

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

2010

Taru Pöyhönen

# KIRJALLISEN KIVUNHOIDON POTILASOHJAUSMATERIAALIN KRITEERIT

- Sähköinen mallipohja



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

# OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Marraskuu 2010 | 43+ 2liitettä

Taru Pöyhönen

## KIRJALLISEN KIVUNHOIDON POTILASOHJAUSMATERIAALIN KRITEERIT - Sähköinen mallipohja

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli pyrkiä selvittämään, millainen on laadukas kivunhoidon potilasohjausmateriaali ja mitkä ovat laadukkaan kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit. Tavoitteena on määrittää kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit, joiden pohjalta luodaan sähköisesti käytettävä mallipohja kivunhoidon potilasohjausmateriaalien tekoon. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus -hanketta, joka toteutettiin yhdessä Turun ammattikorkeakoulun terveysala-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen kanssa.

Tutkielman lähestymistapa oli kvalitatiivinen ja se toteutettiin kirjallisuuskatsaukseen perustuen. Aineisto kerättiin 1.10.- 25.10.2010 välisenä aikana Medic,- CINAHL,- ja AURA -tietokannoista sekä manuaalisesti opinnäytetöistä lähteitä etsien. Myös Internetiä käytettiin aineiston kartuttamiseksi. Aineistoa tarkasteltiin potilaan, omaisen ja sairaanhoitajien näkökulmista ja tarkastelun tuloksena tehtiin johtopäätökset vastaukseksi opinnäytetyön tutkimusongelmiin.

Potilaiden, omaisten ja sairaanhoitajien mukaan kirjallisissa potilasohjausmateriaaleissa oli runsaasti parannettavaa. Puutteita löytyi muun muassa kirjallisten ohjeiden kappaleen asetteluissa, kirjasinkoossa ja ymmärrettävyydessä. Kivunhoidon näkökulmasta materiaaleihin toivottiin lisää tietoa pahoinvoinnista, kipulääkkeistä ja sen sivuvaikutuksista sekä tietoa kivunhoidosta yleisesti. Kirjallisuuskatsauksen perusteella tehty sähköinen mallipohja auttaa sairaanhoitajia syventämään kivunhoidon ohjaustaan potilaiden yksilöllisyyden mukaan.

Jatkossa kivunhoidon sähköistä mallipohjan käytännöllisyyttä ja tarvetta tulisi testata.

### ASIASANAT:

Kivunhoito, potilasohjaus, kipu, kirjalliset ohjeet

## BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

November 2010 | 43+2

Taru Pöyhönen

# A LITERATURE PAIN MANAGEMENT CRITERIAS

## - Electronic modelbasis

The main purpose of this thesis was to discover what good quality pain management material is like and what the criteria for first rate patient guidance material are like. The aim was to specify the criteria used in patient guidance in pain management, in which was to create an electronic model basis to be used in patient guidance. This thesis is part of Patient education in pain management-project in Turku University of Applied Sciences. This project is conducted at Turku University of Applied Sciences, the Faculty of Health Care, and Department of Health Care and Social Services of The City of Turku.

The way to approach this thesis was a qualitative in its nature and it was based on literary sources. The material was collected in the period between 1.10.-25.10.2010 by using Medic, - CINAHL,- and AURA-databases and also by using other printed thesis concerning the subject. Internet was also used in the purpose of collecting material. The definitive material was based on perspective of the patient, relative and a nurse and the conclusion was based on research problem of the thesis.

According to the patients, relatives and nurses the literary patient guidance material has a lot to work on. There was a severe weakness in understanding the paragraphs in the literate guides as well as character type sizing and intelligibility. From pain management's point of view there was a need for more knowledge concerning nausea, anodynes and its side effects as well as data concerning pain management in general. According to the literary sources, an electronic database will help nurses to deepen their guidance in pain management in a more individual way. In future the electronic database for pain management should be more practical and experimented.

### KEYWORDS:

Pain management, patient guidance, pain, literature directions

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA SITÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET</b>	<b>8</b>
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>8</b>
3.1 Tiedonhakuprosessi	9
3.2 Sähköinen mallipohja	12
<b>4 KIPU JA KIVUNHOITOTYÖ</b>	<b>12</b>
4.1 Kivun fysiologia	13
4.2 Kivun hoitotyö	14
4.3 Kivun arviointi	15
4.5 Kivun kirjaaminen	17
<b>5 KIVUN LÄÄKEHOITO JA LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNHOIDONMUODOT</b>	<b>18</b>
5.1 Lääkkeenantotavat	19
5.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	19
5.3 Opioidit	21
5.4 Masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet ja puudutukset	22
5.5 Lääkkeettömät kivunhoitomuodot	23
<b>6 KIVUNHOIDON POTILASOHJAUS</b>	<b>26</b>
<b>7 KIRJALLINEN POTILASOHJAUSMATERIAALI</b>	<b>29</b>
7.1 Laadukkaan potilasohjausmateriaalin kriteerit	33
7.2 Laadukas kivunhoidon potilasohjausmateriaali	34
<b>8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b>	<b>35</b>
<b>9 POHDINTA</b>	<b>37</b>
<b>10 LÄHTEET</b>	<b>41</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Kivunhoidon sähköinen mallipohja

Liite 2. Esimerkki kivunhoidon sähköisen mallipohjan käytöstä

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Tiedonhakuprosessi

11

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on ”Kirjallisen kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit -sähköinen mallipohja”. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, millainen on laadukas kivunhoidon potilasohjausmateriaali ja mitkä ovat laadukkaan kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit. Opinnäytetyön tarkoituksena on määrittää kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit, joiden pohjalta luodaan sähköisesti käytettävä mallipohja kivunhoidon potilasohjausmateriaalien tekoon. Mallipohjaa olisi kyettävä muokkaamaan sekä osastokohtaisesti että potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Opinnäytetyön aineisto perustuu kirjallisuuskatsaukseen, jossa on hakujen avulla etsitty tieteellisistä tietokannoista tietoa kivunhoidosta ja potilasohjausmateriaalista. Aineistoissa tehdyt haut on rajattu vuosiin 2000-2010.

Maailman terveysjärjestö WHO:n (1994) ja Lissabonin (1995) julistuksissa todetaan, että jokaisella potilaalla on oikeus nykyaikaiseen lääketieteelliseen kivunhoitoon sekä kivun lievitykseen. Suomi on myös sitoutunut Euroopan neuvoston biolääketiedettä koskevaan yleissopimukseen, jossa korostetaan muun muassa jokaisen potilaan oikeutta tieteellisesti tutkittuun ja kliiniseen kokemukseen perustuvaan kivunhoitoon, jossa otetaan huomioon uudet menetelmät. (Salanterä ym. 2006, 28.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää potilaan kohteluun ja hoitoon liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Potilaalla on oikeus hyvään kivunhoitoon, mikä tarkoittaa vankkaan kliiniseen kokemukseen ja tutkittuun tietoon perustuvaa hoitovaihtoehtojen käyttöä, valintaa ja arviointia. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitohenkilöstöä lievittämään potilaan kipua ja kärsimystä sekä ylläpitämään ja kehittämään omaa ammattitaitoaan. Sairaanhoidajan yksi tehtävistä eettisten ohjeiden mukaan on lievittää kärsimystä sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta kivunhoitoa koskevissa asioissa (Sailo & Varti 2000, 63; Sairaanhoidajaliitto 2010).

Sairastuminen on usein epämiellyttävä ja outo tilanne ihmiselle, jolloin se voi aiheuttaa epävarmuuden, turvattomuuden ja avuttomuuden tunteita sekä sairastuneelle että hänen omaisilleen. Tilanteesta selviytymiseen edesauttaa se, että potilas sekä hänen lähimmäisensä saavat tarpeeksi ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa sairaudesta, tutkimuksista sekä hoidoista. Riittävä ohjaus ja kirjallisten ohjeiden saaminen vähentää sairauteen liittyviä pelkoja. Ohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä antaa tukea sairauden kanssa selviämiseen. Yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa on tullut potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus. Kirjallisen ohjauksen lisääntyneeseen tarpeeseen on monia syitä. Potilaat haluavat itse tietää enemmän sairauksista ja hoidoista, potilailta odotetaan parempia itsehoitovalmiuksia muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi, sillä lyhimmillään potilas saattaa olla toimenpiteessä muutaman tunnin, jolloin aikaa henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on vähemmän. Suullista potilasohjausta pyritään myös täydentämään kirjallista materiaalia hyödyntäen. (Torkkola ym. 2002, 7, 24.)

Muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi, kivunhoidon kehittäminen sekä potilaan, että sairaanhoitajan näkökulmista on tärkeää, jotta saadaan kivunhoidon kirjallinen ohjaus mahdollisimman laadukkaaksi. Kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kehittämiseksi on tarvetta, sillä opinnäytetyön aiheeseen liittyvää työtä ei ole aikaisemmin tehty. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveysalueloalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA SITÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on määrittää kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit, joiden pohjalta luodaan sähköisesti käytettävä mallipohja kivunhoidon potilasohjausmateriaalien tekoon. Mallipohjaa olisi kyettävä muokkaamaan osastokohtaisesti sekä potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Opinnäytetyössä pyritään saamaan vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millainen on laadukas kivunhoidon potilasohjausmateriaali?
2. Minkälaiset ovat laadukkaan potilasohjausmateriaalin kriteerit?

## 3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Kvalitatiivista tutkimusta on hankala määritellä selvästi, koska sillä ei ole teoriaa tai paradigmaa, joka olisi vain sen omaa. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei myöskään ole metodeja, jotka olisivat täysin omia. Metodi on erityinen tutkimustekniikka, joka on käytännöllinen silloin kun se pystyy yhdistämään teorian, metodologian ja hypoteesit. (Metsämuuronen 2006, 83.) Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, eroja ja samanlaisuuksia (Janhonen & Nikkonen 2003, 21).

Kirjallisuuskatsauksessa tieteellisen työn tekijä laatii tutkimuksensa teoreettiseksi perustaksi kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen kuten aikakauslehtiartikkeleihin, tutkimusselosteisiin sekä muihin keskeisiin julkaisuihin.



Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää mistä kaikista näkökulmista ja miten asiaa on aikaisemmin tutkittu sekä kuinka suunnitteilla oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Tutkimuskirjallisuuden selailu osoittaa usein, että tutkittavaa ilmiötä voi pystyä tarkastelemaan monesta näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen teossa tarvitaan harkintaa, lähdekritiikkiä ja tutkijan on pyrittävä kriittisyyteen lähteitä valitessaan sekä lähteitä tulkitessaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 101, 111-112.)

### 3.1 Tiedonhakuprosessi

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvän aineiston keruu toteutettiin käyttämällä Medic,- CINAHL,- ja Turun ammattikorkeakoulun AURA,- tietokantoja (Taulukko 1). Hakusanoina ovat olleet: potilasohjaus, kirjallinen potilasohjaus, kipu, materiaali ja kivunhoito. Englanninkielisessä tietokannassa hakusanoina ovat olleet: "pain management", "pain", "patient", "guidance", "directions" ja "documentation".

Turun ammattikorkeakoulun AURA –tietokannassa käytettiin tarkennettua hakua ja hakusanoina käytettiin "kipu" and "hoito". Osumia saatiin 134, jotka lajiteltiin niin, että uusimmat teokset ja artikkelit tulivat ensin ja joista valittiin otsikon perusteella 18 teosta. Otsikon perusteella valitut olivat kaikki vuosien 2000-2010 aikana julkaistuja ja niiden lukemisen jälkeen valittiin 5 lähdeä aineistoon käytettäväksi.

Medic- tietokannasta lähteitä haettiin hakusanoilla "hoitotiede" (lehden nimi) and "potilasohjaus". Hakua rajattiin edelleen vuosiin 2000-2010. Medic- tietokannasta hakutulosten osumaksi tuli 2 osumaa. Artikkelit valittiin ensin otsikon perusteella, jonka jälkeen artikkelit luettiin ja valittiin 1 artikkeli opinnäytetyön aineistoon käytettäväksi. Toinen haku Medic- tietokannassa toteutettiin hakusanoilla "hoitotiede" (lehden nimi) and "kipu" ja haku rajattiin vuosiin 2000-2010. Osumia saatiin 9, joista otsikon perusteella valittiin 3 artikkelia. Artikkelien lukemisen

jälkeen valittiin 1 artikkeli. Kolmas haku Medic- tietokannassa tehtiin hakusanoilla ”kipuviesti” (lehden nimi) and ”kipu” and ”hoito”. Haku rajattiin vuosiin 2000-2010 ja osumia tuli 26, joista valittiin 17 artikkelia otsikon perusteella ja lukemisen jälkeen valittiin käytettäväksi 1 artikkeli. Neljäs haku tehtiin hakusanoilla ”kirjallinen potilasohjaus” ja haku rajattiin vuosiin 2000-2010 ja kokotekstitiedostoihin sekä asiasanojen synonyymit olivat käytössä, koska muuten haku olisi ollut osumiltaan liian laaja (643 osumaa). Osumia saatiin 180, joista otsikon perusteella valittiin 9 ja lukemisen jälkeen 2 lähdeä aineistoon käytettäväksi.

Englanninkielisestä CINAHL- tietokannassa tehtiin kirjallisuushaku hakusanojen ”guidance” and ”pain management” avulla. Hakua rajattiin vuosiin 2000-2010 sekä kokotekstitiedostoihin, jotta tutkimukset olisivat helposti saatavilla. Osumia saatiin 4, joista 4 tutkimusta valittiin otsikon perusteella ja lukemisen jälkeen niistä otettiin 3 käytettäväksi aineistoon. Toisessa haussa CINAHL- tietokannassa tehtiin hakusanoilla ”pain mangement” and ”directions”. Hakua rajattiin vuosiin 2000-2010 sekä kokotekstitiedostoihin, jolloin osumia saatiin 33. Osumista valittiin otsikon perusteella 3 tutkimusta, joista lukemisen jälkeen valittiin 1 tutkimus opinnäytetyön aineistoon. CINAHL- tietokannan kolmas haku toteutettiin hakusanoilla ” pain management” and ”documentation”. Haku rajattiin vuosiin 2000-2010 sekä kokotekstitiedostoihin. Osumia saatiin 28, joista otsikon perusteella valittiin 4 tutkimusta ja joista lukemisen jälkeen valittiin 1 tutkimus aineistoon sopivaksi. Opinnäytetyöhön haettiin materiaalia lisäksi manuaalisella haulla ja kirjallisuushaussa saatujen artikkelien ja teosten lähdeluetteloista. Osa lähteistä löytyi internetin Google-toimintoa käytettäessä. Manuaalisia hakuja löytyi yhteensä 32.

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko

HAKUSANAT	AURA	CINAHL	MEDIC	OTSIKON PERUSTEELLA VALITUT	VALITUT
"kipu" AND "hoito"	134			18	5
"hoitotiede" AND "potilasohjaus"			2	2	1
"hoitotiede" AND"kipu"			9	3	1
"kipuviesti" AND "kipu"AND "hoito"			26	8	1
"kirjallinen potilasohjaus"			180	9	2
"guidance" AND "pain management"		4		4	3
"pain management" AND "directions"		33		3	1
"pain management" AND "documentation"		28		4	1
<b>Manuaalinen haku</b>					<b>32</b>

### 3.2 Sähköinen mallipohja

Torkkolan ym. (2002) määrittelemiä kirjallisen ohjeen mallipohjan kriteereitä on käytetty apuna luodessa kivunhoidon potilasohjausmateriaalien kriteereihin perustuvaa mallipohjaa. Potilasohjausmateriaalin mallipohja on luotu WORD 2007-tekstinkäsittelyohjelmalla ja on opinnäytetyön lopussa nähtävillä (LIITE 1). Sähköistä mallipohja soveltuu käytettäväksi joko sellaisenaan tai sitä voi muunnella yksilöllisten käyttötarkoitusten mukaan. Sähköisestä mallipohjasta tehtiin mahdollisimman yksinkertainen ja helposti ymmärrettävä kokonaisuus, jossa tulevat esille oleelliset asiat kivunhoidosta ja lääkityksestä. Mallipohja voi olla joko yksi- tai useampisivuinen, riippuen kipulääkkeiden määrästä. Mallipohjassa huomioitiin kipulääke, käyttötarkoitus, mahdolliset sivuvaikutukset, annos- ja antotapa. Mallipohjaan voi myös lisätä muita kivunhoitoon liittyviä asioita. Mallin loppuosasta löytyvät yhteystiedot, joihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

## 4 KIPU JA KIVUNHOITOTYÖ

Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka ihminen määrittelee kivuksi. Kipu on yksilöllinen, epämiellyttävä tila tai tunne, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina todellinen kokijalleen. (Sailo & Varti 2000, 30.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi (aisti- ja tunnekokemus), johon liittyy selvä tai mahdollinen kudonvaurio (Kalso & Vainio 2002, 94; Holmia ym. 2004, 176).

#### 4.1 Kivun fysiologia

Kipuaisti on hengissä selviämisen ehto ihmisille ja eläimille. Kivun ansiosta opimme jo lapsena, ettei kannata koskea polttaviin tai teräviin esineisiin sekä välttää paikkoja, joista voi pudota. (Vainio 2004, 17.)

Kivun biologinen tehtävä on viestittää kudოსvauriosta. Kudოსvaurion aiheuttaman ärsykkeen kulkua selkäytimen kautta kohti aivokuorta kutsutaan kipuradaksi. Ärsykkeen ja kiputuntemuksen välisellä kipuradalla tapahtuu runsaasti sähköisiä ja kemiallisia reaktioita. Kipurataan tulee informaatiota keskushermostosta ja ruumiin kudoksista selkäytimen takasarvien synapsien kautta. Tämä informaatio voi olla joko inhibitorista eli kipua estävää tai ekskitorista eli kipua lisäävää. Selkäytimen etuosassa kipua välittävät hermoradat kulkevat nousten kohti aivoja. Osa radoista päättyy keskiaivoihin, toiset jatkavat suoraan aivokuoreen. Toinen tärkeä informaatiovirta kulkee aivorungon kautta. Aivokuoreessa tapahtuu kivun havaitseminen sen laadun, voimakkuuden, paikan ja keston analysointi) samoin kuin sen kokeminen. (Vainio 2004, 25–28.)

Kipu voi jatkua kudოსvaurion tai sairauden parannuttuakin. Näin ollen kipua voi esiintyä myös tilanteessa, jossa selvää elimellistä syytä kivulle ei enää ole osoitettavissa lääketieteellisissä tutkimuksissa. Tällöin kivun syynä voi olla eräänlainen hermoston viestityshäiriö ja selkein esimerkki tämän tyyppisestä kivusta on niin sanottu aavesärky, jossa kipu tuntuu jatkuvana tuntemuksena esimerkiksi sairauden takia poistetun raajan alueelta. (Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry, 2010.)

Lääketieteen historian aikana kivulle on luotu useita erilaisia luokittelusysteemejä, mutta yleisesti se luokitellaan lyhytaikaiseen eli akuuttiin ja pitkäaikaiseen eli krooniseen kipuun (Kalso & Vainio 2002, 94; Vainio 2004, 17). Akuutin ja kroonisen kivun mekanismit, merkitys ja hoitokeinot ovat erilaisia (Vainio 2004, 17).

Akuutti kipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä kuten haavasta, synnytyksestä, leikkauksesta, murtumasta tai tulehduksesta. Kudonsvaurion paranemisen myötä kipu tavallisesti lievenee. (Vainio 2004, 17.) Akuutti kipu varoittaa kudonsvauriosta ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurioiden syntymistä, jolloin sillä on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys. Akuutille kivulle on yleensä myös selvä syy ja sen patofysiologia tunnetaan. Akuuttia kipua voidaan nykyaikana hoitaa tehokkaasti käytössä olevilla kivunhoitomenetelmillä ja niiden avulla kyetään takaamaan tehokas kivun lievitys. Huonosti hoidettu tai hoitamaton kudonsvaurio saattaa kuitenkin osalla potilaista mutkistua ja pitkittyä. (Kalso & Vainio 2002, 86- 87.)

Kipua pidetään kroonisena kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen (Vainio 2004, 17). Krooninen kipu on kipua, joka on kestänyt yli 3-6 kuukautta ja pitkittyessään kipu alkaa vaivata potilasta myös psykososiaalisesti (Kalso & Vainio 2002, 87-88). Kroonisessa kivussa kipu ei toimi enää elimistön varoitusmerkkinä (Sailo & Vartti 2000, 34). Erilaisissa kiputiloissa kivun pitkittymisen mekanismit painottuvat eri tavalla. Perustautia, jota ei olla saatu hallintaan, voi olla pitkäaikaisen kudonsvauriosta johtuvan kivun taustalla. Kroonisessa kivussa on kysymys monella tasolla tapahtuvien erilaisten pitkän aikavälin muutosten osallistumisesta kivun ylläpitoon. Pyrittäessä estämään kivun pitkittymistä on tärkeää osoittaa eri riskitekijät ja pyrittävä vaikuttamaan niihin. (Kalso & Vainio 2002, 87-88, 90.)

#### 4.2 Kivun hoitotyö

Kivun hoitotyö on kipua kokevaan potilaan sekä hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinojen avulla. Kivun hoitotyö edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipu sekä valita jokaiseen tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamismenetelmät ja yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin. Hoitajan tulee myös kyetä arvioimaan hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9.) Kivun laadukkaalla

hoidolla tarkoitetaan sitä, että kipu arvioidaan ja mitataan käytettävissä olevilla mittareilla. Kivunhoito toteutetaan hoidon tavoitteiden mukaisesti ja kipua arvioidaan sekä seurataan koko hoidon ajan. (Iivanainen ym. 2005, 128.)

Kivunhoidon näkökulmasta potilas on ensisijaisesti itse oman kipunsa asiantuntija. Potilaalla on oikeus riittävään kivunhoitoon ja sairaanhoitajalla on eettinen vastuu kivun lievittämisestä, eli hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta kivunhallinnassa ja edesauttaa potilaan hyvää oloa. (Sailo & Varti 2000, 62-63; Sairaanhoitajaliitto 2010.) Kivun yksilöllisyyden ymmärtäminen, potilaan kuunteleminen sekä taito tunnistaa potilaan viestit oikein ovat edellytyksiä hyvän kivunhoidon toteutumiselle. Kivusta kärsivän potilaan hoidon tavoitteena ovat kivun poistuminen, toimintakyvyn palauttaminen, kivun intensiteetin ja häiritsevyyden vähentäminen sekä elämänlaadun parantaminen. (Holmia ym. 2004, 180.) Vastuu onnistuneesta kivunhoidosta kuuluu kaikille hoitoon osallistuville, myös potilaalle itselleen. Potilas voi osallistua kivunhoitoonsa vain asiallisen ja oikean tiedon avulla, jota motivoitunut ja koulutautunut henkilökunta voi antaa. (Hakala 2004, 26.) Onnistuneen kivunhoidon vaikuttamisen edellytykset perustuvat hoitohenkilökunnan asenteisiin ja arvoihin sekä heidän taitoihinsa edistää kivunhoitoa (Halimaa 2003, 595).

#### 4.3 Kivun arviointi

Kivunhoidon arvioinnin tarkoituksena on määrittää kivun syytä ja sen merkitystä potilaan hyvinvointiin sekä toimintakykyyn. Tarkoituksena on myös antaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta. Potilaan kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi on systemaattinen, jatkuva prosessi, jonka tulee tapahtua yhdessä potilaan kanssa. Kipu on yksilöllinen ja henkilökohtainen kokemus, jota on hankala välittää toiselle ihmiselle. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää vaan kivun mittaaminen perustuu aina ihmisen henkilökohtaiseen ilmoitukseen kivustaan. (Holmia ym.

2004, 180-181). Kivunarvioinnissa kommunikaatio voi olla haasteellista henkilöiden kanssa, joilla on esimerkiksi kognitiivisia tai verbaalisia häiriöitä, jolloin kyseiset häiriöt asettavat rajoja kivun tunnistamiselle ja kuvaukselle (Buffum ym. 2007, 317). Kipua kokevan omaa sanallista ilmoitusta pidetään kaikkein parhaimpana ja luotettavimpana kivun arviointimenetelmänä. Kun potilas ei kykene sanallisesti ilmaisemaan kipuaan ovat havainnointiin ja käyttäytymismuutoksiin perustuvat arviointimenetelmät tällöin tarpeen. (Määttä ym. 2009, 283.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida joko erilaisten mittarien avulla tai sanallisesti. Kivun laatua voi kuvailla adjektiiveilla kuten polttava, terävä, pistävä ja tylppä. Kivun kestosta halutaan tietää alkamisaika sekä kivun ilmeneminen toimintojen ja ajan suhteen, sillä osa kivuista voi olla voimakkaampia aamuisin kuin iltaisin ja osa kivusta voi ilmetä säännöllisesti elimistön rytmissä tai tiettyjen toimintojen yhteydessä. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Kipua voidaan kuitenkin mitata, eli henkilön ilmoittama kivun kokemus voidaan kuvata numeroiden tai kuvien avulla. Yleisimmin kivun mittaamisessa on käytetty kipumittari on visuaalianalogioasteikko eli VAS. Se on 10cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0 "ei kipua" ja oikeassa päässä 10 "pahin mahdollinen kipu. Potilas asettaa janaan kohdan, joka vastaa senhetkisen kivun voimakkuutta kahden ääripään välillä. Lapsille on kehitetty VAS-mittari, jonka viidellä eri kasvojen ilmeellä kuvataan kivun voimakkuutta. (Vainio 2004, 39-40; Iivanainen ym. 2005, 127.) VAS-mittarin avulla kipu tulee näkyväksi ja sen avulla voidaan seurata myös kivunhoidon vaikuttavuutta (Holmia ym. 2004, 180). Toinen laajasti käytetty asteikko kivun mittaamisessa on Numeerinen asteikko, Numeric analogue scale (NAS), jossa asteikko on välillä 0-10 (kivuton-pahin mahdollinen kipu). Potilas valitsee asteikolta kivun tuntemukseensa sopivimman numeron. Kivun moniulotteisuuden mittaamiseen on kehitetty myös McGillin kipukyselylomake eli McGill Pain Questionnaire (MPQ). (Iivanainen ym. 2005, 127.)



Jos potilas erilaisista hoidoista huolimatta valittaa kipua, on mietittävä, onko potilaan kivunhoidon arviointi ollut riittävää tai onko potilaan kipudiagnoosi oikea. On myös hyvä tarkistaa, ottaako potilas lääkkeensä ja ottaako hän lääkkeensä oikein ja onko lääkkeen antoreitti oikea. Potilaat eivät joskus ymmärrä saamiaan ohjeita, joten on myös hyvä tarkistaa, onko potilas ymmärtänyt ohjeet. (Holmia ym. 2004, 181.)

#### 4.5 Kivun kirjaaminen

Tärkeä osa potilaan kivunhoitoa on kivun kirjaaminen (Holmia ym. 2004, 181.) Kivun kirjaaminen on osa kivunhoidon kehittämistä ja laadun varmistusta. Kirjaamisen avulla hoitavalle henkilökunnalle välittyy potilaan oma kipukokemus. Hoitotyön kirjaaminen on potilaan hoitoon liittyvien asioiden säännöllistä kirjaamista potilasasiakirjoihin. Asianmukaisesti ja säännöllisesti tehty kirjaaminen on potilaan hoidon jatkuvuuden, hoidon suunnittelun sekä sen toteutuksen ja arvioinnin edellytys. (Sailo & Vartti 2000, 97.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (STM 99/2001) mukaan potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamisen kannalta oleelliset ja tärkeät tiedot. Potilasasiakirjoista tulee selvittää, miten hoitoa on toteutettu ja onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä huomioitavaa sekä millaisia potilaan hoitoa koskevia päätöksiä on tehty. Myös päätösten perusteet tulee selvittää merkinnöistä. (Salanterä ym. 2006, 102.)

## 5 KIVUN LÄÄKEHOITO JA LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNHOIDONMUODOT

Lääkehoito on kivunhoidon tärkein sekä eniten käytetty hoitomenetelmä. Parhaisiin hoitotuloksiin päästään kun lääkehoito on yhdistetty muihin kivun hoitomenetelmiin. Kipulääkkeellä tarkoitetaan lääkelaissa määriteltyä ainetta tai valmistetta, jonka tarkoituksena on ulkoisesti tai sisäisesti käytettynä lievittää, parantaa tai ehkäistä kipua. Kipulääke saattaa sisältää useaa tai yhtä vaikuttavaa lääkeainetta. (Salanterä ym. 2006, 107.) Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa käytetään enemmän tulehduskipulääkkeitä ja vähemmän parasetamolia ja opioideja (Kalso ym. 2009, 181).

Kivun kokemisen kannalta tärkeä merkitys on hermoston välittäjäaineilla, jotka siirtävät viestiä hermosolusta toiseen tai muuten vaikuttavat viestin siirtymiseen. Välittäjäainepitoisuuksissa voi kuitenkin olla suuriakin yksilöllisiä eroja. Tämän selittää osaltaan yksilöiden välisiä eroja esimerkiksi kipuherkkyydessä. Useat kivunhoidossa käytetyt lääkeaineet vaikuttavatkin juuri välittäjäaineisiin tai niiden toimintaan. Ne voivat vahvistaa kipua hillitsevien elimistön omien järjestelmien toimintaa ja/tai vähentää kipua välittävien mekanismien herkistymistä. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, 2010.)

Kipua hoidetaan resepti- että itsehoitolääkkeillä (Salanterä ym. 2006, 107). Lievien ja lyhytaikaisten kipujen hoitoon käytetään itsehoitolääkkeitä, jotka useimmiten kuuluvat tulehduskipulääkkeiden ryhmään (Vainio 2004, 74). Reseptilääkkeen saamiseen apteekista tarvitaan lääkärin tai hammaslääkärin määräys. Vahvoja opioidikipulääkkeitä määrätään ainoastaan erikoisreseptillä eli huumausainereseptillä, joka jää myös apteekkiin lääkettä hakiessa. Vaikean kivun hoidossa käytetään erikoislupavalmisteita, joita varten tarvitaan tavallisen reseptin lisäksi myös erityislupahakemus Lääkelaitokselta. Erityislupahakemuksella

haettavia lääkkeitä ovat muun muassa lidokaiinilaastari ja kapsaisiinivoide. (Salanterä ym. 2006, 107.)

### 5.1 Lääkkeenantotavat

Kipulääkkeen antotapa määräytyy pitkälti hoidettavan kivun syyn perusteella. Lääke annostellaan suun kautta aina kun se on mahdollista. (Salanterä ym. 2006, 133.) Kipulääkkeitä voidaan antaa enteraalisesti eli lääke annostellaan ruoansulatuskanavaan, tai parenteraalisesti eli lääke annostellaan suoneen, lihakseen tai ihon alle. Perkutaaninen antotapa tarkoittaa lääkkeen annostelua sivelemällä paikallisesti kipualueelle. (Salanterä ym. 2006, 133-137.) Kipulääkitys voidaan antaa myös lääkemannostelijalla eli ”kipupumpulla”, joko verisuoneen tai ihon alle asetettuun katetriin tai sillä annostellaan lääke spinaalisesti. Spinaalisella annostelulla tarkoitetaan lääkkeen antoa selkäydinnestetilään (intratekaalisesti) tai epiduraalitilaan. (Vainio 2004, 83; Salanterä ym. 2006, 137.) PCA- menetelmässä (patient controlled analgesia) potilas kykenee itse annostelemaan kipulääkettä tarpeen mukaan laskimoon kipulääkemannostelijalla (Salanterä ym. 2006, 137).

### 5.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeet eli NSAID:it (non-steroidal anti-inflammatory drugs, anti-inflammatoriset kipulääkkeet) vaikuttavat pääasiassa ääreishermpäätteen tasolla (Salanterä ym. 2006, 109), kun taas parasetamolin anti-inflammatorinen vaikutus on hyvin heikko, jonka vuoksi sitä ei lueta tulehduskipulääkkeisiin kuuluvaksi (Kalso ym. 2009, 187). Parasetamoli vaikuttaa pääasiallisesti keskushermoston kautta, sillä on kipua ja kuumetta lievittävä vaikutus, mutta se ei vaikuta tulehdusreaktioon (Mustajoki ym. 2005, 470; Salanterä ym. 2006, 115).

Tulehduskipulääkkeitä käytetään lievien ja keskivaikeiden kipujen sekä kuumeen hoitoon. Tulehduskipulääkkeitä käytetään yleisimmin vammojen ja leikkausten jälkeiseen kipuun, kuukautiskipuihin, migreeniin sekä kroonisiin lihas- ja luustokipuihin. Niillä on myös tulehdusta lievittävä vaikutus, joten ne sopivat muun muassa nivelrikon ja reuman aiheuttamaan krooniseen kipuun. (Vainio 2004, 75.) Tulehduskipulääkkeitä käytetään myös sisäelinperäisten kipujen, kuten sappi- tai virtsatiekivien aiheuttamien koliikkikipujen hoidossa (Salanterä ym. 2006, 110).

Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutuksia ovat yliherkkyysreaktiot, verenvuototaipumus, ruoansulatuskanavan ärsytys sekä munuaisten toimintahäiriöt niille alttiilla henkilöillä. Tulehduskipulääkkeet saattavat myös aiheuttaa mahahaavaa, jolloin aikaisemmin sairastettu mahahaava on vasta-aihe eli este tulehduskipulääkkeiden käytölle. (Vainio 2004, 75; Salanterä ym. 2006, 111-114; Kalso ym. 2009, 183, 186-187.) Astmaoireiden paheneminen voi johtua tulehduskipulääkkeiden käytöstä ja tulehduskipulääkkeet voivat laukaista astmakohtauksen (Sailo & Vartti 2000, 189; Holmia ym. 2004, 72). Allergisina oireina voi olla tukkoinen nenä, nuha ja iho-oireita (Holmia ym. 2004, 72).

Parasetamolia käytetään samoissa käyttöaiheissa kuin tulehduskipulääkkeitä lievän ja keskivaikean kudosvauriosta johtuvan kivun hoitoon (Salanterä ym. 2006, 115). Parasetamoli ei ärsytä maha-suolikanavaa eikä lisää verenvuototaipumusta, joten se sopii henkilöille, jotka eivät voi käyttää tulehduskipulääkkeitä. Parasetamoli sopii turvallisuutensa vuoksi kipulääkkeeksi lapsille (Vainio 2004, 74), raskaana oleville ja sopii käytettäväksi myös imetyksen aikana (Mustajoki ym. 2005, 470; Salanterä ym. 2006, 115). Allergiaoireet ovat harvinaisia parasetamolin käytössä. Haittana pidetään tulehduskipulääkkeisiin verrattuna heikompaa tehoa kipuun sekä parasetamolin maksatoksisuutta. Parasetamolin käytössä maksavauriot ovat harvinaisia ja ne liittyvät yliannostustilanteisiin (Salanterä ym. 2006, 115.) Runsaan alkoholin tai lääkkeiden käytön takia vaurioitunut maksa voi

saada jo pienestä parasetamoli annoksesta maksavaurion (Sailo & Vartti 2000, 207-208; Kalso ym. 2009, 189.)

### 5.3 Opioidit

Opioidit vaikuttavat kipua välittymästä aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostossa (Kalso ym. 2009, 192). Niiden vaikutukset perustuvat kykyyn aktivoida elimistön omaa opioidijärjestelmää. Opioidit ovat tehokkaimpia käytössä olevista kipulääkkeistä (Salanterä ym. 2006, 116). Ne ovat tehokkaimpia akuuteissa kiputiloissa kuten leikkauksen jälkeisissä kivuissa ja traumoissa, joissa kipu johtuu lähinnä tulehduksesta ja kudosaivuriosta. (Kalso ym.2009, 193.) Opioideja käytetään vaikeiden akuuttien kipujen sekä syövästä ja synnytyksestä johtuvien kipujen hoitoon. Myös silloin kun tulehduskipulääke tai parasetamolin tehot eivät kivunhoidossa enää riitä, siirrytään harkitsemaan opioidilääkkeiden liittämistä lääkehoitoon. (Salanterä ym. 2006, 116.) Opioideja luokitellaan käytännön kannalta mietoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. Mietoja opioideja ovat muun muassa kodeiini ja tramadoli, keskivahva opioidi on buprenorfiini ja vahvoja opioideja ovat oksikoni ja morfiini. (Salanterä ym. 2006, 120-121.)

Kipupotilas, jolla on säännöllinen opioidilääkitys, ei saa lopettaa lääkitystään yhtäkkiä. Seurauksena on aina vieroitusoireita kuten huonovointisuutta, palelua, ahdistusta, unettomuutta, vatsan kouristuksia, sydämentykytystä ja särkyä. Lääkityksen osoittauduttua tarpeettomaksi, tulee se lopettaa asteittain vähentämällä. (Kalso ym. 2009, 193.) Lääkkeeseen tottuminen eli fyysinen riippuvuus syntyy kaikille henkilöille, jotka käyttävät opioideja jatkuvasti ja suurina annoksina (Vainio 2004, 76). Tilannetta, jossa joudutaan lisäämään opioidiannosta tehon säilyttämiseksi, kutsutaan toleranssiksi. Tällöin oletetaan, että lääkkeen

farmakokinetiikassa ei tapahdu muutoksia ja kipu pysyy vakiona (Kalso ym. 2009, 195). Toleranssilla ei kuitenkaan ole yhteyttä lääkeriippuvuuteen (Vainio 2004, 76). Opioidien pelätyin haittavaikutus on hengityslama. Hengityksen normaali säätely häiriintyy kun opioidit heikentävät aivojen hengityskeskuksen herkkyyttä hiilidioksidille. Tavallisimmat opioidien aiheuttamat ruoansulatuskanavan haittavaikutukset ovat pahoinvointi, ummetus, oksentelu ja suun kuivuminen. Yleisin keskushermoston kautta ilmenevä haitta on väsymys. Yleisin haittavaikutus on kutina ja sitä esiintyy eniten silloin kun opioideja annostellaan intratekaalisesti tai epiduraalisesti. (Salanterä ym. 2006, 118-119; Kalso ym. 2009, 195-196.)

#### 5.4 Masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet ja puudutukset

Masennuslääkkeitä määrätään usein kipupotilaille. Useimmiten niitä käytetään tehostamaan elimistön luontaisen kivunestojärjestelmä toimintaa, mutta niitä voidaan tarvita myös varsinaisen masennuksen hoitoon. Luontaisen kivunestojärjestelmän tehostaminen masennuslääkkeillä saadaan aikaan jo sellaisella annoksella, jolla varsinaista vaikutusta henkilön mielialaan ei tule lainkaan. Useimmiten puhutaankin masennuskipulääkkeistä. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, 2010.) Masennuslääkkeitä voidaan käyttää pitkäaikaisten kiputilojen hoitoon kuten kroonisen kipuoireyhtymän ja kudonvauriokivun hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 126). Kroonisen hermovauriokivun hoidossa trisyklisillä masennuslääkkeillä on keskeinen asema (Kalso ym. 2009, 204), sillä niiden kipua lievittävä teho tulee nopeammin esille kuin lääkkeen vaikutus masennukseen (Salanterä ym. 2006, 126). Trisykliset masennuslääkkeet estävät kivunlievityksessä tärkeiden välittäjäaineiden, noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinoton hermosoluihin ja lisäävät näiden määrää kipujärjestelmässä. Ne parantavat unta ja lievittävät kroonista kipua. (Vainio 2004, 79.)

Epilepsialääkkeitä käytetään hermovauriokipuihin kuten MS-tautiin liittyvät hermokipu, kolmoishermostohermosärky, sokeritautiin liittyvä monihermostohermosärky ja vyöruusun jälkeinen kipu sekä aavesärky ja selkäydinvammoihin liittyvät kivut (Vainio 2004, 79; Salanterä ym. 2006, 128; Kalso ym. 2009, 206). Epilepsialääkkeiden haittavaikutuksia on väsymys, huimaus ja ihottuma sekä tahdonalaisten lihasten yhteistoimintahäiriö ja painonnousu (Mustajoki ym. 2005, 471).

Puudutukset ovat tehokas ja nopea keino akuutin kivun hoidossa. Kivunlievityksen lisäksi puudutus vähentää kudostraumaa ja parantaa kudoksen verenkiertoa. (Kokki & Pitkänen 2006, 199.) Kivunlievityksen kannalta vain tuntohermosäikeiden puuttuminen on tarpeellista. Hermostolujen toimintaan puudutteen vaikutus on palautuva. (Salanterä ym. 2006, 131.) Tavallisimmat tilanteet, joissa puudutusta voi käyttää avuksi kivunhoidossa, ovat leikkauksen aikana ja sen jälkeen tapahtuva kivunhoito sekä trauman aiheuttama kipu. (Kokki & Pitkänen 2006, 199.)

Paikallispuudutteita käytetään yleensä lyhytkestoisen kivun hoidossa esimerkiksi lääketieteelliseen toimenpiteeseen liittyen. Puudutuksen vaikutusaika on lyhyt, vain noin muutamia tunteja. Pitkäkestoinen puudutus saadaan aikaan, kun puudutetta annetaan tiputuksessa eli infusoidaan katetrin kautta jatkuvana elimistöön. Tällaisesta on apua esimerkiksi suurten leikkausten yhteydessä. Kuukausia kestävä puudutus ja sitä kautta kivunlievitys saadaan aikaan kun puudutteen sijasta käytetään ainetta, joka pysyvästi lamauttaa hermon. (Vainio 2004, 83.)

## 5.5 Lääkkeettömät kivunhoitomuodot

Hoitaja voi vaikuttaa potilaan kivunhoitoon omalla toiminnallaan, näkemyksillään, tiedoillaan sekä asenteillaan. Kivunhoidossa voidaan lääkityksen lisäksi käyttää psykologisia ja fysiologisia menetelmiä. Psykologisia menetelmiä ovat muun muassa keskustelu potilaan kanssa, rentoutuminen, huumori, musiikki ja läsnäolo.

Psykologiselle menetelmälle on tärkeää viedä ajatukset pois kivusta ja antaa potilaalle jotain muuta ajateltavaa. Myös omaisten ja muiden kipupotilaiden vertaistuki voivat auttaa potilasta kivun käsittelemisessä. Fysiologisia menetelmiä kivunhoitoon ovat asentohoito, hieronta, kosketus ja lämmittämis- ja viilentämismenetelmät. (Holmia ym. 2006, 180-181.)

Ylinen ym. (2009, 1937-1943) tutkivat kolonoskopiassa olevien kipua pelkävien potilaiden kipua. Suurin osa potilaista kärsivät kivusta kolonoskopian aikana, mutta lääkkeettömillä kivunlievitysmenetelmillä kuten rauhallisella puheella, kivun syiden selittämällä ja ohjaus auttoivat pelokkaan potilaan kivun lievityksessä. Hoitajien tulisikin tutkimuksen mukaan huomioida lääkkeettömien hoitomuotojen positiiviset vaikutukset ja käyttää niitä yhtenä kivunhallinnan menetelmänä.

Kipuja voi lähteä hoitamaan ainakin kolmella eri tavalla: vaihtoehtoisten hoitojen, itsehoidon ja lääketieteen avulla. Ne eivät poissulje toisiaan ja useimmat, jotka kärsivät kivusta turvautuvat kaikkiin edellä mainittuihin. Vaihtoehtoisia hoitumuotoja yhdistää näkemys ihmisestä omia voimavaroja sisältävänä erottamattomana kokonaisuutena. Vaihtoehtoisissa hoidoissa objektiivisuus ei ole tavoiteltavaa, vaan korostetaan potilaan ja terapeutin subjektiivisuutta. Vaihtoehtoisia hoitumuotoja ovat esimerkiksi vyöhyketerapia, fysioterapia, fytoterapia, aromaterapia, klassinen kiinalainen lääketiede akupunktioineen ja erilaiset sähköhoidot. (Sailo & Vartti 2000, 228-229, 242.)

Vyöhyketerapialla aktivoidaan kehon omia parantavia ja elvyttäviä voimavaroja. Vyöhyketerapia perustuu koko keholla oleviin reflekseihin eli heijasteisiin sekä energiakanaviin ja toimintapisteisiin. Vyöhyketerapiassa hoito toteutuu koskettamalla. Koskettaminen itsessään on terapeutista ja voi osaltaan helpottaa asiakkaan oloa. Fytoterapiassa hoidetaan kipuja erilaisilla yrteillä. Hoito perustuu yrttien vahvistaviin, rauhoittaviin ja puhdistaviin vaikutuksiin. (Sailo & Vartti 2000, 232, 233, 242.)



Fysioterapia käyttää usein fysikaalisia hoitokeinoja kuten lämpöä, kylmää, liikuntaa, valoa ja ääntä sekä liikeharjoituksia, hierontaa ja sähkövirtaa. Hoitojen tehosta esimerkiksi kroonisissa kiputiloissa on vain vähän tutkimuksia. Tietyt fysioterapian muodot ovat hyödyllisiä osana hoitokokonaisuutta, joilla vaikutetaan esimerkiksi kroonisen kivun pitkäaikaisvaikutuksiin ja kivunsaätelyyn. Tällaisia ovat harjoitusohjelmat ja liikehoidot. (Vainio 2004, 87.)

Kiinalaisessa lääketieteessä fysiologia ja anatomia ovat olemassa, mutta hoidoissa korostetaan tapahtuminen, muutoksien ja liikkeiden suhteita toisiinsa sekä ihmiskehon kokonaisuuteen. Tunteet ja mieli ovat osa kehon toimintaa ja sairaus nähdään tasapainon menetyksenä. Klassisessa kiinalaisessa lääketieteessä ei ensisijaisesti hoideta kipua eli oiretta, vaan keskitytään löytämään syy kipuun ja hoitamaan ihminen tasapainoon kokonaisuutena. (Sailo & Vartti 2000, 229.)

Akupunktiossa ihoa lävistetään ohuilla neuloilla tietyissä kehon pisteissä. Niiden ajatellaan stimuloivan anatomisia kehon pisteitä ja lievittävän sitä kautta kipuja. (Vainio 2004, 86; Salanterä ym. 2006, 162.) Akupunktiota käytetään muun muassa päänsärkyyn, migreeniin, krooniseen kipuun, jännitysniskaan ja iskiakseen sekä erilaisiin tukielimistön kulumatiloihin (Vainio 2004, 86). Akupunktio on riskitön ja myrkytön vaihtoehto kouluikäisistä ylöspäin (Sailo & Vartti 2000, 229) ja sen on todettu tutkimusten mukaan auttavan tehokkaammin selkäkipuun kuin perinteinen lääkehoito sekä pitkällä aikavälillä tulevan halvemaksi potilaille ja yhteiskunnalle kuin pelkkä normaali hoito. Tämän vuoksi olisikin suositeltavaa, että akupunktiota käytettäisiin nykyistä enemmän ja laajemmassa mittakaavassa. (Ratcliffe ym. 2006, 623-626.)

Sähköhoidoissa on kyse siitä, että potilaalle annetaan ihon läpi elektrodien kautta kivuttomia ja heikkoja sähköimpulsseja, jotka estävät kipuimpulssien kulkua. Tavallisin menetelmä on transkutaaninen hermostimulaatio (TENS tai TNS) eli

sähköinen hermoärsytys, jossa käytetään pientä kannettavaa laitetta. (Kivun sähköhoidot 2002, 54; Salanterä ym. 2006, 163.)

## 6 KIVUNHOIDON POTILASOHJAUS

Ohjaus käsitteenä määritellään ohjattavan ja ohjaajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjaus tapahtuu ohjattavan ja ohjaajan vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. (Kääriäinen & Kyngäs, 2005, 250-258.) Ohjauksen perusteena voidaan pitää potilaan laillista oikeutta tietää hoidostaan ja terveydestään (Laki 785/1992; Kyngäs ym. 2007, 145). Hoitotyössä potilaan ohjaus ja neuvonta tarkoittaa potilaan inhimillisistä tarpeista lähtevää ja yhdessä hänen kanssaan suunniteltua kirjallista, suullista sekä toiminnallista tiedon jakamista (Iivanainen ym. 2005, 72).

Kivunhoidon näkökulmasta potilasohjauksen tavoitteena on, että potilas saa riittävästi tietoa omasta kivustaan ja hoidostaan, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. Tavoitteiden onnistuminen mahdollistaa sen, että potilas pystyy tekemään omaan kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä sekä hallitsee elämäntilannettaan kivusta huolimatta. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Sairaalan hoitoaikojen lyhentyessä, potilaiden pitää itse ottaa vastuu hoidostaan ja toipumisestaan jo toimenpidepäivänä. Tämän vuoksi potilaat tarvitsevat täsmällisiä ohjeita sekä tietoa omaan hoitoonsa liittyvistä asioista sekä tietoa pahoinvoinnista, kivusta ja toipumisesta. (Torkkola ym. 2002, 24). Kirjallinen ohjausmateriaali on arvokas ohjauksen väline, jolloin ohjausmateriaalin sisällölliseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Esimerkiksi nopeatahtisessa kirurgisessa hoidossa potilaiden informaation tarve on ilmeinen ja ohjauksellisiin toimintoihin sisältyvässä kirjallisen materiaalin antamisessa ilmeni puutteita. Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää muihin potilasohjauksen välineisiin kuten elektronisten ohjausvälineiden

kehittämiseen. (Eloranta ym. 2007,120-122.) Potilastyytyväisyyden nostamiseen vaikuttaisi kivunhallintaan liittyvien kirjallisten materiaalien kuten lehtisten ja ohjeiden kehittäminen (Bell & Duffy 2009, 153-156). Potilaille tulisi tarjota kivunhoidosta kirjallinen ohjeistus, joka olisi helppo ymmärtää (Cox 2010, 36-39), sillä potilaat haluavat tietää kivunhoidosta ja kipulääkkeistä. Potilaat toivovat tietoa muun muassa sivuvaikutuksista, lääkkeiden turvallisuudesta sekä kirjallisia ohjeita lääkkeiden käytöstä. (Chumbley ym. 2002, 1-14.) Lukuisista lääkityksen ohjauksista huolimatta potilaan tiedonjano pysyi ennallaan (Ekman ym. 2007,185).

Omaisten rooli korostuu potilaiden emotionaalisessa tukemisessa. Omaiset tarvitsevat tietoa potilaan sairaudesta ja sairauden hoidosta. (Iivanainen ym. 2005, 72-73.) Läheisen tiedollinen voimavaraistuminen vähentää hänen ahdistustaan potilaan toipilasaikana sekä lisää läheisen tyytyväisyyttä potilaan saamaan hoitoon. Läheisen voimavaraistuminen näkyy potilaalla taas vähentyneinä terveysongelmina. (Driscoll 2000, 1172-1173.) Läheiset kaipaavat tietoa potilaan kotona selviytymisestä, sen tukemisesta ja lääkehoidosta (Majasaari ym. 2005, 1030-1039). Omaiset ja sairastuneet toivovat enemmän ohjausta muun muassa jatkohoidosta kuntoutumisen edistämiseksi (Haapaniemi ym. 2006, 199). Potilasohjausta käsittelevässä artikkelissa todetaan, ettei potilasohjauksen onnistuminen ole ongelmaton ja onnistumiseen vaaditaan ohjausmenetelmien monipuolistamista, ohjaustarpeiden kartoittamista sekä kirjallisten ohjausmateriaalien sisällön ajankohtaistamista ja monipuolistamista (Eloranta ym. 2008, 34).

Potilaan tukena olleet saattajat toivovat saavansa kirjallisia jatkohoito-ohjeita oman muistinsa tueksi, jotta kivunhoito ja jatkohoito sujuisivat optimaalisesti kotona. He kokevat myös kirjalliset ohjeet välttämättöminä kotona selviytymisen vuoksi. Saattajat kokivat, ettei heille annettu tarpeeksi ohjeistusta esimerkiksi lääkkeiden vaikutuksista sekä he halusivat myös ohjausta maallikkokielellä hankalien lääketieteellisten sanojen sijaan. Kirjallisia ohjeita toivottiin muun muassa

jatkohoidosta, lääkeshoidosta, kivunhoidosta ja haavanhoidosta. (Salminen-Tuomaala ym. 2008, 258-266.)

Ikääntyneet kaipaavat selkeitä, kirjallisia lääkehoidon ohjeita, jotka olisi hyvä käydä yksityiskohtaisesti läpi hoitajan kanssa suullisesti. Yksilöllinen ja selkeä ohjaus lisäävät muun muassa lääkehoitoon sitoutumista ja sen optimaalista toteutumista. (Hannukainen 2010, 42-43.) Iäkkäät kaipaavat myös omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen, monipuolisia ohjausmenetelmiä sekä yksilöllisyyttä ohjaukseen. Iäkkäät tarvitsevat myös suullisessa ohjauksessa tukea kirjallisesta materiaalista ja että hoitaja ottaisi huomioon mahdolliset heikentyneet kuulo- ja muistitoiminnot. (Isola ym. 2007, 51-52.)

Hoitajat antoivat tietoa postoperatiivisesta kivunhoidosta lapsipotilaiden vanhemmille. Kivunhoidon ohjausta annettiin muun muassa lääkkeettömistä kivunhoidonmuodoista. Hoitajat olivat kuitenkin huolissaan vanhempien kyvystä ymmärtää lääkkeetöntä kivunhoitoa koskevia ohjeita. (He ym. 2005, 1075-1082.)

Potilasohjaus sekä sairastuneen ja omaisten tukeminen alkavat heti sairastumisprosessin alussa (Kaila, A. 2009, 9). Tiedon saaminen rohkaisee potilasta ja mahdollistaa osallistumisen itseään koskevaan päätöksentekoon sekä edistää potilaan valmiuksia itsensä hoitamiseen. Lisäksi potilaan ja omaisen saama opetus ja ohjaus vähentävät sairauteen liittyvää pelkoja ja ahdistusta. (Torkkola ym. 2002, 24.) Hoitoaikojen lyhentyessä myös ohjausajat lyhentyvät, jolloin tarve uudenlaisten ohjausmenetelmien kehittämiseksi kasvaa. Tärkeää olisi myös pohtia etukäteen, minkälaista ohjausta potilas saa missäkin kohtaa hoitoaan ja sairauttaan ja miten ohjaukset tukisivat toisiaan hoidon eri vaiheissa. (Heikkinen ym. 2006, 121-130.)

## 7 KIRJALLINEN POTILASOHJAUSMATERIAALI

Yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa on tullut potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus (Torkkola ym. 2002, 7). Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia oppaita ja –ohjeita. Ne voivat olla useampisivuisia pieniä kirjasia ja oppaita tai lyhyitä yhden sivun mittaisia ohjeita. Tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt, on kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö erityisen tarpeellista. Kirjallisten ohjeiden tulisi olla jokaiselle asiakkaalle sopiva sekä hänen tarpeidensa ja tietojensa mukainen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallisen ohjauksen lisääntyneeseen tarpeeseen on monia syitä, muun muassa potilaat haluavat itse tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidoista. Potilailta odotetaan entistä enemmän parempia itsehoitovalmiuksia muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi, sillä lyhimmillään potilas saattaa olla toimenpiteessä muutaman tunnin, jolloin aikaa henkilökohtaiseen potilasohjaukseen on vähemmän. Suullista potilasohjausta pyritään myös täydentämään kirjallista materiaalia hyödyntäen. (Torkkola ym. 2002, 7.)

Kirjallisen materiaalin tulee olla lukijaystävällisesti suunniteltua ja asiat tulee esittää selkeästi sekä loogisina kokonaisuuksina (Salanterä ym. 2006, 92). Kirjallisten potilasohjeiden tiedot ovat oikein vasta kun ohjeen lukija itse ne ymmärtää. Terveyskeskuksen tai sairaalan sisäpuolelta katsottuna asiat näyttävät usein itsestään selviltä. Näin ei kuitenkaan ole, sillä hoidon näyttäessä sisäisestä näkökulmasta pieneltä rutiinitoimenpiteeltä, niin potilaan/asiakkaan näkökulmasta asia voikin olla päinvastoin. Sairaalan arkirutiinit voivat olla aivan uusia ja pelottaviakin asiakkaalle. (Torkkola ym. 2002, 14.)

Sairaanhoitajat toivovat hoitotyön yhteenvedon ja jatkohoitosuunnitelman kirjaamisalustaksi valmista pohjaa, joka sisältäisi olennaiset hoitotyön ydintietojen pää- ja alatasojen otsikot. Kirjalliseen mallipohjaan tulisi voida liittää otsikoita ja

vapaan tekstin olisi siirryttävä yhteenvetoon samanaikaisesti. Vapaata tekstiä pitäisi myös pystyä editoimaan eli muuttamaan tarvittaessa. Keskeneräisen yhteenvedon laadintaa tulisi voida jatkaa myöhemmin esimerkiksi välitalletuksen avulla. Terveystieteiden alan henkilöstö kokee, että jatkohoidon ja lääkehoidon osalta oli eniten puutteita. Tietoja kaivataan etenkin potilaan siirtopäivän lääkkeistä, lääkemuodoista, antotavasta ja – ajoista sekä jatkohoidon osalta omaisten yhteystiedoista ja jatkohoito-ohjeista. (Hassinen & Tantt 2008, 18-20.) Sairaanhoidajat kaipaavat potilasohjeisiin enemmän ohjeistusta oman osastonsa potilasryhmille ja erilaisista tutkimuksista, lääkehoidosta sekä toimenpiteistä tulisi olla enemmän tietoa potilaalle. (Jalonen ym. 2006, 37.)

Lähtökohtia ohjeiden kirjoittamiseen on kaksi, eli laitoksen (esimerkiksi sairaalan) tarpeet ohjata potilasta toimimaan ”oikein”, laitoksen tarkoituksenomaisina ja hyvinä katsomien mallien mukaisesti sekä potilaiden tarpeet ja heidän oikeus saada olennaista tietoa. Hyvä potilasohjeen kirjoittaminen alkaa pohdinnalla, kenelle ohje varsinaisesti kirjoitetaan? ja kuka on ohjeen lukija? Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Ohjeesta tulee käydä ilmi heti ensi vilkaisulla mistä siinä on kysymys. (Torkkola ym. 2002, 35-37.) Tärkeimmän asian kertominen heti ohjeen aluksi potilaalle, kertoo myös tekstin tekijän arvostavan lukijaa. Tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää -kirjoitustapa on suositeltavaa, sillä silloin myös vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaikkein tärkeimmän. (Torkkola ym. 2002, 39). Sisällöltään ohjausmateriaalit voivat olla hyvin erilaisia asiakkaan terveydentilan mukaan, mutta sisällön tulee kuitenkin olla ajan tasalla ja tarkka sekä vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miksi?”, ”milloin?” ja ”missä?” (Kyngäs ym. 2007, 126).

Valmis ohjepohja helpottaa yksittäistä potilasohjeen kirjoittamista, jolloin tekijän ei tarvitse miettiä erikseen, miten yhteystiedot merkitään tai kirjoitetaanko ohjeeseen kirjoittaja- ja päivitystiedot. Ohjeiden kirjoittamista helpottavat lisäksi yhteisesti sovitut säännöt esimerkiksi potilaiden puhuttelusta ja lääketieteellisten termien sekä lääkkeiden kauppanimien käytöstä. Mitä enemmän potilas on tietoinen

omasta hoidostaan ja siihen liittyvistä asioista, sitä itsenäisempi hän kykenee olemaan. (Torkkola ym. 2002, 34–35.) Ohjeen tärkeimpiä osia luettavuuden kannalta ovat otsikot ja väliotsikot. Hyvä otsikko alkaa kertomalla ohjeen aiheen ja herättää parhaimmillaan lukijan mielenkiinnon lukemiseen. Hyvä väliotsikko kertoo myös alakohdan olennaisimman asian. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Ohjeiden ymmärrettävyyteen tulee kiinnittää huomiota, sillä huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet saattavat heikentää muuten hyvää ohjausta. Kirjallisen materiaalin tulee olla kieliasultaan ja sisällöltään ymmärrettävää ja sopivaa. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Sairaanhoidajien mielestä potilasohjeissa on käytetty liikaa vaikeaa lääketieteellistä sanastoa (Jalonen ym. 2006, 37), jolloin potilasohjeen tekstiä kirjoitettaessa tulisi välttää monimutkaisten virkkeiden sekä sairaalasingin käyttöä. Ohjeissa tulisi pyrkiä kirjoittamaan havainnollista yleiskieltä ja samalla tulee miettiä, kuinka kertoisi asian potilaalle kasvoitusten. Tekstissä tulee olla looginen esitysjärjestys ja selkeä kappalejako, jotka lisäävät ohjeen ymmärrettävyyttä ja helpottaa lukemista. (Torkkola ym. 2002, 42–45.) Myös tekstin sanojen ja virkkeiden tulisi olla melko lyhyitä (Kyngäs ym. 2007, 127). Ohjeessa viimeisenä ovat yhteystiedot, jotka ovat välttämättömiä varsinkin ohjeissa, joissa potilasta neuvotaan toimimaan tietyllä tavalla. Viimeisenä tulevat myös tiedot ohjeen tekijöistä sekä päivitystiedot, joista käy ilmi kuka tai mikä yksikkö on ohjeen tehnyt ja milloin sitä on viimeksi päivitetty. (Torkkola ym. 2002, 42–45.)

Hoitajien mukaan ohjeiden ulkoasuun tulisi myös panostaa enemmän (Jalonen ym. 2006, 37), sillä hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä. Kuvia on käytetty potilasohjeissa täydentämässä ja tukemassa tekstin asiaa. Hyvin valitut, tekstiä selittävät ja täydentävät kuvat sekä piirroksiset lisäävät ohjeen ymmärrettävyyttä, luettavuutta ja kiinnostavuutta. Kuvien käyttöön vaikuttavat kuitenkin niiden tekijänoikeudet. Taitto eli kuvien ja tekstin asettelu paperille on hyvän potilasohjeen lähtökohta. Ilmava taitto lisää ohjeen ymmärrettävyyttä eikä tyhjää tilaa tarvitse vältellä. Ohjeen taiton suunnittelu alkaa asettelumallista, jonka turvin ohjeen

elementit, otsikot, tekstit ja kuvat, asetellaan paikoilleen. Asettelumallilla tarkoitetaan ohjeen pohjaa, joka ohjaa yksittäisen ohjeen kirjasintyyppit ja –koon, rivivälin, rivien suljennan, palstamäärien, tekstien korostus ja marginaalien valintaa. Asettelumallin voi rakentaa myös tekstinkäsittelyohjelmalla, eli se ei vaadi erillistä taitto-ohjelmaa. Valmiin asettelumallin käyttö on hyödyllistä monesta syystä, sillä se helpottaa yksittäisen ohjeen tekemistä ja ohjeen tekijä voi keskittyä ohjeen asiasisällön muotoilemiseen eikä aikaa kulu muodon tai mallin pohtimiseen. Samanmuotoisuus myös helpottaa ohjeiden käyttöä, varsinkin jos samat ohjeet ovat käytössä koko sairaalassa eikä vain yhdellä osastolla. (Torkkola ym. 2002, 40-41, 53-55.)

Torkkolan ym. (2002, 55-59) laatimien potilasohjeen kirjallisen mallipohjan ohjeiden mukaan potilasohjeet tehdään tavallisesti joko vaaka -tai pystyasennossa oleville A4-arkeille. Yksi- ja kaksisivuisille ohjeille, pystymalli on toimivin vaihtoehto. Sen sijaan monisivuinen ohjekirjanen toimii myös vaakamalliksi taitettuna. Marginaalit eivät ole hukkatilaa ohjeessa, vaan ne ovat osa ohjeen rakennetta. Mitä leveämmät marginaalit ovat, sitä ilmavampi ohje on, mutta jos kaikki marginaalit ovat yhtä leveitä, voi vaikutelma olla raskas. Alamarginaali voikin olla ylämarginaalia leveämpi ja sinne on hyvä sijoittaa tunniste,-päivitys,- ja tekijätiedot. Ohjeen tekstin voi jakaa useampaan tai yhteen paikkaan. Ihanteellisena rivin pituutena pidetään 55-60 merkkiä, lyhin mahdollinen rivi voi olla 21-30 merkkiä ja pisin 80-90 merkkiä.

Potilasohjeissa toimivin ratkaisu on kaksi palstaa, joista vasemmanpuoleinen toimii, kapeampana otsikkopalstana. Rivinvälien ja rivien suljennan huomioonottaminen kappaleessa on tärkeää. Mitä suuremmat välit kappaleessa on, sitä ilmavampi ja luettavampaa teksti on. Tekstinkäsittelyohjelmien ykkösrivinväli on aivan liian pieni. Kirjasinkoko vaikuttaa rivinvälin valintaan sillä mitä suurempi fontti, sitä suurempi on myös rivinväli. Tavallisella 12 pisteen fontilla kirjoitetun tekstin rivinväliksi riittää hyvin puolitoista. Tekstirivit pyritään sulkemaan



tavallisesti joko oikeaksi liehuksi tai tasapalstaksi. Kappaleet erotetaan toisistaan joko tyhjällä tilalla tai sisennyksellä. Potilasohjeiden kannalta kirjasintyyppin valinnassa olennaisinta on se, että kirjaimet erottuvat selvästi toisistaan. Käytetyimpiä kirjasintyyppejä ovat Arial ja Times New Roman. Otsikot voi erottaa lihavoinnilla tai kursivoinnilla sekä käyttämällä leipätekstiä suurempaa fonttia. Kursivointia käytetään tavallisesti lainauksen osoituksena ja leipätekstissä paras korostuskeino onkin lihavointi. (Torkkola ym. 2002, 59-62.)

### 7.1 Laadukkaan potilasohjausmateriaalin kriteerit

Laadukas kirjallinen ohjausmateriaali on sanastoltaan selkeä ja sisällöltään potilaiden tarpeita vastaava, ajan tasalla oleva sekä mahdollisimman vähän tunteisiin vetoava. Lisäksi yksinkertaiset kuvat helpottavat muistamista ja ymmärtämistä. (Kääriäinen 2007, 35.)

Laadukkaan potilasohjausmateriaalin kriteereitä ovat Torkkolan (2002) ja Kyngäksen (2007) mukaan selkeä, johdonmukaisesti sekä loogisesti rakennettu kirjallinen kokonaisuus. Potilasohjausmateriaalin tulee olla ymmärrettävä ja siinä on käytettävä riittävän suurta kirjasinkokoa, selkeää kappaleenjakoja ja asettelua sekä materiaalin mielenkiintoa voi herättää erilaisilla aiheeseen sopivilla kuvilla tai taulukoilla. Tärkein asia sijoitetaan ensimmäiseen kappaleeseen ja tekstistä tulee saada ensisilmäyksellä käsitys siitä, mitä se pitää sisällään. Vaikeita ja hankalia sanoja tai lauseita tulee välttää käyttämästä sekä lääketieteellisten termien käyttöä.

Kirjallisessa potilasohjausmateriaalissa olevan tekstin sanojen ja virkkeiden tulisi olla lyhyitä. Ohjeessa tulee viimeisenä olla yhteystiedot, jotka ovat välttämättömiä varsinkin ohjeissa, joissa potilasta neuvotaan toimimaan tietyllä tavalla. Viimeisenä tulevat myös tiedot ohjeen tekijöistä sekä päivitystiedot, joista käy ilmi ja milloin sitä on viimeksi päivitetty ja kuka tai mikä yksikkö on ohjeen tehnyt

(Torkkola ym. 2002, 42–45.) Potilasohjausmateriaalin tulisi olla helposti muunneltavissa, jolloin hoitohenkilöstö voi huomioida ohjeen saavan henkilön yksilölliset tarpeet. Esimerkiksi henkilöille, joilla on huono näkö, voidaan ohjeen kirjasinkokoa muuttaa suuremmaksi tarpeen mukaan.

## 7.2 Laadukas kivunhoidon potilasohjausmateriaali

Laadun käsite on laaja, monivivahteinen, kompleksinen ja epäselvä. Siitä huolimatta laatu-käsitettä käytetään sekä arkikielen että tieteellisessä käytössä kuin vakiintunutta termiä. Laatu-käsitteellä pyritään siis luomaan mielikuvaa jostakin hyvästä, erinomaisesta ja arvostetusta sekä ohjaamaan potilaiden valintoja ja hoitohenkilöstön ohjaustoimintaa. Arkikielessä laatu määritellään omien kokemusten ja mielikuvien mukaan huono -tai hyvälaatuiseksi. Laatu voidaan myös ymmärtää ominaisuudeksi, joka voi saada negatiivisia ja positiivisia arvoja, jolloin laatu nähdään määreenä, jonka henkilö antaa. (Kääriäinen 2007, 29-30.)

Tässä opinnäytetyössä laadukkaalla kivunhoidon potilasohjausmateriaalilla tarkoitetaan hyvin toteutettuja kirjallisia ohjeita, jotka sisältävät potilaiden, omaisten sekä sairaanhoitajien kivunhoidossa ja sen ohjauksessa tarpeelliseksi koetut asiat. Kivunhoidon näkökulmasta kirjallinen laadukas kivunhoidon potilasohjausmateriaali on täsmällinen, selkeä sekä helposti ymmärrettävä kokonaisuus. Potilasohjausmateriaalissa tulisi olla tietoa pahoinvoinnista, kivunhoidosta, lääkehoidosta ja lääkkeistä sekä niiden sivuvaikutuksista. Lääkehoidon yhteydessä käytettävien lääkkeettömien hoitomuotojen selkeät ohjeet ovat tarpeellisia sekä lääkkeen ottotavasta ja ottoajasta tulisi olla kivunhoidon potilasohjausmateriaaleissa tietoa. Potilasohjausmateriaaleihin kaivataan myös tietoa kotona selviytymisestä, mahdollisesta haavanhoidosta sekä jatkohoidoista. Kivunhoidon potilasohjausmateriaalissa ei suositella käytettävän vaikeaselkoisia sanoja tai lauseita eikä lääketieteellisiä termejä, sillä ne vaikeuttavat asioiden ymmärtämistä.

## 8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus on toteutunut käyttämällä yleisesti tunnettuja ja tieteellisesti tunnustettuja tietokantoja kuten Medic ja CINAHL sekä Turun ammattikorkeakoulun kirjaston AURA –tietokantaa. Aineistoon valitut artikkelit ja tutkimukset ovat suurelta osin hoitotieteellisiä julkaisuja, tutkimuksia ja artikkeleita. Internetin välityksellä etsityt lähteet ovat hoitotieteellisiä julkaisuja ja väitöskirjoja, joilla on saatavissa olevat ja luotettavat lähteensä. Lähteiden luotettavuutta lisää niiden huolellinen merkintä opinnäytetyön lähdeluetteloon.

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin parantamaan koko prosessin ajan harjoittamalla tiukkaa, huolellista ja tarkkaa lähdekritiikkiä, joilla saatiin opinnäytetyön aineistopohja mahdollisimman laadukkaaksi. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää kirjallisuuskatsauksessa tehty tiedonhakuprosessi, jossa on pyritty systemaattiseen lähteiden hakuun. Työn kaikki lähteet ovat vuosien 2000-2010 väliltä. Sitä vanhempia lähteitä ei haluttu käyttää, jotta tieto olisi varmasti saatavilla myös alkuperäisenä.

Luotettavuutta sähköiseen mallipohjaan tuo sen pohjautuminen luotettavista lähteistä olevaan kirjallisuuteen. Mallipohjan sisältö perustuu kirjallisuuskatsauksen avulla hankittuun tietoon ja mallipohjan asettelumallissa on käytetty Torkkolan (2002) tekemiä kirjallisten ohjeiden asettelumallien ohjeistuksia. Asettelumallien samanmuotoisuus helpottaa niiden käyttöä, etenkin samojen ohjeiden ollessa käytössä koko sairaalassa eikä ainoastaan yhdellä osastolla (Torkkolan ym. 2002, 40-41, 53-55). Tällöin samojen asettelumallien käyttö lisää mallipohjan luotettavuutta. Luotettavuutta tuo myös tunnetun tekstinkäsittelyohjelman käyttö (WORD 2007) mallipohjan rakentamisessa.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä käyttää eettisesti ja tieteellisesti kestäviä tiedonhankinta-, raportointi, -tutkimus – ja arviointimenetelmiä. Tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös antaa tieteellisille tutkimuksille niille kuuluva arvo. Tieteellisen käytännön loukkausta on vilppi, joka ilmenee havaintojen vääristelynä, sepittämisenä, anastamisena ja luvattomana lainaamisena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287-288.) Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus sekä luotettavuus. (Janhonen & Nikkonen 2003, 39.) Tutkimustyössä vältetään epärehellisyyttä kaikissa sen vaiheissa eli toisten tekstiä ei plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä eikä tuloksia esitetä kriittittömästi (Hirsjärvi ym. 2003, 27-28). Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen vilpittömyydestä sekä rehellisyydestä on tutkimuksen tekijällä itsellään, sekä tutkimusryhmän ja tutkimusyksikön johtajalla (Tuomi & Sarajärvi 2003, 130).

Työn eettisyydestä huolehdittiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä eli työssä ei harrastettu vilppiä eikä plagiointia sekä varmistettiin käytettävissä olevan kirjallisuus pohjaisen aineiston viittausten olevan asianmukaisia. Opinnäytetyön ulkoasu sekä sisältö noudattavat Turun ammattikorkeakoulun antamia kirjallisia ohjeita. Opinnäytetyön tekijä ottaa täyden vastuun työn toteuttamisesta eettisten periaatteiden mukaisesti.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisen kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteerit ja luoda niiden pohjalta sähköinen mallipohja. Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi osoittautui haastavaksi, sillä kirjallisuus katsauksessa tehtyjen hakujen mukaan kyseisestä aiheesta ei ole aikaisemmin tehty vastaavanlaista työtä. Sähköisen mallipohjan tapaista, kivunhoidon potilasohjausmateriaalia, ei myöskään ole ollut aikaisemmin saatavilla.

Potilaat haluavat tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidoista, mikä lisää kirjallisen ohjauksen tarvetta. Muuttuneiden hoitokäytäntöjen takia, potilaat saattavat olla lyhimmillään vain muutaman tunnin toimenpiteessä, jolloin on vähemmän aikaa henkilökohtaiseen ohjaukseen. Tällöin potilailta odotetaan hyviä itsehoitovalmiuksia. (Torkkola ym. 2002, 7.) Kirjallisuudesta saadun aineiston mukaan opinnäytetyön aiheelle ja sen pohjalta luotavalle sähköiselle mallipohjalle on tarvetta, sillä potilaat haluavat ja heillä on lailliset oikeudet saada monipuoliset sekä selkeät kirjalliset kivunhoidon ohjausmateriaalit. Potilaat kokevat tyytyväisyyttä saatuaan riittävää ohjausta ja myös potilaan omaiset tulee huomioida, sillä usein potilas jakaa tietonsa myös läheistensä kanssa.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä nykypäivänä potilaat kotiutetaan yhä nopeammin sairaaloissa ja kivunhoidon jatkuminen jää potilaan harteille. Kivunhoito on kivun hoitotyötä, johon sisältyy kivun arviointi ja kirjaaminen sekä kivun lääkehoito yhdessä lääkkeettömien hoitomuotojen käytön kanssa.

Kivusta kärsivän potilaan hoidon tavoitteena ovat kivun poistuminen, toimintakyvyn palauttaminen, kivun intensiteetin ja häiritsevyyden vähentäminen sekä elämänlaadun parantaminen. (Holmia ym. 2004, 180.) Kaikille kivunhoitoon osallistuville kuuluu vastuu kivunhoidon onnistumisesta, myös potilaalle itselleen. Vain koulutautunut ja motivoitunut henkilökunta voi antaa potilaalle asiallista ja

oikeaa tietoa, jonka avulla potilas voi osallistua omaan hoitoonsa. (Hakala 2004, 26.) Onnistuneen kivunhoidon vaikuttamisen edellytykset perustuvat hoitohenkilökunnan asenteisiin ja arvoihin sekä heidän taitoihinsa edistää kivunhoitoa (Halimaa 2003, 595). Määriteltäessä laadukkaan kirjallisen kivunhoidon potilasohjausmateriaalin kriteereitä tuli kirjallisuudesta ottaa esille kipu, kivunhoito, kipulääkkeet ja lääkkeettömät kivunhoitomuodot sekä kivunhoidon potilasohjaus, joista saatiin luotettaviin lähteisiin perustuvaa taustaa opinnäytetyön aiheelle. Kivunhoidon näkökulmasta potilaat, omaiset sekä sairaanhoitajat ovat kaivanneet enemmän kirjallista tietoa kivunhoidon ohjauksissa muun muassa kivunhoidosta, lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista, lääkkeiden otto- antoajoista, lääkkeiden turvallisuudesta, pahoinvoinnista sekä jatkohoidosta. Näitä tietoja on huomioitu laadittaessa kivunhoidon sähköistä mallipohjaa. Potilaat halusivat tietoa myös haavanhoidosta, mutta sitä ei lisätty sähköiseen mallipohjaan, koska sen koetaan olevan oma erillinen alueensa. Mallipohjaan voi kuitenkin laittaa esimerkiksi erityistä huomioitavaa kohtaan haavanhoidosta jos ohjauksen tekijä niin parhaaksi katsoo.

Lääkehoito on kivunhoidon tärkein ja eniten käytetty hoitomenetelmä (Salanterä ym. 2006, 107). Tunnetuimmat ja tärkeimmät kivunhoidossa käytetyt kipulääkkeet ovat tulehduskipulääkkeet eli NSAID:it ja parasetamoli sekä opioidit. Kivunhoidossa käytetään lisäksi masennuslääkkeitä, epilepsialääkkeitä sekä erilaisia puudutteita. Parhaisiin hoitotuloksiin päästään kun lääkehoito on yhdistetty muihin kivun hoitomenetelmiin (Salanterä ym. 2006, 107). Kivunhoidossa käytetään kipulääkkeiden ohella myös lääkkeettömiä menetelmiä, kuten fysio- ja fytoterapiaa, kylmä- ja lämpöhoitoa, akupunttiota, sähköhoitoja sekä muita vaihtoehtoisia kivunhoitomuotoja. Sähköiseen mallipohjaan on laitettu lääkkeettömien kivunhoitomuotojen kohta, johon kivunhoidon ohjaaja voi laittaa tietoa suositeltavista lääkkeettömistä hoitomuodoista, jotka edistävät yhdessä lääkehoidon kanssa kivunhoidon optimaalisten tavoitteiden täyttymistä.

Lääkkeettömät hoitomuodot on kuitenkin aina hyvä käydä läpi yhdessä potilaan kanssa, sillä kaikki hoitomuodot eivät välttämättä sovi kaikille.

Laadukkaan kirjallisen potilasohjausmateriaalin kriteereitä ovat selkeys, ymmärrettävyys, johdonmukaisuus sekä loogisesti rakennettu kokonaisuus. Torkkolan ym. (2002) mukaan kirjallisessa potilasohjausmateriaalissa tulee näkyä yhteystiedot, tiedot ohjeen tekijöistä sekä mikä yksikkö on ohjeen tehnyt ja milloin sitä on viimeksi päivitetty. Kirjallisessa potilasohjausmateriaalissa tekstiin (erityisesti kirjasinkokoon), kuvitukseen ja aseteluun sekä kappaleenjakoan tulee kiinnittää erityishuomiota. Vaikeiden ja hankalien sanojen ja virkkeiden käyttöä tulee välttää.

Sähköisen mallipohjan sisältö tuo esille kivunhoidon ohjauksessa tärkeimmiksi koetut asiat. Mallipohja on pyritty pitämään erittäin yksinkertaisena sekä helposti ymmärrettävänä kokonaisuutena, jota kivunhoidon potilasohjausta antava henkilö voi täyttää joko ennen potilaalle antamista tai yhdessä potilaan kanssa. Torkkolan ym. (2002) tekemiä kirjallisen ohjepohjan ohjeistuksia on käytetty apuna laadittaessa sähköisen mallipohjan ulkoasua. Torkkolan ym. (2002, 40-41, 53-55) mukaan ohjepohjien samanmuotoisuus helpottaa niiden käyttöä, etenkin jos ohjeet ovat käytössä samassa sairaalassa eikä vain yhdellä osastolla.

Sähköisen mallipohjan käytössä oleellista on sen muunneltavuus, eli sitä voidaan muokata esimerkiksi poistamalla ohjaajan tarpeettomiksi katsomat asiat sekä lisätä tarpeelliset, mutta mallista mahdollisesti puuttuvat kohdat. Tällöin voidaan varmistaa, että jokainen potilas saa yksilöllisen kivunhoidon ohjauksen sekä henkilökohtaisen kirjallisen kivunhoidon potilasohjausmateriaalin, jonka laadukkuutta ja luotettavuutta on pohjustettu käyttämällä kirjallisuuspohjaista aineistoa hyväksi. Mallipohjaa voidaan muunnella WORD-tekstinkäsittelyohjelmalla.

Mallipohjan muunneltavuuden ansioista siihen on lisätty tekijän tärkeiksi kirjallisissa potilasohjausmateriaaleissa kokemia asioita, mutta joita ei aineistossa tullut esille. Näitä ovat muun muassa henkilötunnus, vaikuttava aine, vastaavat lääkkeet sekä erityistä huomioitavaa -kohdat.

Lain mukaan henkilötietoja on käsiteltävä huolella, edistäen hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Henkilötietoja ei saa hävittää yksityisyyden suojaa loukaten (Henkilötietolaki 22.4.1999/523). Henkilötunnus on lisätty mallipohjaan sen tuoman ”tärkeyden” vuoksi, eli potilas ei välttämättä heitä kivunhoidon ohjettaan helposti pois tai kadota sitä, kun siinä on potilaan oma henkilötunnus. Kivunhoidon ohjaajia, esimerkiksi sairaanhoitajia, potilaan henkilötunnus helpottaa samanimisten potilaiden tunnistamista.

Potilailla on juridinen oikeus vaihtaa käyttämänsä lääke edullisempaan vaihtoehtoon eli vähäisesti poikkeavaan lääkevalmisteseen (STM 726/2003). Potilaat haluavat usein tietää onko heidän käyttämällään kipulääkkeelle olemassa vastaavaa lääkettä, mutta esimerkiksi edullisempaa vaihtoehtoa. Mallipohjan vastaavat lääkkeet- kohtaan kivunhoidon potilasohjauksen antaja voi mainita kyseessä olevan vastaavat, mutta vähäisesti poikkeavat lääkkeet. Myös vaikuttava aine-kohta on mallipohjaan lisätty, sillä ilman sitä tietoa, potilas ei voi tietää vastaavia lääkkeitä.

Sähköisen mallipohjan käytännöllisyyttä ja tarvetta tulee testata oikeassa ympäristössä, jolloin sen todellinen hyöty ja käytännöllisyys saadaan selville. Hoitajia tulisi myös motivoida käyttämään sähköistä kivunhoidon mallipohjaa. Sähköisen mallipohjan käytössä ja kirjallisen potilasohjausmateriaalinen antamisessa potilaalle ja omaiselle, tulee huomioida myös suullisen ohjauksen merkitys. Suullinen ohjaus ja laadukas kirjallinen ohjausmateriaali antavat yhdessä potilaille ja omaisille heidän tarvitsemansa tiedot kivunhoidosta.



## 10 LÄHTEET

Bell, L. & Duffy, A. 2009. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing* Vol. 18 No.3/2009, 153-156.

Buffum, M.D.; Hutt, E.; Chang, V.T.; Craine, M.H. & Lynn Snow, A. 2007. *Journal of Rehabilitation Research and Development* Vol 44 No. 2/2007, 315-330.

Cox, F. 2010. Basic principles of pain management: assessment and intervention. *Nursin Standard* Vol 25 No.1/2010, 36-39.

Chumbley, G.M.; Hall, G.M. & Salmon, P. 2002. Patient controlled analgesia: what information does the patient want. *Journal of advanced nursing* Vol. 39 No.5/2002, 1-14. Viitattu 15.11.2010 Saatavissa: [www.cinahl.com](http://www.cinahl.com) →Patient controlled analgesia.

Driscoll, A. 2000. Managing postdischarge care at home: an analysis of patient's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal Advanced Nursing* Vol.31 No. 5/2000, 1165-1173.

Ekman, I.; Schaufelberger, M.; Kjellgren, K.I.; Swedberg, K. & Granger, B.B.. 2007. *Standard medication* Vol. 60 No. 2/2007, 181-186.

Eloranta, S.; Katajisto, J. & Leino-kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* Vol.20 No. 3/2008, 115-125.

Eloranta, S.; Vähätalo, M. & Johansson, K. 2008. Avannepotilaan ohjauksessa korostuu voimavaraistuminen. *Sairaanhoitaja* Vol 81 No. 3/2008, 34-36.

Haapaniemi, H.; Arve, S. & Routasalo, P. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjänä. *Hoitotiede* Vol. 18 No. 4/2006, 197-208.

Hakala, P. 2004. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti No.2, 23-26.

Halimaa, S-L. 2004. Pain management in nursing procedures on premature babies. *Journal of Advanced Nursing* Vol 42 No. 6/2004, 587-597.

Hannukainen, S. 2010. Onnistunut lääkehoito kotisairaanhoidossa. *Sairaanhoitaja* Vol 83 No. 8/2010, 42-43.

Hassinen, T. & Tanttu, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. *Sairaanhoitaja* Vol 81 No. 3/2008, 18-20.

He, H-G.; Pölkki, T.; Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. A survey of Chinese nurse's guidance to parents in children's postoperative pain relief. *Journal of Clinical Nursing* Vol 14, 1075-1082.

Heikkinen, K.; Johansson, K.; Leino-Kilpi, H.; Rankinen, S.; Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetyöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede* Vol 18 No. 3/2006, 120-130.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutkija kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus
- Holmia. S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4., uudistettu painos. Porvoo: WSOY
- Holmia. S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY
- Iivanainen, A.; Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. 2. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino
- Isola, A.; Backman, K.; Saarnio, R.; Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede Vol 19 No. 2/2007, 51-62.
- Jalonen, J.; Kauti, A. & Toikka S-M. 2006. Kirjallisten- ja elektronisten potilasohjeiden käyttö ja sisältö sisätautien klinikalla sairaanhoitajien arvioimana. Terveysala. Turun ammattikorkeakoulu.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 2., uudistettu painos. Juva: WSOY
- Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. Hoitotiede Vol. 21 No.1/2009, 3-12.
- Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3., uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy
- Kivun sähköhoidot, 2002. Selkävoitto kivusta 2002. 1., painos. Madrid: Mateu Cromo
- Kokki, H. & Pitkänen, M. 2006. Puudutusopas 2006. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy
- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede Vol 17 No. 5/2005, 250-258.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis. Väitöskirja. Oulu: Oulun Yliopisto, 190s. Viitattu 16.11.2011 <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY
- Maaailman terveysjärjestön perussääntö. Viitattu 15.11.2010 <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1948/19480026>
- Majasaari, H.; Sarajärvi, A.; Koskinen, H.; Autere, S. & Paavilainen E. 2005. Patient`s perceptions of emotional support and information provided to family members. AORN (Association of periOperative registered Nurses) Journal Vol18 No.5, 1030-1039. Viitattu 15.11.2011 [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B83WR-4KK61WD-](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B83WR-4KK61WD-)

[B& user=10& rdoc=1& fmt=& orig=search& sort=d&view=c& acct=C000050221& version=1& urlVersion=0& userid=10&md5=8218a568322cbc504b47cb238143b11f](http://www.medica.fi/fysioterapiapalvelut/erityisosaamisalueitamme/akupunktio/)

Medica oy. 2010. Fysikaalinen hoitolaitos Medica Oy. Viitattu 11.11.2010  
<http://www.medica.fi/fysioterapiapalvelut/erityisosaamisalueitamme/akupunktio/>

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja.1.,painos. Jyväskylä: Gummerus

Mustajoki, M.; Maanselkä, S.; Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) 2005. Sairaanhoitajan käsikirja. 3.,uudistettu painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim

Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. Hoitotiede Vol 21 No. 4/2009, 282-293.

Ratcliffe, J.; Thomas, J.K.; MacPherson, H. & Brazier, J. 2006. A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: cost effectiveness analysis. British Medical Journal, Vol. 333, No. 7569, 623-626. Viitattu 10.11.2010  
<http://www.bmj.com/content/333/7569/626.full?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=acupuncture&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

Sailo, E. & Varti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi

Sairaanhoitajaliitto, 2010. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 19.11.2011  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Salanterä, S.;Hagelberg, N.; Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY

Salminen-Tuomaala, M.; Korkiamäki, K.; Kurikka, S. & Paavilainen, E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede Vol 20 No. 5/2008, 258-266.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 99/2001. Viitattu 12.11.2010  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/asetussuomi.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 726/2003. Viitattu 10.12.2010  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030726>

Suomen Kivuntutkimusyhdisty ry 2010. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. Viitattu 15.10.2010 [http://www.suomenkivuntutkimusyhdisty.fi/default.asp?PageID=P03&PPI\\_ID=1](http://www.suomenkivuntutkimusyhdisty.fi/default.asp?PageID=P03&PPI_ID=1)

Terveydenhuolto 2004. Lakitiedon pikkujättiläinen. Porvoo: WSOY

Torkkola, S.; Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.2.,painos. Helsinki: Tammi

Ylinen, E-R.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2009. Effects of patient's pain experience and non-drug interventions on the pain experience during colonoscopy. Journal of Clinical Nursing Vol 18, 1937-1943.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus

NIMI:

HENKILÖTUNNUS:

## Kivun HOITO-OHJE

**KIPULÄÄKE:**

**Vaikuttava aine:**

Vastaavat lääkkeet:

Mahdolliset sivuvaikutukset:

**KIPULÄÄKKEEN KÄYTTÖTARKOITUS:**

**KIPULÄÄKITYKSEN KESTOAIKA:**

**ANNOSKOKO:**

**KIPULÄÄKE OTETAAN:**

**LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO:**

**ERITYISTÄ HUOMIOITAVAA:**

**ONGELMATILANTEESSA OTA YHTEYTTÄ NUMEROON:**

**Ohjeen antaja:**

**Ammatti:**

**Paikka ja päivämäärä:**

**Osasto:**

**Allekirjoitus:**

NIMI: Maija Meikäläinen

HENKILÖTUNNUS: 12345-xxx

## **KIVUN HOITO-OHJE**

**KIPULÄÄKE: BURANA 600mg**

**Vaikuttava aine:** Ibuprofeeni

**Vastaavat lääkkeet:** IBUXIN, IBUMAX

**Mahdolliset sivuvaikutukset:** Mahdollisen yliannostuksen seurauksena mahakipua, oksentelua, pahoinvointia ja päänsärkyä

**KIPULÄÄKKEEN KÄYTTÖTARKOITUS:** polven leikkauksen jälkeiseen särkyyn

**KIPULÄÄKITYKSEN KESTOAIKA:** 1.12- 4.12.2010 tai tarpeen mukaan

**ANNOSKOKO:** 600mg x2

**KIPULÄÄKE OTETAAN:** vesilasillisen kanssa

**LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO:** kylmäpussin pitäminen leikkaushaavan päällä ja leikatun jalan pitäminen koho-asennossa

**ERITYISTÄ HUOMIOITAVAA:** seuraa leikkaushaavan parantumista

**ONGELMATILANTEESSA OTA YHTEYTTÄ NUMEROON:** 02-555555

**Ohjeen antaja:** Heli Hoitaja

**Ammatti:** Sairaanhoidtaja **Osasto:** Kirurginen osasto 555

**Paikka ja päivämäärä:** **Allekirjoitus:**