ja surulliseen kasvoon (kuvio 5). Kuvien alla on numeerinen arvo nollasta kymmeneen, jolloin kipua voidaan arvioida paremmin. Yleensä kipukasvokuvia käytetään yli kolme vuotiaiden lasten kivun arvioinnissa, sekä aikuisilla. (McCaffery - Pasero 1999: 62; Salanterä ym. 2006: 86.) Kasvokuvista potilasta ohjataan näyttämään niitä kasvoja, minkä ajattelee ilmaisevan parhaiten tuntemansa kivun voimakkuutta. Lapsilla on tutkitusti tämän mittarin käytössä hankala erottaa kipu jostakin muusta mieltä painavasta asiasta, kuten koti-ikävästä. Tällöin mittarilta osoitettu kasvokuva ei anna todellista kuvaa kivun voimakkuudesta. (Salanterä ym. 2000: 20 - 21.)



Kuvio 5. Kipukasvomittari (Jacques 2009).

Kaikkia kipumittareita käytettäessä on tärkeää, että potilasta ohjataan käyttämään valittua mittaria oikein. Huolellisella ohjauksella varmistetaan, että potilas ymmärtää kipumittarin toimintaperiaatteen oikein, jolloin saadaan luotettava arvio kivun voimakkuudesta. Kipua hoidettaessa tulee tulos merkitä potilasasiakirjoihin. Aina tulee merkitä kivun määrä ja saatu hoidon vaste. (Syöpäkivun hoito-opas 2007.)

7 Tutkimustietoa kipumittareista

Eri tutkimukset eivät olleet yksimielisiä siitä, mikä kipumittari olisi kaikista paras käytössä, mutta tutkimuksissa ilmenneet ongelmat ovat pääpiirteittäin samankaltaisia. Kipumittareiden tulkintaan liittyi monenlaisia ongelmia, jotka monesti aiheutuivat potilaiden väärinymmärryksistä tai ohjauksen puutteesta. Bitros (2007) esitti tutkimuksessaan muutamia tulkintaongelmia. Potilaat eivät olleet esimerkiksi ymmärtäneet tuleeko kipu arvioida ennen vai jälkeen kipulääkkeen oton, ja mitä kipujanahan esittämä ilmaus ”pahin mahdollinen kokemasi kipu” käytännössä tarkoittaa. Sama tutkimus myös esitti, että kipukasvomittarilta saatetaan valita kasvojen kuva, joka vastaa potilaan kokemaa tunneperäistä ahdistusta, eikä niinkään koettua kipua. Terveystieteiden alan ammattilaisten tuleekin huomata, että kärsimys voi olla myös henkistä. (Bitros 2007.)

Tutkimuksien mukaan tietyt kipumittarit havaitsivat muutoksia kivun voimakkuudessa paremmin kuin toiset. Brunellin (2010) tutkimuksessa selvisi, että numeerinen asteikko on kipujanahan käyttökelpoisempi pahenevan kivun voimakkuutta mitattaessa. Numeerinen asteikko todettiin paremmaksi sen tarjoaman laajemman skaalan ansiosta. Williamsonin ja Hoggartin (2005) tutkimuksessa todettiin, että kivun voimakkuuden muutoksia arvioitaessa kipujana on kuitenkin parempi vaihtoehto kuin sanallinen kipumittari (VRS). Tämä tulos pääteltiin johtuvan siitä, että sanallisen kipumittarin tarjoamat vaihtoehdot ovat laajempia kokonaisuuksia, lisäksi vaihtoehtoja on vähemmän. (Williamson - Hoggart 2005: 800 - 801; Brunelli 2010.)

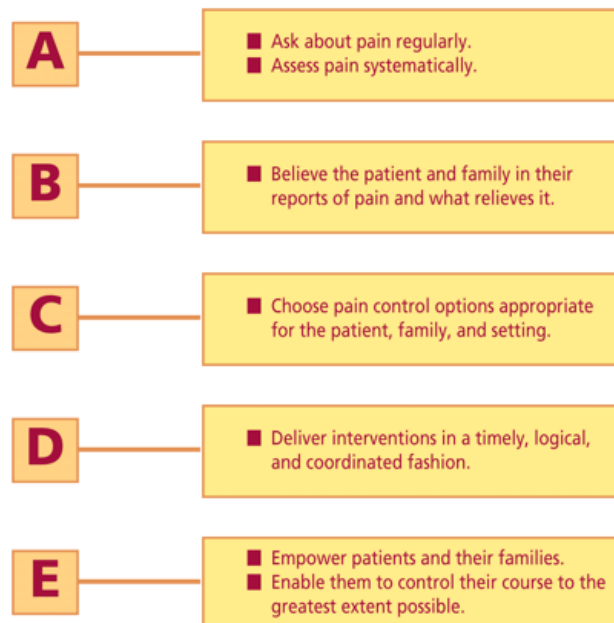
Sanallinen mittari sai tutkimuksissa osakseen paljon kritiikkiä. Yleiseksi ongelmaksi muodostuivat, että kysyttäessä kivun voimakkuutta, tutkittavien ilmaukset eivät olleet yhteneväisiä mittarin tarjoamien vaihtoehtojen kanssa - näin aiheuttaen virheitä mittarin käytössä. (Herr ym. 2007: 592.) Sanallisen kipumittarin vähäiset vaihtoehdot voivat myös aiheuttaa kivun aliarviointia. Silti osa tutkittavista piti sanallisesta kipumittarista sen yksinkertaisuuden takia. (Williamson - Hoggart 2005: 800.)

Eräissä tutkimuksissa kipujana on arvioitu parhaaksi kipumittariksi sen jatkuvuuden sekä kielestä riippumattomuuden vuoksi. Kipujanana on kuitenkin todettu olevan hieman vähemmän luotettava kuin esimerkiksi numeerisen kipumittarin. Suurin osa kipujanana käyttöön liittyvistä ongelmista kuitenkin vähenee kunnollisen ohjauksen myötä. (Caraceni ym. 2002: 242; Brunelli 2010.) Kipujanaa ei kuitenkaan virheen mahdollisuuden sekä ohjauksen tärkeyden vuoksi suositella käytettävän iäkkäämmällä väestöllä (Herr ym. 2007: 598 - 599). Iäkkäälle väestölle sekä kognitiivisista häiriöistä kärsiville sopivammaksi todettiin Herrin ym. (2007) tutkimuksessa kipukuumemittari. Toisaalta tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että itse kuumemittarin kuva ei välttämättä ole olennainen osa mittarin luotettavuudessa, vaan enemmänkin sen tarjoamat useat vaihtoehdot. (Herr ym. 2007: 598 - 599.)

Useissa tutkimuksissa todettiin, että mittarit joissa on useita vaihtoehtoja, esimerkiksi VAS tai NRS, kuvaavat kivun voimakkuuden muutoksia paremmin ja ovat siksi ylivertaisia. Silti usein kuitenkin suositaan yksinkertaisempia mittareita, esimerkiksi VRS. Myös tutkittavien välillä oli mieltymyseroja: osa suosi kipujanaa sen herkkyyden takia, kun taas osa suosi sanallista kipumittaria ja numeerista kipumittaria niiden yksinkertaisuutensa vuoksi. (Williamson - Hoggart 2005: 801; Caraceni ym. 2002: 242; Brunelli 2010.) Kivun arvion luotettavuuteen vaikutti mittarin valinnan lisäksi sen käytön ohjaus, sekä oliko mittari entuudestaan tuttu. Numeerisen- ja sanallisen kipumittarin käyttö vaatii vähemmän ohjausta kuin kipujanana käyttö. Herr ym. (2007) totesivat tutkimuksessaan että kipumittarin luotettavuus parani, kun tutkittava oli jo aikaisemmin käyttänyt samaa mittaria (Herr 2007: 598 - 599). Tärkeää kivunarvioimisessa onkin se, että saman potilaan kohdalla käytetään aina samaa kipumittaria, täten myös kivulle annetut arvot ovat keskenään vertailukelpoisia. Täytyy myös muistaa, että kivun kokemus on aina yksilöllinen, joten kivulle annettavat arvot vaihtelevat potilaskohtaisesti. (Lukkari - Kinnunen- Korte 2010: 372 - 373.)

Bitros (2007) esitti tutkimuksessaan mallin potilaan kivun voimakkuuden arvioinnin tueksi. Malli (kuvio 6) on suunniteltu syöpäkivun arvioinnin työkaluksi, ja sitä on tarkoitus käyttää yhteistyössä hoitotiimin, potilaan sekä omaisten kanssa. Mallin mukaan kivun voimakkuutta tulee kysyä säännöllisesti, ja sitä tulisi arvioida systemaattisesti esimerkiksi kipumittarin avulla. Potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta, sekä kipua helpottavista tekijöistä tulee uskoa. Jokaiselle potilaalle tulee valita yksilöllisesti juuri hänelle sopiva kivunhoitokeino. Potilaalla ja hänen omaisillaan tulee olla mahdollisimman

laaja kontrolli omaan tilanteeseensa, jotta he voivat voimaantua hallitsemaan kipuansa. (Bitros 2007.)



Kuvio 6. Kivun arvioinnin toimintamalli (Bitros 2007).

8 Asiantuntijahaastattelu syöpää sairastavan kivun arvioinnista

Opinnäytetyössämme hyödynnämme tutkitun tiedon rinnalla käytännön kokemukseen perustuvaa asiantuntijuutta. Asiantuntijalausunnon antoi Meilahden kolmiosairaan osaston 6A sairaanhoitaja. Osastolla 6A hoidetaan monenlaisia potilasryhmiä, kuten keuhkosityöpä-, keuhkonsiirto-, pulmonaarihypertonia-, astma- ja keuhkohtaumatauti-potilaita. Osastolla 6A on 31 sairaansijaa. Haastattelua varten tehtiin kysymyspohja, jossa oli viisi kysymystä. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään kipumittareiden käyttöä osastolla, sekä niiden käyttöön liittyviä haasteita. Haastattelupohja on liitteenä (Liite 1).

Asiantuntijalausunnossa nousi esille kipumittareiden käytettävyys ja niihin liittyvät asenteet ja haasteet. Lausunnosta kävi ilmi, että osastolla käytetään eniten numeerista suullista kivunarviointia. Vähemmässä käytössä oli kipujana, joka kuitenkin on yleisesti hoitajilla taskussa mukana. Suullinen kivunarviointi esitettiin nopeaksi ja helpoksi tavaksi arvioida potilaiden kipua. Kipujanaa käytettiin apuna jos potilas ei osannut arvioida kipua numeerisesti. Myös jos potilas koki kipujan ja numeerisen arvon hankalaksi tavaksi arvioida kipua, pyydettiin potilasta arvioimaan kipua sanallisesti. Potilaat, joille

kivun arvioiminen oli hankalaa, olivat usein sekavia tai liian kivuliaita. Asiantuntijalausunnosta ilmeni, että syöpää sairastavien kohdalla kipumittareiden käyttö on järjestelmällistä, kun taas muiden potilasryhmien kohdalla kipumittareiden käyttö on satunnaisempaa.

Lausunnosta kävi ilmi, että osastolla hoitajia on ohjeistettu käyttämään kipumittaria aina ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon ainakin kerran työvuoron aikana. Kivunseuranta tulee ohjeistuksen mukaan kirjata ylös potilaan tietoihin. Potilaan tiedoista tulisi käydä ilmi mitä mittaria on käytetty ja miten kipu on ilmentynyt, esimerkiksi levossa tai liikkeessä. Lausunnosta ilmenee, että kivunhoidon periaatteet ovat hyvin hallussa, mutta ongelmaksi koetaan henkilökunnan motivoiminen kipumittareiden säännölliseen käyttöön. Kipumittareiden käyttämättömyyttä perustellaan kiireellä, mutta kuitenkin ilmeni, että henkilökunta arvioi potilaan kivun ainakin kerran päivässä. Potilaan ollessa kivulias arvioidaan kipua useammin ja vastavuoroisesti kivun ollessa hallinnassa potilaan kipua arvioidaan harvemmin. Potilaan kivunhoidon ollessa epätasapainossa käytetään useammin kipumittareita apuna kivun arvioimisessa. Kun potilaan kipulääkitys on säännöllistä ja tasapainoista, kipua arvioidaan vähemmän.

Osastolla on saatavilla suullisia, kirjallisia ja sähköisiä ohjeistuksia sekä mahdollisuus konsultoida tarpeen vaatiessa kipuklinikkaa tai kipuhoitajaa. Kipuklinikalta voi myös lääkärin konsultaatiopyynnön kautta tulla kipuhoitaja ja lääkäri käymään osastolla avustamaan kivunhoidossa. Kipuklinikka järjestää myös koulutuksia henkilökunnalle kivunhoitoon ja esim. kipumittareiden käyttöön liittyen. Yhtenä yksittäisenä motivoijana kävi ilmi kivuton sairaala-tempaus. Tämä koettiin motivoivana ”herättelijänä” kivun arvioinnissa.

Asiantuntijalausunnossa ilmeni, että osastolla potilaita ohjataan suullisesti kipumittareiden käytössä. Kipua arvioitaessa potilaalta kysytään ”Mikä on kiputilanne tällä hetkellä 0 tarkoittaessa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua?”. Erilaisilla tarkentavilla kysymyksillä varmistetaan se, että potilas on ymmärtänyt kysymyksen. Voidaan esimerkiksi pyytää potilasta arvioimaan kivun voimakkuus levossa ja liikkeessä. Asiantuntijalausunnossa ilmeni myös, että joskus kysymystä ei ymmärretä ensimmäisellä kerralla, tällöin kysymys toistetaan. Kävi myös ilmi, että potilaiden on hankala arvioida juuri sen hetkistä kivun voimakkuutta. Yleensä potilaat erehtyvät kertomaan aikaisemmista kivun kokemuksista, eivätkä kivun nykytilanteesta. Kävi ilmi, että henkilökunnan koulu-

tuksessa potilaan ohjaus kipumittareiden käytössä jää vähemmälle kuin itse kipumittareiden käytön ohjaus.

Asiantuntijalausunnossa kävi ilmi että kipumittareiden käyttö nopeuttaa hoitajien työskentelyä, varsinkin kun se on muodostunut rutiiniksi. Hyviä puolia kipumittareiden käytössä oli useita. Kivun arviointi suullisella numeerisella kipumittarilla koettiin helpottavan kivun arviointia, koska kivun voimakkuudesta sai selkeän arvon. Numeerinen arvo on myös helppo kirjata potilastietojärjestelmään, joka myös helpottaa kivun voimakkuuden seurantaa. Se myös koettiin osana hoitajan oikeusturvaa, koska dokumentoitua arvoa ei voida kyseenalaista.

Yleisesti saatiin kuva, että ilmapiiri on myönteinen kipumittareiden käytön suhteen. Henkilökunta on motivoitunut hoitamaan syöpää sairastavien kipua, vaikkei kivun mitaus tapahdukaan aina jokaisen lääkkeen annon yhteydessä. Yleensä kipumittarin käytön vähyyttä perustellaan kiireellä. Kiireeseen vedotaan kun ei käytetä kipumittareita, tämä ei kuitenkaan tarkoita ettei kipua arvioitaisi. Asiantuntijalausunnosta kävi ilmi että kipumittareiden käytöstä muistutetaan usein. Välittyä kuitenkin kuva, että henkilökuntaa täytyy herätellä kipumittareiden rutiininomaiseen käyttämiseen, sillä niiden käyttö on niin potilaan kuin henkilökunnankin etu. Pääpiirteittäin suurimpana haasteena koettiin hoitajien motivaation puute kipumittareiden käytön suhteen. Hoitajia voisi motivoida kipumittareiden käytössä esimerkiksi nostamalla esiin niistä saatavia hyötyjä, kuten hoitajan oikeusturvan ja potilaan kivunhoidon tasapainon. Hoitajien ohjeistus ohjata potilaita kipumittareiden käytössä on vähäistä, tätä lisäämällä voitaisiin lisätä myös kipumittareiden käyttöä.

9 Työn tulokset

Tässä kappaleessa vertailemme tutkittua tietoa sekä asiantuntijalausunnosta saatua käytännön tietoa. Tarkastelemme eniten esille nousevien kipumittareiden käyttöön liittyviä samankaltaisuuksia, sekä haasteita ja hyötyjä. Näiden lähteiden ja havaintojen pohjalta esitämme suositukset kipumittareiden käytöstä ja käytön ohjauksesta. Pohdinnassa tarkastelemme syitä, jotka johtivat juuri näiden suositusten valintaan.

9.1 Tutkimustiedon ja käytännön asiantuntijuuden vertailu

Asiantuntijalausunnossa ilmeni, että osastolla eniten käytössä on suullinen numeerinen kipumittari. Kipujanaa osastolla käytettiin jos potilaalla oli hankaluuksia arvioida kipua numeerisella kipumittarilla. Tutkitun tiedon perusteella potilailla on vaikeuksia arvioida kivun voimakkuutta numeerisesti ja he tapaavat suosia mittarin ääripäitä (Salanterä ym. 2006: 85). Jos potilaalla on hankaluuksia numeerisen kivunarvioinnin tai kipujan käytön kanssa, otettiin osastolla käyttöön sanallinen kivun arviointi. Sanallisen kipumittarin käyttöä suosittiin tutkitun tiedon mukaan sen yksinkertaisuuden vuoksi, mutta sanallisen kipumittarin vähäiset vaihtoehdot voi aiheuttaa kivun aliarviointia (Williamson - Hoggart 2005: 800). Ongelmaksi muodostui myös se, että tutkittavien ilmaukset kivun voimakkuudesta eivät olleet yhtenäisiä sanallisen kipumittarin vaihtoehtojen kanssa (Herr ym. 2007: 592). Huonosta potilasohjauksesta johtuvat väärintymmärrykset voivat aiheuttaa virheitä kipumittareiden käytössä. Yleensä hankalaksi koetaan myös kivun arviointi juuri kysytyllä hetkellä, tai sitten ilmaus ”pahin mahdollinen kipu” on hankala ymmärtää. (Bitros 2007.)

Tutkitun tiedon perusteella numeerinen kipumittari on todettu hyväksi sen yksinkertaisuuden ja sen tarjoaman laajan skaalan ansiosta. Tutkittu tieto toteaa numeerisen kipumittarin olevan kaikista käyttökelpoisin pahenevan kivun voimakkuuden arvioinnissa, ja olevan siksi hyvä syöpäkivun arvioinnissa. (Brunelli 2010.) Kipumittareiden tulkintaan liittyy ongelmia, jotka usein aiheutuvat potilaiden väärintymmärryksistä tai ohjauksen puutteesta (Bitros 2007). Asiantuntijalausunnosta käy ilmi, että potilaiden on hankala arvioida kivun voimakkuutta juuri kysytyllä hetkellä. Potilasryhmä joille kipumittareiden käyttö oli haastavaa, olivat asiantuntijalausunnon mukaan liian kivuliaita tai sekavia. Tutkimusten mukaan kipujanaa ei suositella käytettävän iäkkäällä väestöllä tai kognitiivisista häiriöistä kärsivillä potilailla (Herr ym. 2007: 598 -599). Kipujan käyttö koettiin hankalaksi, koska selkeä asteikko puuttuu. Potilaat myös tapaavat suosia kipujan ääripäitä. (Salanterä ym. 2006: 85.)

Sekä tutkitun että käytännön tiedon perusteella kipumittareiden käyttöön liittyviä ongelmia voidaan vähentää hyvällä potilasohjauksella (Carceni ym. 2002: 242; Brunelli 2010). Asiantuntijalausunnon ja tutkitun tiedon mukaan kivun voimakkuuden arvion luotettavuutta parantaa se, että käytettävä mittari on entuudestaan tuttu sekä saman potilaan kohdalla käytetään aina samaa kipumittaria (Herr ym. 2007: 598 -599). Tutkitun tiedon mukaan kipua tulee arvioida säännöllisesti (Bitros 2007). Asiantuntijalausunnosta käy ilmi, että osastolla on ohjeistettu arvioimaan kivun voimakkuutta aina ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon, ainakin kerran vuorossa. Arvioitu kivun voimakkuus

tulee myös merkitä potilastietojärjestelmään. Myös tutkittu tieto ohjeistaa arvioimaan kivun voimakkuutta säännöllisesti kipumittarin avulla ja merkitsemään saadun arvon potilastietojärjestelmään (Bitros 2007).

Tutkitun tiedon mukaan vain pieni osa hoitajista käyttää kipumittareita aktiivisesti, vaikka he kokevatkin kipumittareiden käytön helpottavan kivunarviointia (Lahti ym. 2007: 37). Asiantuntijalausunnosta kuitenkin kävi ilmi, että ainakin kyseisellä osastolla kipumittareiden käyttö on suhteellisen yleistä. Niin tutkitussa tiedossa kuin käytännön työssäkin kipumittareiden käytön vähäisyyttä perusteltiin kiireellä ja riittämättömillä resursseilla (Lahti ym. 2007: 37).

9.2 Suosituksia kipumittareiden käyttöön

Jokainen potilas tulisi nähdä ihmisenä, joka kokee kipunsa yksilöllisesti (Lukkari - Kinnunen - Korte 2010: 372 - 373). Hyvään kivun hoitoon kuuluu kipumittarin valinta potilaskohtaisesti, mieluiten käyttäen potilaalle jo ennestään tuttua kipumittaria (Herr ym. 2007: 598 -599). Näin vältetään mahdolliset väärinymmärrykset ja tulkintaan liittyvät ongelmat. Hyvään ohjeistukseen kuuluu, että tavoitteista ja hoitomenetelmistä sovitaan yhdessä potilaan kanssa, myös potilaan henkiset ja fyysiset voimavarat tulee ottaa huomioon ohjauksen luonteessa. Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutussuhteen tulee olla dialoginen ja luottamukseen perustuva. (Bitros 2007: Vänskä ym. 2011: 15 - 19: Sailo - Vartti 2000: 252.)

Juuri syöpää sairastavan potilaan kohdalla kivunhoidon ohjaus korostuu, sairauden luonteen vuoksi myös hyvä hoitosuhde on tärkeässä osassa (Vänskä ym. 2011: 15 - 19). Potilaan omaan arvioon kivun voimakkuudesta tulee suhtautua vakavasti, koska potilas on itse oman kipunsa asiantuntija (Lukkari - Kinnunen - Korte 2010: 372 - 373).

Tutkitun tiedon pohjalta voidaan syöpää sairastavan potilaan kohdalla suositella kivun arvioimiseen kipujanaa sekä numeerista kipumittaria. Numeerinen kipumittari soveltuu tutkitun tiedon perusteella hyvin pahenevan kivun mittaamiseen. Kyseinen kipumittari havaitsee myös hyvin kivun voimakkuuden vaihteluita. Syöpäkipu on yleensä laadultaan pahenevaa, myös kivun voimakkuuden vaihtelut ovat syöpäkipulle tyypillisiä, näistä esimerkkinä läpilyöntikivut (Hänninen 2012: 30 - 31). Käytännön kokemuksen mukaan numeerinen kipumittari on myös nopea ja helppo käyttää, täten se soveltuu hyvin kiireiseen osaston arkeen. Tutkitun tiedon mukaan numeerisen kipumittarin ja kipujan selkeä etu on niiden tarjoama laaja skaala, mutta kipujan käyttöä hankaloittaa

selkeän asteikon puute. Kipujanaa ei tutkitun tiedon perusteella voi suositella iäkkäälle väestölle. Herrin ym. (2007) mukaan iäkkäälle väestölle ja kognitiivisista häiriöistä kärsiville paras mittari oli kipukuumemittari, joka on selkeä ja tarjoaa useita havainnollistavia vaihtoehtoja. Yleensä kipukuumemittarissa yhdistyvät sanallinen, kuvallinen ja numeraalinen asteikko. Kipukuumemittarin etu verrattuna kipujanaan on se, että mittarissa on selkeä asteikko. (Bitros 2007; Brunelli 2010.)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa on tärkeää, että kysymys esitetään selkeästi. Numerista kipumittaria käytettäessä tulee potilaalle havainnollistaa asteikko, jolla kipua mitataan. (McCaffery - Pasero 1999: 62; Salanterä ym 2006: 85.) Asiantuntijalausannon pohjalta selvisi, että kivun arviointia voidaan helpottaa konkreettisella kipumittarilla, jolla potilas voi osoittaa arvon kivun voimakkuudelle. Kivun voimakkuuden lisäksi voidaan kysyä tarkentavia kysymyksiä, esimerkiksi kivun laadusta, sijainnista ja siitä ilmeneekö kipu levossa vai liikkeessä. Kivun arvioinnin tulee olla järjestelmällistä ja säännöllistä, sekä koordinoitua. Kipu tulee arvioida ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon, jotta voidaan arvioida vastetta kivunlievitykseen. Tärkeä osa kivunhoitoa on järjestelmällinen kirjaus. Potilastietojärjestelmästä tulee käydä ilmi käytetty kipumittari ja kivunlievityskäytännöt sekä kivulle annettu arvo ja laatu. (Bitros 2007; Iivanainen ym. 2001: 686 - 687.)

Löytämämme tutkitun tiedon ja saamamme asiantuntijalausannon pohjalta olemme laatineet käytännön hoitotyöhön tiivistetyt suositukset (Liite 2.). Liitteessä esitetyt suositukset on tiivistetty edellä saadun synteessin pohjalta.

10 Pohdinta

Tässä kappaleessa pohdimme kehittämiämme suosituksia sekä niiden käytettävyyttä käytännön hoitotyössä. Kappaleessa tarkastellaan lisäksi työn luotettavuutta ja eettisyyttä sekä kehittämishaasteita. Pohdimme myös sitä, miten työlle asetetut tavoitteet on saavutettu. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää ja selventää suosituksia kivun arvioinnista siten, että tuloksia voidaan hyödyntää käytännön osastotyössä. Mielestämme suositukset soveltuvat syöpää sairastavien potilaiden lisäksi myös muidenkin potilasryhmien kivunhoitoon.

Opinnäytetyössä esitetyt suositukset pohjautuvat teoretiseen ja kokemustietoon. Tutkittua tietoa ja asiantuntijalausuntoa hyödyntäen on valittu juuri nämä suositukset, jotka

oli tieto- ja kokemusperustassa hyväksi todettu. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa kivunhoidon arviointia. Tutkimustiedon ja käytännön kokemuksen valossa on tärkeää, että potilaan yksilöllisyys korostuu. Hyvän kivunhoidon toteutumiseksi tulee potilas nähdä yksilönä, jonka kipua arvioidaan yksilökohtaisesti, potilaskohtaisena kokemuksena.

Opinnäytetyön tavoitteet saavutettiin hyvin, suositukset on tehty riittävän yksinkertaisiksi ja selkeiksi, jotta ne soveltuisivat hyvin kiireiseen hoitotyön arkeen. Suositukseen valitut kipumittarit soveltuvat hyvin syöpää sairastavan potilaan kivun arviointiin, kuin myös muidenkin kipupotilaiden kanssa käytettäväksi. Suosituksissa annetut ohjeet soveltuvat mielestämme käytettäväksi monenlaisissa hoitotyön osa-alueissa, joissa aikuispotilaiden kipua on tarpeellista arvioida. Selkeät suositukset mahdollistavat käytännön hoitotyön perusteltavuuden, koska tällöin hoitohenkilökunnalla on selkeät ohjeet toimintaan. Suositusten uskotaan parantavan myös potilasturvallisuutta, koska annettuja suosituksia noudattamalla varmistetaan riittävä ja säännöllinen kivunhoito ja -arviointi. Suositukset ovat myös osa hoitohenkilökunnan oikeusturvaa, koska annetut ohjeet suosittelvat säännölliseen kivunarviointiin ja tarkkaan kirjaamiseen. Luodut suositukset yhteinäistävät kivunarviointia, koska hoitohenkilökunnalla on nyt käytettävissä selkeät ohjeet kivun mittaamiseen.

Valitsimme suositukseen kipumittareiksi kipujan ja numeerisen kipumittarin, koska molemmat tutkimustieto sekä käytännön asiantuntijuus puhuivat näiden mittareiden puolesta. Numeerisen kipumittarin koimme erityisen hyväksi, koska sen avulla kivunarvioinnin ja ohjauksen voi tehdä tarvittaessa suullisesti. Tutkimustiedon perusteella numeerisen kipumittarin ajateltiin olevan myös hyvin soveltuva syöpäkivun arviointiin. Kipujanaa suosittelimme myös käytettäväksi, koska opinnäytetyön tietoperustan ja asiantuntijalausannon mukaan kyseinen mittari on hyvä vaihtoehto, varsinkin jos numeerisen kipumittarin käyttö on potilaalle hankalaa. Muut opinnäytetyössä esitellyt kipumittarit eivät mielestämme soveltuneet syöpää sairastavan potilaan kivunarviointiin yhtä hyvin kuin numeerinen kipumittari ja kipujana, joten jätimme ne kokonaan pois suosituksista. Tutkimukset esittivät kipukuumemittaria hyväksi vaihtoehdoksi varsinkin käytettäväksi iäkkäämmillä potilailla. Jätimme kipukuumemittarin pois suosituksista, vaikka mielestämme se voisi soveltua syöpää sairastavien kivun arvioinnissa käytettäväksi. Kipukuumemittari ei käsittääksemme ole Suomessa hoitohenkilökunnalle tai potilaille tuttu, eikä tutkimustieto sitä suosittelut erityisesti syöpäkivun mittaamiseen. Sanallisen kipumittarin jätimme pois, koska sen käyttöön liittyy tutkimusten mukaan useita ongel-

mia, kuten sen tarjoamien vähäisten vaihtoehtojen aiheuttama kivun aliarviointi. Myös kipukasvomittarin jätimme pois sen käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Keskeinen ongelma kipukasvomittarin käytössä oli muodostunut virhemarginaali, joka usein aiheutui siitä, että potilas ei osannut arvioida kipua ilmeenä. Moniulotteiset kipumittarit jätimme jo heti työn alkuvaiheessa pois, koska halusimme tarkastella ainoastaan kivun voimakkuutta, emmekä kivun sijaintia, luonnetta tai tunneperäistä puolta. Suosituksissa ohjeistetaan arvioimaan kivun voimakkuutta säännöllisesti ja järjestelmällisesti. Sekä tutkimustiedon että käytännön tiedon mukaan kipua tulee arvioida aina ennen ja jälkeen lääkkeenoton, jotta varmistutaan kivunlievityksen onnistumisesta. Mielestämme koordinoitulla kivun arvioimisella ja lievittämisellä tavoitellaan hyvää kivunhoitoa ja potilaan hyvinvointia.

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön teoriapohjan eettisyyttä ja luotettavuutta arvioitaessa sovellamme osin kvalitatiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Hyvään tutkimuskäytäntöön kuuluu, että tutkittavilta on saatu suostumus tietojen käyttöön. Tutkittavalle tulee antaa kaikki oleellinen tieto tutkimuksen tapahtumista ja tutkittavan osallistuminen tutkimukseen tulee tapahtua hänen vapaasta tahdostaan. Tutkijan tulee tarkoin kertoa mitä tutkimukseen lupautuminen tarkoittaa, sekä informoida tutkittavaa mahdollisista haitoista, joita tutkimuksesta voi hänelle aiheutua. Luottamuksellisuus ja eettisyys ovat keskeisessä osassa hyvää tutkimuskäytäntöä, mitä arkaluontoisemmasta asiasta on kyse, sitä tarkemmin tulee tutkittavan anonymiteettiä suojella. Tutkimusprosessin eettiset näkökulmat voidaan ajatella jakautuvan kolmeen osioon. Ensimmäisessä luokassa pohditaan sitä, miksi kyseisen ilmiön tutkiminen on perusteltua, toisessa luokassa pohditaan käytettyjä tutkimusmenetelmiä ja kolmannessa luokassa keskitytään tutkimusaineiston analyysiin ja raportointiin. Tutkijalla on eettinen velvollisuus raportoida saadut tulokset rehellisesti ja tarkasti, mutta samanaikaisesti huolehtia tutkittavan suojelusta. (Saaranen - Kauppinen - Puusniekka 2006.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä lisää kriittinen työasenne, terveen skeptinen asenne alusta asti auttaa. Arviointiin kuuluu oman toiminnan kriittinen analysointi; mietitään mitä on tehty ja mitä jätetty tekemättä. Arvioitaessa valmista työtä tulee muistaa, että tutkimus on aina yhdenlainen versio tutkittavasta asiasta, eikä siihen voi koskaan täysin luottaa. Tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun kuuluu myös reliabiliteetin ja validiteetin arviointi. Validiteetissa on kyse siitä, onko tutkimus pätevä, uskottava ja vakuuttava. Validiteettia arvioitaessa pohditaan muun muassa sitä, onko tutkimus pe-

rusteellisesti tehty, ovatko saadut tulokset ja tehdyt johtopäätökset oikeita. Keskeisesti tähän liittyy myös tutkijan kielikäsitys ja sosiaalinen todellisuus. Reliabiliteetin arvioinnissa kiinnitetään huomiota metodien luotettavuuteen, havaintojen pysyvyyteen eri aikoina sekä tulosten johdonmukaisuuteen. Tutkimuksen luotettavuuteen voidaan vaikuttaa monin tavoin. Jos tutkimusmenetelmänä käytetään haastattelua, sen luotettavuutta parantaa haastattelun harjoittelu. Nauhoittamisen ja videoimisen ajatellaan parantavan tutkimuksen luotettavuutta, koska tällöin muutkin kuin tilanteessa olleet voivat tehdä havaintoja. Luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida, että tutkimuksen luonne tai tutkimustapa voivat vaikuttaa siihen, miten tutkittavat vastaavat kysymyksiin. (Saaranen - Kauppinen - Puusniekka 2006).

Opinnäytetyön aiheeseen tai menetelmään ei suoranaisesti liity suuria eettisiä ongelmia. ”Nykyisessä lääketieteen ja terveydenhuollon etiikassa yksilöllinen kivunarviointi ja tehokas kivunlievitys ovat eettiseltä kannalta itsestään selviä lähtökohtia” (Launis 2008: 8). Valittu aihe on työelämälähtöinen, joten prosessia aloittaessa oli selvää, että opinnäytetyöstä saatava hyöty on merkityksellinen ja työ siis toteuttamisen arvoinen.

Opinnäytetyön tietoperustaa kootessamme käytimme käsihaun lisäksi erilaisia tietokantoja, suurin osa kerätystä tutkimustiedosta on kuitenkin haettu kahdesta viitetietokannasta. Aineiston luotettavuuteen voi vaikuttaa, se että suurin osa kerätystä tutkimustiedosta oli englanninkielistä. Englannin kieli ei ole kummankaan opinnäytetyön tekijän äidinkieli, joten sisällön ymmärtäminen on voinut vääristyä. Tämä on voinut vaikuttaa heikentävästi työn luotettavuuteen. Suurin osa opinnäytetyön tietoperustasta on kerätty suomenkielisestä kirjallisuudesta, joka antaa vahvan pohjan teoreettiselle viitekehykselle. Tutkimustieto kipumittareiden käytöstä on kerätty useasta eri tutkimuksesta, tämän uskomme parantavan opinnäytetyön luotettavuutta.

Asiantuntijalausunnan luotettavuuteen voi vaikuttaa useampi eri tekijä. Lausunto on tehty ainoastaan yhtä sairaanhoitajaa haastatteleamalla, joten saatu tieto on vain yhden henkilön havainnoimaa. Opinnäytetyöhön oli tarkoitus saada myös toinen asiantuntijalausunto kipuklinikan sairaanhoitajalta. Tämä ei kuitenkaan toteutunut aikataulullisista syistä. Koemme tämän vaikuttaneen, jollain tasolla työn luotettavuuteen, koska kokemusperäinen tieto rajoittuu ainoastaan yhden henkilön kokemukseen. Olimme toivoneet toisen asiantuntijalausunnan myös valottavan enemmän sairaanhoitajille järjestettävää koulutusta potilaiden ohjaamisesta kipumittareiden käytössä.

Asiantuntijalausunnon antanut sairaanhoitaja ei halunnut nimeään tuotavan julki opinnäytetyössä, eikä se tieto ole oleellinen työn luotettavuuden kannalta. Eettisiä periaatteita kunnioittaen ja toteuttaen haastateltava sai itse tehdä päätöksen säilyä nimettömänä. Osastonhoitaja antoi luvan tuoda osaston tunnistettavaksi opinnäytetyössä. Osaston tunnistettavuus parantaa luotettavuutta asiantuntijalausunnon alkuperästä, sekä liitännäisyydestä aiheeseen. Opinnäytetyöstä käy ilmi osaston kuvaus ja erikoisala, täten voidaan varmistaa, että asiantuntijalausunto on hyödynnettävissä juuri syöpää sairastavien potilaiden kivunhoidon arvioinnin kehittämisessä. Välttääksemme virhetulkintojen mahdollisuuden lähetimme valmiin auki kirjoitetun asiantuntijalausunnon hyväksyttäväksi lausunnon antaneelle sairaanhoitajalle.

Suosituksia laadittaessa olemme ottaneet huomioon myös ammattietiikan. Pyrkimys oli tehdä suositukset siltä pohjalta, että hoitohenkilökunta kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo täten osanaan kunnioittavaa hoitokulttuuria. Laadittujen suositusten käyttö toivotaan tapahtuvan avoimessa vuorovaikutuksessa sairaanhoitajan ja potilaan välillä. On myös sairaanhoitajan velvollisuus jatkuvasti arvioida ja kehittää ammattitaitoaan. Toivomme, että laaditut suositukset voivat osanaan mahdollistaa tätä sairaanhoitajan eettisissä ohjeissakin ilmaistua velvollisuutta. (Sairanhoitajan eettiset ohjeet 1996). Laadituissa suosituksissa ohjeistetaan valitsemaan käytettävät kivunarviointimenetelmät aina yksilöllisesti, vuorovaikutteisessa hoitosuhteessa. Mielestämme suositukset kipumittareiden käytöstä on tehty potilaan arvoa kunnioittaviksi.

Laaditut suositukset kipumittareiden käytöstä on koostettu käyttäen niin tutkittua tietoa kuin käytännön asiantuntijuutta. Opinnäytetyöhön käytetty tutkimustieto on kerätty käyttäen luotettaviksi mielletäviä viitetietokantoja. Suosituksissa käytetty tutkimustieto pohjautuu useaan eri tekijöiden tekemään tutkimukseen, joita ei ollut tehty kaupalliseen tarkoitukseen. Asiantuntijalausunnossa voidaan ajatella olevan joitakin luotettavuutta heikentäviä tekijöitä. Saatua lausunto on yhden sairaanhoitajan näkemys koko osaston henkilökunnan toiminnasta kivun arvioinnin suhteen. On siis mahdollista, että tämä lausunto antaa kapean näkemyksen kipumittareiden käytöstä. Tämä luo virhemarginaalin mahdollisuuden saatuihin tuloksiin. Uskomme, että sairaanhoitaja käyttäytyi haastattelutilanteessa oman ammattietiikkansa velvoittamalla tavalla, antaen haastatelijoille todenmukaista tietoa osaston toimintatavoista.

Julkaisueettisesti olemme noudattaneet ohjeistetusti Metropolia Ammattikorkeakoulun asettamia opinnäytetyön kirjallisen työn ohjeita ja työn ulkoasun vaatimuksia. Opinnäy-

tetyössä olemme noudattaneet tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia ”hyvä tieteellinen käytäntö”-ohjeita, kuten tarkkuutta ja rehellisyyttä tietoaaineiston keräämisessä. Olemme tallentaneet ja esittäneet työmme tulokset huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti, sekä toteuttaneet työtämme hyvän tieteellisen käytöksen edellyttämällä tavalla. Omasa työskentelyssämme olemme purkaneet löydettyä tietoa todenmukaisesti tuloksia väärentämättä, sekä tarkastelleet materiaalia kriittisesti. (TENK 2002: 6.) Suositukset laadittiin tutkittuun tietoon perustuen, liittämättä niihin omia mielipiteitä tai muuttamatta tietoa jota lähdetiedot antoivat. Näin ollen koemme, että laaditut suositukset ovat luotettavia. Lähteinä käytetyt julkaisut on merkitty opinnäytetyöhön asianmukaisella tavalla, kirjallisen työn ohjeiden mukaisesti. Näin olemme huomioineet lähdejulkaisujen tekijät sekä heidän julkaisujensa ansaitseman arvon. Opinnäytetyön ohjaaja on huolehtinut, että tarvittava yhteistyösopimus on tehty. Opiskelijat, ohjaaja, Metropolia Ammattikorkeakoulun edustaja ja yhteistyöosasto ovat hyväksyneet ja allekirjoittaneet sopimuksen. (TENK 2002: 6 - 8.)

10.2 Kehittämishaasteet

Suurimmaksi tulevaisuuden haasteeksi koemme hoitajien motivoinnin. Asiantuntijalausunnostakin kävi ilmi, että hoitajien kipumittareiden käyttö ei ole rutiininomaista. Hoitajien motivoinnissa voitaisiin korostaa kipumittareiden käytöstä saatavia hyötyjä, kuten potilaiden hyvinvointia ja hoitajien oikeusturvaa. Lausunnon mukaan toimivaksi ”herätelijäksi” oli koettu kivuton sairaala -hanke. Meidän mielestämme jokin samankaltainen tempaus tai kampanja voisi motivoida henkilökuntaa myös osaston ulkopuolelta. Tärkeäksi koemme sen, että kipumittareiden käyttöä tulisi tehdä näkyvämmäksi, jotta niiden käytöstä muodostuisi kunnan rutiini.

Omana haasteenaan on kivun arviointi potilailla, jotka eivät itse kykene sitä ilmaisemaan. Esimerkiksi tämä korostuu saattohoidossa olevien syöpäpotilaiden kanssa. Emme tässä työssä keskittyneet tähän aiheeseen lainkaan, koska tarkastelimme yksilotteisia kipumittareita. Yleensä potilaiden, jotka eivät kykene yksilotteisilla kipumittareilla ilmaisemaan kipua käytetään hyödyksi moniulotteisia kipumittareita. Aiheen koemme kuitenkin ehdottomasti tärkeäksi kehittämishaasteeksi syöpää sairastavan kivunhoidossa ja sen kehittämisessä.

Tulevaisuudessa tulee suositusten ajankohtaisuutta uudelleen arvioida, koska terveydenhuoltoala on alati kehittyvää ja, koska tutkimustietoa tulee lisää. Tiedonhauissamme emme löytäneet suosituksia, joissa hoitohenkilökuntaa ohjeistettaisiin potilaan oh-

jaukseen kipumittareiden käytössä. Saamiemme tuloksien pohjalta suureksi kehittämishaasteeksi nousee juurikin potilaan ohjaus kipumittarin käytössä sekä hoitajien koulutus tähän ohjaamisprosessiin. Koemme, että tulevaisuudessa pitäisi kehittää yhtenevät ohjeet kipumittareiden käytön potilasohjaukseen, koska hyvä ohjaus parantaa myös potilaiden kivunhoitoa. Yhtenevät suositukset potilasohjauksesta voisivat myös lisätä hoitajien motivaatiota kipumittareiden käyttöön.

Kipu on aina läsnä hoitotyössä, joten koemme kivunhoidon kehittämisen tärkeäksi varsinkin haasteellisilla kivunhoidon potilasryhmillä. Lääketieteen ja teknologian kehittyessä myös hoitotyö kehittyy, jolloin voidaan myös kehittää uusia yksilöllisiä kivunhoitomenetelmiä. Tämän vuoksi kivunhoidossa tulisi entistä enemmän korostaa potilaan yksilöllisyyttä, sillä kivun kokemus on aina henkilökohtaista.

Lähteet

Bitros 2007. Advocating for Management of Cancer Pain. The Journal of the American Osteopathic Association 107 (7). Verkkoartikkeli. <http://www.jaoa.org/content/107/suppl_7/ES4.long#sec-4>. Luettu 23.2.2013.

Brunelli - Zecca - Martini - Campa - Fagnoni - Bagnasco - Lanata - Caraceni 2010. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patient with chronic cancer pain. Health and Quality of Life Outcomes, 8 (44). Verkkoartikkeli. <<http://www.hqlo.com/content/8/1/42>>. Luettu 23.2.2013.

Caraceni - Cherny - Fainsinger - Kaasa - Poulain - Radbruch - De Conno 2002. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research of an Experts Working Group of the European Association of Palliative Care, Journal of Pain and Symptom Management 3 (23). 239 - 255.

Eriksson - Kuuppelomäki 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö, Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Estlander 2003. Kivun psykologia, WSOY.

Fysioline Oy 2007. IcePower Arthro cremen käyttäjätutkimus. Lyhennelmä. <http://web.icepower.net/lyhennelma_icepower_arthro_c/>. Luettu 15.12.2012.

Hamunen - Heiskanen - Idman 2009. Syöpäkivun hoidon kolme tasoa. Suomen Lääkäreilehti 2009(41). 3413 - 342.

Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012. Strategia ja arvot. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;28;820;2012&print=1>>. Luettu 26.2.2013.

Herr - Spratt - Garand - Li 2007. Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and Other Selected Pain Intensity Scales in Younger and Older Adult Cohorts Using Clinical Pain. Pain Med. 8 (7). 585 - 600.

Hänninen 2012. Saattohoito-opas, potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys 30 - 31. Verkkodokumentti. <<http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/21d39a22b607144d4013f3248715c81e/1378200859/application/pdf/78548733/Saattohoito-opas%202012%20.pdf>> Luettu 3.9.2013.

Iivanainen - Jauhiainen - Pikkarainen 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö: Tammi.

Jacques 2009. Chronic Pain, Pain Scales - Valuable Pain Assessment Tools. About.com. Verkkoartikkeli. <<http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Wong-Baker.htm>>. Luettu 15.12.2012.

Kettunen - Laitinen - Väänänen - Mäkelä - Vänskä 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita.

Kipu 2002. Kalso - Vainio (toim.) Duodecim.

Kivunhoito 2002. Sailo - Vartti (toim.) Tammi.

Lahti - Nordberg - Ruhtila 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti (1). 35 - 38.

Launis 2008. Eettiset periaatteet velvoittavat hoitamaan kipua. Kipuviesti (1). 8.

Liukko 2012. Opinäytetyön runko-osa - erilaisia rakenteita. Opinäytetyön raportointi ohje. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Verkkojulkaisu. <<http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyo/>>. Luettu 12.9.2013.

Loukola 2010. Eettisten teorioiden tasot. Käytännöllinen filosofia, politiikan ja talouden tutkimuksen laitos. Helsingin yliopisto. ETENE.

Lukkari - Kinnunen - Korte 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

McCaffery - Pasero 1999. Pain- Clinical manual. Journal of Clinical Nursing 9 (4).471 - 653.

Nurmi - Rekiaro - Rekiaro 1996. Suomen kielen sanakirja. Helsinki: Gummerus.

Porrasteinen kivunhoitomalli 2010. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkko-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01799>. Luettu 17.12.2012.

Professional Postgraduate Services 2007. PainKnowledge.com. Verkkodokumentti. <http://www.painknowledge.org/physiciantools/Pain_Thermometer/Iowa%20Pain%20Thermometer%20Scale.pdf>. Luettu 15.12.2012.

Saaranen-Kauppinen - Puusniekka 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html>. Luettu 28.2.2013.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti.
<www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 28.2.2013.

Salanterä - Hagelber - Kauppila - Närhi 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Salanterä - Hovi - Routasalo 2000. Kivun arviointi. Sairaanhoitajalehti 1 (73). 20 -22.

Sankila - Pukkala 2009. Syöpätaudit - Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto. Verkkoartikkeli. <http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00008>. Luettu 5.11.2012.

Suomen Syöpärekisteri 2010. Tilastot, ajantasaiset perustaulukot. Verkkodokumentti. <<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>>. Luettu 26.2.2013.

Syöpäkivun hoito-opas 2007. Vuorinen - Kalso (toim.) Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Suomen Graafiset palvelut Oy ltd. Verkko-opas.
<<http://suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Sy%C3%B6p%C3%A4kivunhoito-opas.pdf>>. Luettu 6.11.2012.

TENK: Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauksien käsitteleminen. Vammalan kirjapaino Oy. Verkkojulkaisu.
<www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf>. Luettu 28.2.2013.

Vainio 2009. Kivunhallinta, Syöpään liittyvän kivun hoito. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00064>. Luettu 15.12.2012.

Vainio 2009. Kivunhallinta, Voiko kipua mitata? Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025>. Luettu 5.11.2012.

Vänskä - Laitinen - Väänänen - Kettunen - Mäkelä 2011. Sosiaali- ja terveysalan ohjauksessa kehittyminen - Onnistuuko ohjaus?. Edita.

Williamson - Hoggart 2005. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing (14). 798 - 804.



Kysymyksiä kipumittareiden käytöstä

Asiantuntijalausunto opinnäytetyötä varten

- 1) Mitä kipumittareita teidän osastollanne käytetään? Miten kipumittareita käytetään? Kuinka laajasti ne ovat käytössä?
- 2) Miten hoitajia on ohjeistettu käyttämään kipumittareita?
- 3) Miten hoitajat ohjaavat potilaita kipumittareiden käytössä? Ovatko he saaneet ohjeistusta potilaan ohjaukseen kipumittareiden käytössä?
- 4) Onko teidän osastollanne jo käytössä kirjallisia ohjeita tai suosituksia kipumittareiden käytöstä? (Jos on, saisimmeko tutustua niihin?)
- 5) Mitä ongelmia luulet kipumittareiden käytössä olevan? Pitäisikö kipumittareiden käyttöä lisätä? Jos pitäisi, niin miten?

Asiantuntija: Osaston 6A sairaanhoitaja

Haastattelijat: Anna Martikainen ja Petra Palovaara

Asiantuntijalausuntoa tullaan hyödyntämään osana Anna Martikaisen ja Petra Palovaaran kehittämistyypistä opinnäytetyötä ”Syöpää sairastavan kivunhoidon kehittäminen - kipumittarit ja niiden käyttösuositukset”.



Kipumittareiden käyttösuosituksia syöpää sairastavan potilaan kivunhoidossa

1. Yksilöllisyys

Potilaskohtainen kipumittarin valinta.

Mielellään potilaalle tuttu mittari.

2. Ohjaus

Selkeä ja havainnollistava.

Potilaan voimavarat huomioivaa ja dialogista.

3. Vuorovaikutus

Luottamuksellinen ja potilaslähtöinen.

Potilas on oman kipunsa asiantuntija.

4. Kivun arviointi

Säännöllistä ja koordinoitua.

Konkreettinen kipumittarin käyttö

Tarkentavat kysymykset

5. Kirjaaminen

Järjestelmällistä ja säännöllistä.

Kirjataan kivun arvo ja laatu,

käytetty kipumittari,

kivunlievityskeino ja sen vaikuttavuus