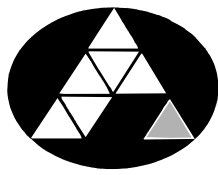


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Joonas Niskala
Kati Oinonen

HAAVAKIVUN HOITO OSANA HAAVAN MEKAANISTA
PUHDISTUSTA

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijät

Joonas Niskala, Kati Oinonen

Nimeke

Haavakivun hoito osana haavan mekaanista puhdistusta

Toimeksiantaja

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä osasto 1G

Tiivistelmä

Haavan mekaaninen puhdistaminen on tärkeä osa haavan paikallishoitoa. Riittävällä haavakivun hoidolla edistetään haavan mekaanisen puhdistuksen onnistumista ja näin myös nopeutetaan haavan paranemista. Haavakivun hoidossa tulee ottaa huomioon kokonaisvaltainen kivunhoito, johon kuuluu sekä lääkkeellinen että lääkkeetön kivunhoito.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen. Tarkoituksena on päivittää ja lisätä hoitohenkilökunnan tietoa kivun hoidosta osana haavan mekaanista puhdistusta. Työn teoriapohjaa kerättiin syksyn 2010 aikana ja se tiivistettiin PowerPoint-esitykseen. Toiminnallinen osuus koostuu kolmesta 45 minuutin osastotunnista Pohjois-Karjalan keskussairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla. Osastotunnit pidettiin huhtikuussa 2011. Jokaisella osastotunnilla käsiteltiin haavan mekaaninen puhdistaminen, haavakipu ja haavakivunhoito. Osastotuntien päätteeksi kerättiin pienimuotoinen palaute.

Palautteesta käy ilmi, että osastotunnit antoivat hoitohenkilökunnalle uutta tietoa ja samalla tuli kerrattua ja päivitettyä hyvin vanhoja tietoja. Opinnäytetyö jää hyödynnettäväksi kirurgiselle osastolle 1G.


Jatkossa tarvittaisiin lisää tietoa uusista haavasidoksista ja niiden vaikutuksesta haavan paranemiseen. Lisäksi haavasidosten vaikutusta haavakipuun voitaisiin tutkia.

Kieli
suomi

Sivuja 41
Liitteet 5
Liitesivumäärä 19

Asiasanat

haavakipu, haavan mekaaninen puhdistaminen, kivunhoito

| | |
|--|---|
|  <p>NORTH KARELIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</p> | <p>THESIS May 2011 Degree Programme in Nursing</p> <p>Tikkarinne 9 FIN 80200 JOENSUU FINLAND Tel. 358-13-260 6600</p> |
| <p>Authors Joonas Niskala, Kati Oinonen</p> | |
| <p>Title Wound Pain Management during the Mechanical Cleaning of a Wound</p> <p>Commissioned by North Karelia central hospital, ward 1G</p> | |
| <p>Abstract</p> <p>This thesis deals with pain management during the mechanical cleaning of a wound. Pain management is important to notice when doing debridement because doing so makes healing more effective. Nursing staff have to know the main principles about the medical and non-medical treatments. The purpose of this study is to give new information and update nursing staff's pain treatment skills.</p> <p>The main purpose of this thesis is to update and give new information about the wound pain management during the debridement. The study was practice- based consisting three ward hours each of which lasted 45 minutes. The theory of pain management was collected in autumn 2010 using the newest literature. At the same time the most important facts of the thesis were summarized in a PowerPoint presentation. The lectures were held on the surgical wards of North Karelia central hospital. The ward hours were in April 2011 when the PowerPoint show was presented. The usefulness of this thesis was tested after the presentation with a small questionnaire.</p> <p>It turned out, when enquired afterwards, that this thesis provided new information. Meanwhile old skills and information were well updated. The thesis will be utilized: one copy will be left to the commissioning ward 1G.</p> <p>In the future it would be advantageous to study the effects of wound dressing on wound pain and the recovery on a wound. Also, the newest dressing products could be presented.</p> | |
| <p>Language Finnish</p> | <p>Pages 41 Appendices 5 Pages of Appendices 19</p> |
| <p>Keywords Wound pain, mechanical cleaning, pain management</p> | |

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 5 |
| 2 | HAAVA JA SEN MEKAANINEN PUHDISTAMINEN | 6 |
| 2.1 | Akuutti ja krooninen haava | 6 |
| 2.2 | Haavan paraneminen | 7 |
| 2.3 | Haavan mekaaninen puhdistaminen | 9 |
| 3 | KIPU | 10 |
| 3.1 | Akuutti kipu | 11 |
| 3.2 | Krooninen kipu | 12 |
| 3.2.1 | Nosiseptiivinen eli kudosvauriokipu | 12 |
| 3.2.2 | Neuropaattinen eli hermovauriokipu | 13 |
| 3.2.3 | Idiopaattinen kipu | 13 |
| 4 | HAAVAKIVUN HOITO | 14 |
| 4.1 | Haavakipua aiheuttavia tekijöitä | 14 |
| 4.2 | Lääkkeellinen hoito | 16 |
| 4.2.1 | Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli | 17 |
| 4.2.2 | Opioidit | 19 |
| 4.2.3 | Depressio- ja epilepsialääkkeet | 20 |
| 4.2.4 | Pintapuudutteet | 21 |
| 4.3 | Portaistettu kivunhoito | 22 |
| 4.4 | Lääkkeetön hoito | 23 |
| 4.5 | Haavakivun arviointi ja mittaaminen | 24 |
| 5 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ | 27 |
| 6 | OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT | 27 |
| 6.1 | Toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö | 27 |
| 6.2 | Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä | 28 |
| 6.3 | Toiminnallisen osuuden toteutus | 30 |
| 6.4 | Osastotuntien suunnittelu | 31 |
| 6.5 | Kolme osastotuntia | 33 |
| 7 | POHDINTA | 36 |
| 7.1 | Opinnäytetyöprosessin arviointi | 36 |
| 7.2 | Luotettavuus ja eettisyys | 39 |
| 7.3 | Hyödynnettävyys ja jatkokehitysehdotukset | 40 |
| | LÄHTEET | 42 |

LIITTEET

- Liite 1 Toimeksiantosopimus
- Liite 2 Sähköposti osastotunneille
- Liite 3 Kutsut osastotunneille
- Liite 4 Palautelomake
- Liite 5 PowerPoint-esitys

1 JOHDANTO

Tärkeä osa haavan paikallishoitoa on sen mekaaninen puhdistaminen. Tällöin haavasta poistetaan kuollutta kudosta, jolloin verenkierto vilkastuu haavassa ja edistetään näin haavan paranemista. (Eronen, Lankinen & Pulliainen 2006a, 42.) Akuutin haavan paraneminen tapahtuu reunoilta ja sen pohjalta, kun uudisihon kasvaminen eli epitelisaatio käynnistyy. Akuutin haavan paranemista voidaan tukea poistamalla siitä mekaanisesti ja kertaluonteisesti kuollutta kudosta tai likaa ja vierasmateriaalia. Jos haava kroonistuu, sitä täytyy puhdistaa toistuvasti haavapohjan puhdistumiseksi ja epitelisaation tukemiseksi. (Juutilainen & Niemi 2007.)

Potilaat, joilla on kroonisia haavoja, kärsivät usein jatkuvasta haavakivusta. Tutkimukset osoittavat, että yli 80 prosentilla näistä potilaista on jatkuvaa kipua haavassa. Puolet heistä luokittelee kivun kohtuullisesta vaikeaan. Useat potilaat sanovatkin, että kipu on pahin asia haavassa. Haavakipu ei vain huononna potilaan elämänlaatua, vaan se on myös suuri este haavan paranemiselle. Pysyvän haavakivun seuraukset ovat usein aliarvioituja ja vähän hoidettuja. (Woo ym. 2008, 2.)

On huomioitava, että haavakipu on moniulotteista ja siinä voi esiintyä kroonisen kivun lisäksi useita muita kivun kerroksia, kuten taustakipu, liikekipu ja toimenpiteen eli mekaanisen puhdistuksen aiheuttama kipu. Tuleekin huomioida yksilöllinen kivunhoito ja haavakivun eri kerrokset. Välttämättä pelkkä toimenpiteen aiheuttaman kivun hoito ei ole riittävän tehokas. (Briggs ym. 2004, 4.) On tärkeää, että hoitaja huolehtii ja arvioi potilaan riittävästä kivunhoidosta. (Eronen, Kinnunen, Lankinen & Pulliainen 2006b, 6).

Opinnäytetyömme on toiminnallinen. Käsittelimämme aihe on haavakivun hoito osana haavan mekaanisen puhdistuksen toteutusta. Toimeksiantajanamme on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän operatiivisen

klinikkaryhmän vuodeosasto 1G. Yksi kappale opinnäytetyötämme jää kirurgisille osastoille jatkossa hyödynnettäväksi materiaaliksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on päivittää ja lisätä hoitohenkilökunnan tietoa haavakivun hoidosta osana haavan mekaanista puhdistusta. Esittelemme valmiin tuotoksen kolmella osastotunnilla, joihin osallistuvat osastojen 2A, 2B, 2C, 2G sekä 1G ja kirurgisen poliklinikan hoitohenkilökunta.

Käsitlemme työssämme haavan mekaanisen puhdistamisen, haavakivun ja sen hoidon. Kerromme työssämme haavan mekaanisen puhdistuksen toteutuksen, jolloin se antaa lukijalle tietoa sen toteutuksesta ja näin se on tukena haavakivunhoidon osuudessa. Työssämme käsitlemme kokonaisvaltaisen kivunhoidon, niin lääkkeelliset kuin lääkkeettömät menetelmät.

2 HAAVA JA SEN MEKAANINEN PUHDISTAMINEN

2.1 Akuutti ja krooninen haava

Haava on ihon tai sen alaisen kudoksen vaurio. Sillä tarkoitetaan myös kudosten irtoamista toisistaan tai kudoksessa esiintyviä puutoksia. Haavat jaotellaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Jaotteluun vaikuttavat haavan syntymekanismi, paranemisprosessi sekä haavan ikä ja kesto. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2005, 17.)

Akuutin haavan aiheuttaa ulkoinen tekijä, kuten trauma tai leikkaus. Traumasta johtuvia haavoja on ominaisuuksiltaan useita. Akuutteja haavoja ovat esimerkiksi ihorikot, hiertymät, pistohaavat, ruhjevammat sekä leikkaushaavat. Lisäksi traumaattisiin haavoihin kuuluvat palo- ja paleltumavammat. (Hietanen ym. 2005, 19–20.)

Kroonisilla haavoilla tarkoitetaan haavoja, joiden paraneminen on pitkäaikaista (2-3 kk) tai haava uusiutuu samaan paikkaan. Krooninen haava aiheutuu sisäisen sairauden seurauksena. Ulkoinen tekijä kuten, traumaattinen haava voi

muodostua krooniseksi, mikäli hoitomuodot eivät ole tarkoituksenmukaisia tai haava infektoituu. Lisäksi painehaavat ja itse aiheutetut haavat jaotellaan kuuluvaksi kroonisiin haavoihin. (Hietanen ym. 2005, 21–22.) 59 prosenttia potilaista, joilla on painehaava, kertoo haavassa olevan kipua (Sibbald, Chapman, Krasner, Meume & Romanelli 2008, 13).

Sisäisen sairauden aiheuttamia kroonisia haavoja ovat erityyppiset säärihaavat. Säärihaava voi olla valtimoperäinen, laskimoperäinen, sekahaava (valtimo- ja laskimoperäinen) ja muista aiheuttajista johtuva. Muita aiheuttajia ovat trauma ja streptokokin aiheuttama infektio. (Hietanen ym. 2005, 21–22.) On tutkittu, että 83 prosenttia potilaista, joilla on valtimoperäinen säärihaava, tuntee kipua haavassaan. Potilaista, joilla taas on laskimoperäinen säärihaava, 65 prosenttia kärsii kivusta. (Sibbald ym. 2008, 13.)

Sairauden aiheuttamia haavoja, jotka luokitellaan kroonisiksi haavoiksi, ovat syöpähaavat ja sädehoidosta aiheutuvat haavat. Kroonisen haavan voivat aiheuttaa myös verisuonten tulehdus eli vaskuliitti, pyoderma gangrenosum joka on ihon sairaus sekä necrobiosis lipoidica diabeticum eli diabeteksesta johtuva haavauma. Myös paiseet, fistellit ja avannehaavat voivat muodostua kroonisiksi haavoiksi. (Hietanen ym. 2005, 21–22.) Potilaista 48 prosenttia raportoi, että diabeteksesta johtuvassa jalkahaavassa on kipua. Syöpähaavoista kärsivistä potilaista 38 prosentilla oli kipua haavassa. (Sibbald ym. 2008, 13.)

2.2 Haavan paraneminen

Haavan paraneminen noudattaa tiettyjä biologisia vaiheita, mutta haavan paranemisen nopeus on yksilöllinen prosessi. Haavan paranemisprosessiin vaikuttavat ulkoiset ja potilaslähtöiset tekijät. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot, hoitokulttuuri, aseptiikka ja hoidon toteutus. Potilaslähtöisiä tekijöitä ovat ikä, muut sairaudet, elämäntavat, lääketieteelliset hoidot sekä yleiskunto. (Hietanen ym. 2005, 27.)

Haavan paraneminen jaetaan kolmeen vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat tulehdusvaihe, uudelleenmuodostumisvaihe ja kypsymisvaihe. (Kääriäinen 2006, 13.) Tulehdusvaihe eli inflammaatiovaihe suojaa elimistöä lisävaurioilta ja puhdistaa kuolleet solut ja soluväliaineen pois haavasta. Tulehdusvaihe käynnistyy heti haavan synnyttyä. Inflammaatiovaiheessa verisuonet supistuvat ja verenvuoto vähenee. (Hietanen ym. 2005, 29–30.)

Tulehdusvaiheessa haavassa on havaittavissa infektion merkkejä, kuten punoitusta, turvotusta, kipua, kuumotusta ja toiminnallinen häiriö. Tämä kuuluu osaksi haavan normaalia paranemisvaihetta. (Hietanen ym. 2005, 29–30.) Haavan tulehdusvaiheessa siihen kertyy neutrofiilisiä leukosyyttejä, sen jälkeen monosyyttejä ja viimeisenä lymfosyyttejä. Monosyyttien tehtävänä on muuttua makrofageiksi eli syöjäsoluiksi, jotka poistavat kuollutta kudosta. Tämä on edellytyksenä, että uudelleenmuodostumisvaihe voi alkaa. (Kääriäinen 2006, 13.)

Uudelleenmuodostumisvaiheessa eli proliferaatiovaiheessa solut lisääntyvät nopeasti. Tässä vaiheessa syntyy granulaatiokudosta, joka lähentää haavan reunoja toisiinsa, ja kasvattaa epiteeliä yhteen. (Hietanen ym. 2005, 31.) Granulaatiokudoksessa on verisuonia, epäkypsää kollageenia, valkosoluja, endoteelisoluja ja fibroblasteja. Fibroblastien tehtävänä on tuottaa kollageenia eli sidekudosta, joka korjaa ihon yhtenäisyyden yhdessä epitelisaation kanssa. Tehtävänä on myös muodostaa uusia verisuonia, sidekudosta, ja haavan kontraktio. Lisäksi tapahtuu epitelisaatiota. Haavan sulkeutuminen alkaa noin kahden vuorokauden jälkeen vaurion syntymisestä ja jatkuu kypsymisvaiheen aikana. Proliferaatiovaihe käynnistyy 4 - 5 vuorokautta vauriosta ja kestää noin muutaman viikon. (Kääriäinen 2006, 13.)

Maturaatio- eli kypsymisvaihe on viimeinen vaihe haavan paranemisessa. Tämä vaihe kestää kuukausista vuosiin. Kypsymisvaihe alkaa, kun epitelisaatio on päättynyt ja se on täynnä sidekudosta. Sidekudoksen määrä ei lisäännä haavassa, vaan se vahvistuu ja kiinteytyy. (Hietanen ym. 2005, 32.)

2.3 Haavan mekaaninen puhdistaminen

Haavan paranemista voidaan nopeuttaa mekaanisella puhdistuksella. Tällä voidaan vaikuttaa myös haavan bakteeritasapainoon ja liialliseen eritykseen. Haavan puhdistaminen kuolleesta kudoksesta ja vieraasta materiaalista edistää haavan paranemista. Mekaaninen puhdistus tarkoittaa, että haavasta poistetaan nekroottinen, fibriinikatteinen, infektoitunut kudoksesta tai kudoss jäämä, lika ja vierasmateriaali. (Eronen ym. 2006b, 6.)

Huono verenkierto tai haavassa oleva paine, joka estää verenkiertoa, aiheuttaa kuolleen kudoksen muodostumisen (Eronen ym. 2006b, 6). Kun kudoksesta alkaa kuolla, se muuttuu väriltään aluksi vaaleanharmaaksi, sitten kellertäväksi tai kellertävänruskeaksi. Lopulta haava muuttuu ruskeaksi tai mustaksi. Infektoitunut haava voi olla väriltään vihreä. Nekroottinen kudoksesta erittävissä haavassa on sitkeää ja nahkamaista. Kuollut kudoksesta kuivuu kiinni haavapohjaan ja reunoille päästään kosteutta läpi. (Hietanen ym. 2005, 72–73.)

Kuollut kudoksesta lisää riskiä haavan infektoitumiselle ja bakteerien muodostumiselle. Se pitkittää haavan paranemista sekä inflammaatiovaihetta. Granulaatio sekä epitelisaatio hidastuvat, jos kuollutta kudoksesta ei poisteta haavasta. Haavan luokittelu helpottuu, kun saadaan selville sen todellinen syvyys kuolleen kudoksesta poistamisen jälkeen. Mekaaninen puhdistaminen on yksi tehokkaimpia tapoja puhdistaa haavaa. (Eronen ym. 2006b, 6.)

Haavan puhdistustapaa valittaessa otetaan huomioon potilaan tilanne, haavan sijainti ja ominaisuudet, hoitotaidot ja välineet (Eronen ym. 2006b, 6). Kun haavaa puhdistetaan mekaanisesti, on tärkeää, että hoitajalla on riittävä ammattitaito tunnistaa kuollut kudoksesta terveestä kudoksesta (Hietanen ym. 2005, 73).

Ennen mekaanista haavan puhdistusta haavaa tarkkaillaan. Siitä katsotaan kudoksesta verenkierto, infektion merkit, eritteen väri, haju ja laatu. Jos epäillään, että kyseessä on pahanlaatuinen kudoksesta, sitä ei tule puhdistaa mekaanisesti ennen tarkempaa selvitystä sen laadusta. (Eronen ym. 2006b, 6.)

Mekaaninen haavan puhdistaminen aloitetaan suihkuttamalla haavaa vedellä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 507). Veden lämpötilan olisi hyvä olla noin 37 asteista. Haavaa suihkutellaan kahdesta viiteen minuuttia riippuen siitä, kuinka paljon haavassa on katetta ja kuinka kivulias potilas on. Suihkutuksen keston vaikuttaa myös haavaympäristön kunto. Suihkuttaessa apuna voidaan käyttää taitosta tai pesusientä, jolla poistetaan jo hieman kuollutta kudosta. Tämän jälkeen haava-alue kuivataan. (Eronen ym. 2006b, 6.)

Haavakudoksen granulaation edistämiseksi haavasta poistetaan instrumentein kuollutta kudosta. Instrumentteja, joita käytetään, ovat atulat, sakset ja kirurginen veitsi. (Iivanainen ym. 2006, 507.) Lisäksi kuolleen kudoksen poistoon voidaan käyttää haavakauhaa, anatomisia tai papukaija-atuloita ja kyrettiä (Eronen ym. 2006b, 7).

Jos haava alkaa puhdistuksen yhteydessä vuotaa verta, se merkitsee osumista terveeseen kudokseen (Iivanainen ym. 2006, 507). Verenvuodon vähentämiseksi voidaan käyttää vetyperoksiidiin kasteltuja taitoksia. Vetyperoksidin käytön jälkeen haava tulee kuitenkin huuhdella joko keittosuolalla tai vedellä. (Eronen ym. 2006b, 7.)

3 KIPU

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein” (IASP 1994, Halbergin, Kauppinen, Närhen & Salanterän 2006, 7 mukaan).

Kipu aiheuttaa kärsimystä ja heikentää monien ihmisten elämänlaatua. Pitkään jatkunut kipu vaikuttaa negatiivisesti toimintakykyyn ja ihmissuhteisiin. Sanalla kipu voidaan tarkoittaa tunnetta, kokemusta, elämystä tai aistimusta. Kipu ilmenee käyttäytymisen perusteella, kielellisesti tai ilmeillä ja eleillä. Kipu on sitä, mitä yksilö kertoo sen olevan eli henkilökohtainen asia ja sitä voidaan tarkastel-

la patologisestakin näkökulmasta. Tällöin, sen aiheuttajana on esimerkiksi kipuhermojärjestelmässä oleva häiriö. Toisaalta kipua voi olla myös henkistä, jolloin siihen ei liity kudosaauriota tai sairautta. (Estlander 2003, 12.)

Kun tarkastellaan potilaan käyttäytymistä ja tapaa ilmaista kipua, puhutaan kipukäyttäytymisestä. Kipua voi kuvailla sanoilla ja eleillä. Kipulääkkeen ottaminenkin ja lääkärin luokse hakeutuminen luetaan kipukäyttäytymiseksi. (Estlander 2003, 65–66.)

Kivun kokeminen tapahtuu monimutkaisten sähköisten ja kemiallisten tapahtumien kautta. Voimakkaan ärsykkeen kohdistuessa esimerkiksi ihoon, joka aiheuttaa kudosaaurion, syntyy reaktio, joka koetaan kipuna. (Kalso & Vainio 2002, 50–51.) Vaurioitunut kudos alkaa tuottaa kipua välittäviä aineita, ja nämä aineet johtavat kipureseptorien ärsytykseen. Syntyneet välittäjäaineet aiheuttavat kudoksissa kipua ja turvotusta. Elimistössä olevat kipureseptorit, joita kutsutaan nosiseptoreiksi, vaikuttavat hermoimpulssin syntymiseen. Tällöin kudosaauriota johtuva energia muuntuu hermoimpulssiksi. Tämä impulssi välittyy selkäytimeen ja aivoihin, jolloin se koetaan kipuna. (Sailo & Varti 2000, 31.)

3.1 Akuutti kipu

Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Näiden mekanismit, merkitys ja hoitotavat poikkeavat toisistaan. Lyhytaikaisen eli akuutin kivun aiheuttaa jokin elimellinen tekijä, joka voi olla haava, tulehdus tai leikkaus. Akuutti kipu lievenee vaurion parantuessa. (Vainio 2004, 17.)

Akuutti kipu toimii elimistön hälytysjärjestelmänä, jolloin se voi viestittää fyysisestä sairaudesta tai elimistön vauriosta (Estlander 2003, 16–17). Lisäksi se estää lisävaurion syntymisen väistöheijasteen avulla (Kalso & Vainio 2002, 86). Akuutin kivun paranemista nopeuttaa lepo ja kipualueen varominen, ja sitä hoitaessa tulisi huomioida kivun aiheuttaja, siitä aiheutuvan ahdistuksen ja pelon hoitaminen. (Estlander 2003, 16–17). Kivun syy on yleensä selvillä, joten se voi-

daan hoitaa. Riittävä kivunlievitys ja kudosaaurion paraneminen ovat akuutin kivun paranemisen edellytys. (Kalso & Vainio 2002, 87.)

Joskus äkillinen akuutti kipu voi olla niin voimakas, että se edesauttaa kivun muuttumista krooniseksi (Estlander 2003, 16–17). Akuutin kivun kroonistumiseen voi johtaa hoitamaton kudosaaurio sekä riittämätön kivunhoito. Siksi on tärkeää hoitaa kipu ajoissa ja riittävän hyvin. (Kalso & Vainio 2002, 87.)

3.2 Krooninen kipu

Kipu luokitellaan krooniseksi, kun se jatkuu vielä vaurion paranemisen jälkeen (Vainio 2004, 17). Aikarajana kroonisen ja akuutin kivun välillä pidetään 3-6kk. Akuuttiin kipuun verrattuna krooninen kipu ei varoita elimistöä, vaan voidaan käsittää sairautena tai syndroomana. Kivun määrittäminen krooniseksi ei ole yksiselitteistä. (Estlander 2003, 18.) Kipu voi jatkua, vaikka kudosaaurio on jo parantunut. Pitkittynyt kipu ja sen mekanismit eroavat toisistaan erilaisissa kiputiloissa. (Kalso & Vainio 2002, 87-88.)

Krooninen kipu voidaan jaotella patofysiologisen mekanismin mukaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu aiheutuu kudosaauriosta tai ärsytyksestä. Neuropaattinen kipu eli hermokipu aiheutuu epänormaalista kipuhermon toiminnasta. Idiopaattisesta kivusta puhutaan silloin, kun kivun aiheuttajalle ei ole löydetty selvää syytä. (Estlander 2003, 16.)

3.2.1 Nosiseptiivinen eli kudosaauriokipu

Nosiseptiivinen kipu eli kudosaauriokipu aiheutuu, kun reseptorit reagoivat potentiaaliseen kudosaauriosta johtuvaan ärsykkeeseen. Kudosaauriokivussa kipua aistiva järjestelmä on terve. Iskemia, kudosaaurio ja tuumori ovat tyypillisiä aiheuttajia kudosaauriokivulle. (Kalso, Haanpää, & Vainio 2009, 155- 156.) Kivun aiheuttajana on perustauti, joka aiheuttaa hallitsematonta kipua (Kalso & Vainio 2002, 88).

Ominaispiirteitä krooniselle kudosisvauriokivulle ovat kivun helpottuminen levossa ja sen rasituksessa voimistuminen. Tietynlainen kuormitus ja asento vaikuttavat kivun tuntemiseen. Se voi esiintyä särkevänä jomotuksena sekä pistävänä tunteena. (Huotari 2007b.)

3.2.2 Neuropaattinen eli hermovauriokipu

Neuropaattisessa kivussa hermojärjestelmän toiminnassa on vikaa, hermosolut ovat herkistyneet aistimaan kipua. Kivun oireina ovat pistely, puutuneisuus, polttava tunne ja tuntohäiriöt. (Kalso ym. 2009, 156.) Anatomisesti kipua voidaan jakaa keskushermosto- ja ääreishermostoperäiseen kipuun (Haanpää 2007).

Hermovauriokipu poikkeaa kudosisvauriokivusta sen syntymekanismin mukaan. Tässä kiputyypissä vika on kipua välittävässä hermossa. (Sailo & Vartti 2000, 33). Hermoston osan vaurio aiheuttaa pysyviä muutoksia kipua välittävissä hermoradoissa. Tämä aiheuttaa sen, että tavallinen kosketus voi tuntua kivuliana tai kipua voi kehittyä jatkuvaksi. (Kalso & Vainio 2002, 88.)

Neuropaattisen kivun kipujärjestelmä on monimutkainen, ja kivun mekanismeja on monia. Neuropaattisen kivun yhtenä syynä voi myös olla esimerkiksi välilevyn luiskahdus tai hermoa painava kasvain. Tällöin hermovaurio korjautuu, kun alkuperäinen aiheuttaja hoidetaan. (Kalso ym. 2009, 157.)

3.2.3 Idiopaattinen kipu

Idiopaattisen kivun taustalla ei ole kudosis- tai hermovaurio. Kivulle ei ole löytynyt somaattista syytä. Ahdistus ja levottomuus ovat tyypillisiä oireita idiopaattisesta kipusta kärsivällä henkilöllä. Idiopaattisen kivun kriteereille on ominaista, että kipua on kestänyt vähintään kuusi kuukautta ja potilaan kokemat kivut ovat suurempia kuin mitä tutkimuksissa saadut löydökset. (Sailo & Vartti 2000, 33–34.)

4 HAAVAKIVUN HOITO

Hyvä kivunhoito on keskeinen osa-alue haavaa hoidettaessa. Kipua on tärkeä arvioida ja se on yhtälailla mitattava asia, aivan kuten esimerkiksi verenpaine, diureesi ja lämpö. Jos kipua ei hoideta riittävästi, seurauksena on stressihormonien lisääntyminen. Lisäksi kudosten paraneminen hidastuu, infektiolle altistumisen riski kasvaa ja vastustuskyky heikkenee. (Kauppila 2008, 10.)

Haavapotilaan kivunhoidon tulee olla suunniteltua. Päätös, millä tavoin kipua hoidetaan, syntyy niin hoitohenkilökunnan, lääkärien, potilaan kuin läheistenkin yhteistyöllä. Hyvällä kivunhoidolla mahdollistetaan haavan paikallishoidon sujuvuus sekä edistetään elimistön toimintaa. Tällä tavoin myös potilaan pelot, ahdistus ja fysiologiset muutokset, kuten verenpaineen ja pulssin muutokset, lievenevät. Kivun hoidolla vältetään myös erilaisten lihaskrampien syntyä. On todettu, että haavan paraneminen edistyy, kun keuhko-, kardiovaskulaarinen ja gastrointestinaalinen toiminta paranevat kivun lievittyä. (Hietanen ym. 2005, 98.)

4.1 Haavakipua aiheuttavia tekijöitä

Haavakipu jaotellaan kudonsvaurio- ja hermovauriokipuun. Kudonsvauriokipuun voi liittyä akuutti ja krooninen tulehdus. Kudonsvauriokivun kesto on rajallinen, ellei haavan paraneminen pitkity. Haavan paranemisen ja tulehdusvasteen pitkittyessä haava ja sen ympäristö herkistyvät. (Briggs ym. 2004, 4.) Kudonsvauriossa vapautuu välittäjäaineita, ja tämän seurauksena paikalliset kipureseptorit aktivoituvat. Seurauksena on haavaympäristön ja haavan alla olevien kudosten herkistyminen. (Haavakipu 2011.)

Hermovauriokipu voi syntyä esimerkiksi trauman, infektion tai sairauden seurauksena, ja se voi aiheuttaa kivun kroonistumisen. Hermovauriokivussa ärsykkeet tuntuvat voimakkaina, jolloin esimerkiksi kevyt kosketus voi aiheuttaa voimakasta kipua. (Briggs ym. 2004, 4.) Hermovauriokipu on vaikea tunnistaa ja

hoitaa, mutta sen vähentämiseksi on tärkeää tunnistaa se ajoissa ja hoitaa sopivilla hoitomuodoilla (Wound pain assessment rationale 2005).

Haavakipua aiheuttavat monet tekijät. Voidaan puhua niin sanotuista kivun kerroksista, jotka on jaoteltu aiheuttajan perusteella. Haavahoidossa esiintyy taustakipua, liikekipua, toimenpiteeseen liittyvää kipua sekä operatiivista kipua. Haavankivun kokemiseen vaikuttavat myös psykososiaaliset ja ympäristötekijät. (Briggs ym. 2004, 5.)

Haavassa oleva taustakipu tuntuu levossa, ja se voi esiintyä jatkuvana tai ajoittaisena. Taustakivun syynä voi olla haavan aiheuttaja tai paikalliset tekijät. Haavan paikallisia tekijöitä ovat muun muassa iskemia, infektio ja maseraatio eli hautuminen. (Briggs ym. 2004, 5.) Kivun kokemiseen on osana myös haavan syntyperä ja huono verenkierto haava-alueella. Kun aiheuttaja on tunnistettu, kipua voidaan hoitaa tuloksekkaammin. (Wound pain assessment rationale 2005.)

Jotkin sairaudet, kuten esimerkiksi diabetes neuropatia, nivelreuma ja ihosairaudet, ovat osallisena taustakivun aiheuttamiseen. Haavaan liittymättömät tekijät voivat vaikuttaa taustakivun tuntemiseen. Näitä tekijöitä ovat muun muassa syöpä, nivelrikko ja vyöruusu. (Briggs ym. 2004, 5.)

Liikekipu syntyy päivittäisissä tilanteissa. Liikekipua esiintyy esimerkiksi sidosten liikkeessa tai yskimisen yhteydessä. (Briggs ym. 2004, 5.) Haavapotilas voi myös kärsiä liikekivusta, joka aiheutuu esimerkiksi silloin, kun sidokset hankkaavat. Liikekipua esiintyy myös päivittäisissä toimissa. (Korhonen 2006, 28.)

Toimenpiteen aikaisella kivulla tarkoitetaan kipua, jota esiintyy, kun haavaa puhdistetaan tai sidoksia vaihdetaan. Toimenpiteen aikaista kipua voidaan hoitaa lääkkeettömillä ja lääkkeellisillä menetelmillä. Operatiivinen kipu aiheutuu toimenpiteissä, jotka tekee yleensä erikoislääkäri. Tällöin kipu vaatii anestesiaa. (Briggs ym. 2004, 5.)

Psykososiaalisia ja ympäristötekijöitä, jotka täytyy huomioida yhtenä osana kivun hoitoa, on useita. Näitä tekijöitä ovat potilaan ikä, sukupuoli, aiemmat kokemukset kivusta ja kivun ilmaisemisen tapa. Lisäksi kokemiseen vaikuttavat ympäristö ja koulutustaso. Tärkeää on ottaa todesta potilaan ilmaisema kipu ja myös hänen arvionsa kivusta ja sen aiheuttajasta. (Briggs ym. 2004, 5.)

Kun lähdetään hoitamaan haavakipua, on tärkeää tietää kivun fysiologia sekä haavakivun monimuotoisuus. Lähtökohtana ovat yksilöllinen kivunhoito ja asian-
tunteva hoitohenkilökunta. Haavakivunhoidossa auttaa tarkka tilannearvio ja yksilöllinen kivun lääkkeellinen hoito. (Briggs ym. 2004, 4.)

Yksilöllisessä kivunhoidossa on huomioitava, että haavassa voi esiintyä useita kivun eri tyyppejä. Tällöin ei riitä, että hoidetaan pelkästään toimenpiteen aiheuttamaa kipua. Kipua, joka liittyy haavahoitoon, voidaan vähentää vain, jos mahdollinen tausta- ja liikekipu ovat hallinnassa. Oikein hoidettu haavakipu edistää haavan paranemista sekä parantaa potilaan elämänlaatua. (Briggs ym. 2004, 4.)

4.2 Lääkkeellinen hoito

Ennen lääkkeellistä kivun hoitoa tulee kiinnittää huomiota kivun laatuun, kestoon ja aiheuttajaan. Lisäksi huomioidaan potilaan sairaudet ja kontraindikaatiot eli vasta-aiheet, sekä potilaan paino ja ikä. Potilaan yliherkkyudet ja muut käytössä olevat lääkkeet tulee selvittää ennen kuin kipulääkettä määrätään. (Hietanen ym. 2005, 98–99.)

Haavakivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, opioidit ja depressio- sekä epilepsialääkkeet. Kivunhoidossa voidaan käyttää myös pintapuudutteita, kuten lidokaiinia, prilokaiinia ja ametokaiinia sisältäviä puudutusaineita. (Hietanen ym. 2005, 98-100).

Ennen haavan hoitoa tulisi kipulääkettä antaa ennaltaehkäisevästi. Lisäksi täytyy varata varalääke, jonka voi antaa toimenpiteestä aiheutuvan kivun lievittä-

miseksi. Kuitenkin tulisi suunnitella seuraava hoitokerta niin, ettei lisäkipulääkettä tarvittaisi. Toimenpiteen jälkeen kipulääkettä voidaan antaa hallitsemattoon ja jatkuvaan haavakipuun, mutta on asianmukaista tarkastaa jo menevät taustalääkkeet. Haavakivun hoitoon tulisi tehdä menettely- ja toimintaohjeet, jotta lääkemääräyskäytäntö olisi turvallista ja tehokasta. (Briggs ym. 2004, 8.)

On tärkeää asettaa haavakivun hoidolle realistiset tavoitteet. Joskus kivun hoitaminen on haasteellista, ja kaikkia potilaita ei saada välttämättä kivuttomiksi. Hyviä tavoitteita, joita voidaan asettaa, ovat esimerkiksi kivun minimointi ja epämukavuuden vähentäminen. Potilas on tärkeää huomioida hoidon aikana ja sovittuja hoitokäytäntöjä on noudatettava, jotta voidaan arvioida ja tarpeen tullen muuttaa kivun hoitoa. (Briggs ym. 2004, 2004, 8.)

4.2.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeet vähentävät haava-alueen turvotusta ja kipua. Samalla ne vähentävät haavan paranemisreaktion inflammaatio- eli tulehdusvaihetta (Hietanen ym. 2005, 99). Lääkkeen vaikutus perustuu tulehdusta aiheuttavien välittäjäaineiden muodostumisen estämiseen (Karvonen & Helin-Salmivaara, 2009). Tulehdusoireita poistavia kipulääkkeitä ovat vaikutusaineiltaan esimerkiksi ibuprofeini, ketoprofeini tai diklofenaakki. Kauppanimiltään nämä ovat esimerkiksi Burana (ibuprofeini), Ketorin (ketoprofeini) ja Voltaren (diklofenaakki). (Hietanen ym. 2005, 99.) Nämä lääkkeet soveltuvat käytettäväksi lievissä ja keskivaikeissa kiputiloissa (Vainio, 2009). Tulehduskipulääkkeitä käytetään akuutin ja kroonisen haavakivun hoidossa (Hietanen ym. 2005, 99).

Tulehduskipulääkkeiden vaikutus alkaa 30-60minuutissa ja kestää kuudesta tunnista jopa vuorokauteen riippuen valmistuksesta. (Sailo & Varti 2000, 204). Siksi haavakipua hoidettaessa tulehduskipulääke tulisi antaa 1-2 tuntia ennen suunniteltua haavanpuhdistusta. Tällöin lääkkeen vaikutus on suurimmillaan. Lääke vaikuttaa vähentäen sykkivää ja jomottavaa puhdistuksen aikaista ja jälkeistä kipua. (Briggs ym. 2004, 8.) Tulehduskipulääkkeitä käytettäessä tulee muistaa niiden kattovaikutus, joten määrättyä annostusta ei tulisi ylittää (Tuleh-

duskipuläläkkeet 2010). Myöskään useiden tulehduskipuläläkkeiden käyttö yhtä aikaa ei ole suotavaa saman vaikutustavan vuoksi (Vainio 2009b).

Tulehduskipuläläkkeillä on runsaasti haittavaikutuksia. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan häiriöt, allergiset reaktiot ja vaikutus veren hyytymistekijöihin. Lisäksi ne lisäävät riskiä sydämen ja munuaisten vajaatoimintaan. (Nurminen, 2001, 238–239.) Astmaatikkojen, verenohennusläläkkeitä syövien sekä munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden tulee välttää tulehduskipuläläkkeiden käyttöä. (Hietanen ym. 2005, 99.)

Haavakivun hoitoon voidaan käyttää myös haavasidosta, joka sisältää ibuprofeeniä. Kauppanimeltään tuote on Biatain-Ibu Soft-Hold- sidos. Materiaaliltaan se on pehmeä haavasidos, joka tarttuu hellävaraisesti haavaympäristöön. Samalla, kun sidos imee haavaeritettä, se luovuttaa haavaan kipuläläkettä, joka vaikuttaa pitkään. Valmiste voi vähentää jatkuvaa kipua haavassa sekä toimenpiteen aikaista kipua. Ennen sidoksen laittamista haavalle haava tulee puhdistaa. Sidoksen tulisi yltää 2 cm haavan reunojen yli. Samaa sidosta voi pitää haavalla enintään 7 vuorokautta riippuen eritteen määrästä ja haavan paranemisvaiheesta. Vasta-aiheita sidoksen käytölle ovat ibuprofeeni- tai aspiiriini allergia. (Iivanainen & Seppänen 2009-2010.)

Parasetamoli (vaikuttava aine), kauppanimeltään esimerkiksi Panadol, on tarkoitettu käytettäväksi lieviin kiputiloihin ja sillä ei ole tulehdusta poistavaa vaikutusta. Parasetamoli on tämän vuoksi hyvä vaihtoehto niille potilaille, joille tulehduskipuläläke ei sovellu käytettäväksi haittavaikutusten vuoksi. (Vainio, 2009b.) Parasetamolia käytettäessä haavakivun hoidossa, se annetaan 1-2 tuntia ennen haavan puhdistamista. Tällöin läläkkeen vaikutus on suurimmillaan. (Briggs ym. 2004, 8.) Parasetamolin vaikutus alkaa 30–60 minuutissa, ja sen vaikutus kestää 4-6 tuntia (Iivanainen & Syväoja 2008, 473). Läläkettä käytettäessä tulee muistaa sen maksatoksisuuden riski (Hietanen ym. 2005, 99).

4.2.2 Opioidit

Opioidien vaikutus tapahtuu keskushermoston opioidireseptorien kautta. Esimerkiksi morfiini, oksikoni ja petidiini kuuluvat opioideihin. (Hietanen ym. 2005, 99-100.) Opioideja käytetään keskivaikean tai vaikean kivun hoidossa. (Briggs ym. 2004, 8). On tutkittu, että opioidit ovat tehokkaita pitkäaikaisen kudosvauriokivun hoidossa. Ne jaetaan vaikuttavuuden mukaan mietoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin. (Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit 2009.)

Mikäli opioidilääkitystä tarvitaan, se aloitetaan miedoilla opioideilla. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi vaikuttavilta aineiltaan kodeiini (Panacod) ja tramadoli (Tramal). Näistä kodeiini on lyhytvaikutteinen, joten sen annostelun tulee olla säännöllistä. Tällä tavoin jatkuva kipu saadaan hallintaan. Kodeiini on yhdistelmävalmisteena tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin kanssa, jolloin sen vaikutus on tehokkaampi. (Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit 2009.)

Tramadolissa yhdistyvät opioidi- ja masennuskipulääkkeen vaikutukset. Tramadolilla on pitkävaikutteisena, jolloin saadaan tasainen vaikutus vähemmällä vuorokausiannoksella. On havaittu, että tramadoli on parempi vaihtoehto pitkäaikaisen- sekä hermoperäisen kivun hoidossa kuin muut miedot opioidit. Mikäli kipua ei saada riittävästi hallintaan miedoilla opioideilla, on syytä miettiä vahvemman opioidin antamista. (Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit 2009.)

Keskivahvoista opioideista ainoana käytössä olevana lääkkeenä on buprenorfiini. Lyhyen vaikutusaikansa vuoksi se soveltuu parhaiten käytettäväksi akuutin kivun hoidossa. Käytössä on huomioitava, ettei sitä tule käyttää samaan aikaan muiden opioidien kanssa, koska se heikentää niiden tehoa. (Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit 2009.)

Jos haavan puhdistamisen aiheuttaa potilaalle sietämätöntä tai hallitsematonta kipua, harkitaan vahvan opioidin antamista (Briggs ym. 2004, 8). Vahvoihin opioideihin kuuluvat muun muassa vaikuttavilta aineiltaan morfiini (Morphin), oksikodoni (Oxanest), ja fentanyl (Durogesic). Vahvat opioidit ovat hyvin soveltuvia etenkin akuutin kivun hoidossa annosteltaessa lääke lihakseen tai verenkierron kautta.

toon. Tällä tavoin saadaan aikaan nopea kivun lievitys. Pitkäaikaisessa kivun hoidossa käytetään pitkävaikutteista opioidia. Lääkitys koostuu suun kautta otettavista lääkkeistä tai lääkelaastareista. Vahvojen opioidien teho suurenee annosta lisättäessä eli niin sanottua kattovaikutusta ei ole. (Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit 2009.)

Yleisimpiä opioidien haittavaikutuksia ovat väsymys, ummetus, pahoinvointi ja riippuvuus (Hietanen ym. 2005, 99–100). Lisäksi opioidien haittavaikutuksia voivat olla suun kuivuminen ja hengityslama (Kalso ym. 2002, 140).

4.2.3 Depressio- ja epilepsialääkkeet

Depressio- ja epilepsialääkkeitä käytetään myös hoidettaessa kipua. Amitriptyliini kuuluu esimerkiksi depressiolääkkeisiin. (Hietanen ym. 2005, 100). Kivun hoidossa amitriptyliini on eniten käytetty, koska se on teholtaan hyvä (Vainio 2009a). Sitä käytetään kroonisen kivun hoitoon muun kipulääkityksen kanssa (Hietanen ym. 2005, 100). Se helpottaa kroonista kipua ja unen saantia (Vainio 2009a). Masennuslääkkeet vaikuttavat hidastavasti kipuviestin kulkuun hermosoluissa. On todettu, että ne ovat tehokkaita pitkäaikaisen kivun hoidossa. (Paakkari 2009.)

Amitriptyliinia käytetään pieninä annoksina kohottamaan kipukynnystä ja vähentämään tuskaisuutta. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat muistihäiriöt, väsymys, näköhäiriöt, suun kuivuminen, ummetus ja lihasheikkous. Kaikki eivät välttämättä kärsi haittavaikutuksista. (Lääketietokeskus 2010b.)

Hermovauriokipuun käytetään myös epilepsialääkkeitä, kuten esimerkiksi karbatsepiinia (Hietanen ym. 2005, 100). Sitä käytetään eniten kolmoishermostokipua, mutta sitä voidaan harkita käytettäväksi terävässä, sähköiskumaisessa tai tuikkivassa kivussa. Uusista epilepsialääkkeistä hermoperäisen kivun hoitoon on antanut lupaavia tuloksia gabapentinoidit ja pregabaliini. Tutkimuksissa on todettu, että gabapentinoidi tehoaa hyvin perifeeriseen neuropaattiseen kipuun,

mutta myös keskushermostoperäiseen kipuun. Tavallisimmat haittavaikutukset ovat väsymys, heitehuimaus ja päänsärky. (Epilepsialääkkeet 2011.)

4.2.4 Pintapuudutteet

Pintapuudutteita käytetään haavakivun lievittämisessä. Näiden vaikutus kohdistuu ihon hermopäätteisiin, jolloin kiputunto ihon pinnalla vähenee. Puudutteiden käyttö on helppoa. Yleisimpiä pintapuudutteita ovat vaikuttavana aineena lidokaiinia ja prilokaiinia sisältävä EMLA (kauppanimi) sekä lidokaiini eli Lidocain ja Xylocain-geelit (kauppanimet). Käytössä on myös prilokaiinivalmiste Citanest, joka käy henkilöille, jotka ovat yliherkkiä lidokaiinille. Puudutteita on myös saatavilla adrenaliinin kanssa, jonka vaikutuksesta verenvuoto vähenee. Kuitenkin kroonisen haavan hoidossa tulee käyttää adrenaliinitonta puudutetta, koska haavan verenkierto heikkenee entisestään. (Hietanen ym. 2005, 100–101.) Tulee muistaa, että pelkästään paikallispuudutteet eivät takaa riittävää kivunhoitoa (Briggs ym. 2004, 8).

EMLAa käytetään, kun halutaan saada aikaan ihon paikallispuudutus. Se poistaa vaikutusalueeltaan kipua tilapäisesti. Iholla voi kuitenkin tuntea paineen ja kosketuksen. Sitä käytetään ihon puuduttamiseen pienien toimenpiteiden yhteydessä. (Lääketietokeskus 2010a.) EMLA emulsiovoidetta voidaan käyttää säärihaavojen mekaanisen puhdistamisen yhteydessä. (EMLA emulsiovoide 2007).

Ihon pintapuudutuksen aikaan saamiseksi EMLAa levitetään paksu kerros siihen kohtaan mihin vaikutus halutaan. Sen jälkeen kohta peitetään peittositeellä, esimerkiksi muovikelmulla. (EMLA emulsiovoide 2007.) EMLAa käytettäessä voiteen täytyy antaa vaikuttaa vähintään puoli tuntia ennen haavan puhdistamista (Hietanen ym. 2005, 100–101). Kuitenkin 60 minuutin vaikutusaika saattaa lisätä puudutteen vaikutusta. Vaikutusajan jälkeen voide poistetaan ihoalueelta ja haavan puhdistaminen aloitetaan välittömästi. Mahdollisia haittavaikutuksia, joita EMLAsta voi ilmetä, ovat ihon lievä ärsytys, kuten kalpeus, punoitus, turvotus ja lievä polttava tunne. (EMLA emulsiovoide 2007.)

Xylocain-geeliä (kauppanimi) käytetään myös ihon pintapuuduttamiseen. Sillä saadaan aikaan tehokas ja nopea puutuminen. Vaikuttavana aineena valmis- teessa on lidokaiinihydrokloridi. Puudutettavasta alueesta riippuen vaikutus al- kaa yleensä nopeasti, noin viidessä minuutissa. Xylocainin vaikutus kestää 20- 30 minuuttia. Vasta-aiheita käytölle ovat yliherkkyys lidokaiinihydrokloridille tai muille samankaltaisille paikallispuudutteille. (Xylocain 2 % geeli 2008.)

4.3 Portaistettu kivunhoito

Kipua tulisi hoitaa mahdollisimman tehokkaasti ja niin, että kivunhoidosta aiheu- tuisi potilaalle vähän lääkkeistä aiheutuvia haittavaikutuksia. Kivunhoidon te- hokkuutta voidaan voimistaa käyttämällä eri mekanismein vaikuttavia kipulääk- keitä. Voidaan siis puhua portaistetusta kivun hoidosta. Lääkkeiden annosta voidaan pienentää vähentämättä kuitenkaan lääkkeen tehoa. (Kuusniemi 2008, 21.)

Haavakivun hoidossa voidaan soveltaa Maailman terveysjärjestön (WHO) laa- timaa portaistettua kivunhoidon mallia, joka on alun perin kehitetty käytettäväksi syöpäkivun hoitoon (Briggs ym. 2004, 7). Ensisijaiseksi kipulääkkeeksi valitaan joko laastarina tai suun kautta annosteltava lääke. Tätä käytetään niin kauan kuin saavutetaan riittävä kivun lievitys. Lääkitystä tehostetaan mahdollisimman lyhyellä viiveellä. (Huotari 2010.)

Lievän ja keskivaikean kivun hoidossa käytetään tulehduskipulääkkeitä tai pa- rasetamolia. Jos kipu ei näillä lievene, valitaan käyttöön mieto opioidi. Miedon opioidin kanssa voidaan jatkaa tulehduskipulääkkeen käyttöä, jos tulehduskipu- lääkkeillä on ollut helpottava vaikutus. Mietoihin opioideihin kuuluvat muun mu- assa kodeiini, tramadoli sekä buprenorfiini. (Huotari 2010.)

Mikäli kipu on keskivaikeaa tai vaikeaa, siirrytään portaikossa vahvoihin opioi- deihin tai morfiiniin. Vahvoja opioideja ovat esimerkiksi oksikodoni, metadoni ja fentanyl. (Huotari 2010.)

4.4 Lääkkeetön hoito

Lääkkeiden ohella on käytössä myös monia lääkkeettömiä kivun hoito- ja hallintamuotoja. Usein potilaat itsekin ovat halukkaita kokeilemaan erilaisia kivun hallintakeinoja. Potilailla voi myös olla omia toimintatapoja, jotka helpottavat kipua. Nämä on hyvä ottaa huomioon ja rohkaista potilasta käyttämään niitä, huomioiden kuitenkin, ettei niillä aiheuteta lisävahinkoa toimenpidealueelle. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat esimerkiksi asentohoito, kylmäpakkaukset, ohjaus, keskustelu, kuuntelu, hoitajan oikea asennoituminen sekä rentoutuminen. (Sailo & Vartti 2000, 124.) Yhtenä lääkkeettömänä kivunhoitomuotona on musiikin kuuntelu (Kulmala 2010, 15, 19).

Asentohoidolla pyritään saamaan potilaalle rentoutunut olo, jolloin kipu pysyy poissa pidempään ja paraneminen voi jatkua. Asentohoidon tehtävänä on myös ehkäistä ihorikkojen syntyä ja edistää verenkiertoa. Asentohoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi huolehtimalla vuoteen kunnosta sekä poistamalla kiristävät vaatekappaleet potilaalta. Tähän liittyy myös potilaan asennon kohentaminen usein, mikäli hän ei siihen itse kykene. Hengityksen ja verenkierron parantamiseksi potilasta ohjataan omatoimisesti liikuttelemaan raajojaan. (Sailo & Vartti 2000, 124.) Haavaa hoidettaessa potilaan asento huolehditaan hyväksi. Asennon tulee olla sellainen, että haava voi levätä rauhassa. Haavan turha kosketelu ja pitkäkestoinen paljaana oleminen on tarpeetonta. (Briggs ym. 2004, 8.)

Kylmäpakkauksia voidaan käyttää etenkin vammojen ja kroonisen kivun hoidossa. Kylmä poistaa iholta kipua vähentämällä ihon tuntoa, sekä hidastaa hermoärsykkeen kulkua. (Iiväninen & Syväoja 2008, 475.) Kylmä poistaa myös turvotusta (Sailo & Vartti 2000, 125).

Kivun lievittämiseksi ennen haavan hoitoa voidaan potilasta ohjata esimerkiksi itse irrottamaan haavasidokset, jolloin se voi tuntua hellemmältä (Wound pain assessment rationale 2005). Toimenpide olisi hyvä tehdä niin, että potilas voi itse osallistua siihen mahdollisimman paljon. Potilaan osallistuessa varmistetaan se, että mennään potilaan ehdoilla. (Briggs ym. 2004, 8.)

Keskustelun ja kuuntelun avulla voidaan positiivisesti vaikuttaa potilaan kokemaan kipuun. Hoitajan tehtävänä on kuunnella ja kysyä potilaan kivusta säännöllisesti. Potilaan kokema kipu voi olla myös psyykkistä ja siihen voi liittyä uskonnollisia asioita. Tämänkin vuoksi kuuntelu on tärkeää. Kivunhoidossa on avuksi turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä. Hoitotilannetta voidaan rentouttaa myös esimerkiksi hoitohenkilökunnan terveen huumorin ja iloisuuden keinoin. (Sailo & Vartti 2000, 126.)

Lääkkeettömässä kivun hoidossa lähtökohtana ovat valmistelu, suunnittelu ja ehkäisy. Hoitotilanteen ympäristö valitaan niin, että se on stressitön. Potilaalle kerrotaan toimenpiteen kulku, mitä aiotaan tehdä, niin että potilas sen ymmärtää. (Briggs ym. 2004, 8.) Toimenpiteen kulku selitetään potilaalle rauhallisesti ja kiireettömästi (Wound pain assessment rationale 2005).

Musiikin kuuntelu on yksi keino hallita kipua. On todettu, että se vaikuttaa positiivisesti kipulääkkeiden tehoon ja mielialaan. Se vähentää myös akuuttia kipua, laskee verenpainetta, sykettä ja hengitystaajuutta. Musiikki vaikuttaa myönteisesti happisaturaatioon sekä immuunijärjestelmään. Hoitaja tai potilas itse valitsee musiikin. Musiikki on tehokas ja edullinen kivunhoitomuoto. (Kulmala 2010, 16.)

Lisäksi haavaa hoitaessa on tärkeää tunnistaa haavakipua aiheuttavat tekijät ja välttää niitä. Kipua pahentavat esimerkiksi tiukat sidokset ja kääreet, sekä niiden liikkuminen. Liiallista teipin käyttöä sekä haavapinnan turhaa pyyhkimistä tulisi välttää. Haavasidosten rauhalliseen poistamiseen on varattava riittävästi aikaa, sillä se vähentää potilaan ahdistuneisuutta eikä vahingoita haavaympäristön kudoksia. (Wound pain assessment rationale 2005.)

4.5 Haavakivun arviointi ja mittaaminen

Haavakivun mittaaminen on yksi perusperiaatteista kipua arvioitaessa, ja sen tulisi toimia hoidon lähtökohtana. Samaa mitta-asteikkoa tulisi käyttää läpi koko

haavanhoitoprosessin hoidon yhteneväisyyden varmistumiseksi. (Wound pain assessment rationale 2005.)

Haavakivun hoidon lähtökohtana on alkuarviointi. Lääkäri tekee kipukartoituksen ja selvittää tausta-, liike- ja toimenpiteeseen liittyvän kivun. Arvioinnin yhteydessä potilaan tunteet ja kokemukset sekä odotukset tulisi ottaa huomioon. (Briggs ym. 2004, 5.)

Haavakivun arviointia tulisi tehdä aina haavaa hoidettaessa. Arviossa tulisi määrittää kivun vaikeusaste ja mahdollinen kivun lisääntyminen. Hoitajan olisi tärkeää kirjata kivusta, jotta kivun muuntumista voidaan seurata. Potilaan kokemaa kipua tulee arvioida ennen haavahoitoa, haavaa hoidettaessa sekä haavahoidon jälkeen. Kun arvioidaan kipua, tulee kirjata mahdolliset kivun muutokset, kuten kivun paheneminen tai helpottuminen. Näin voidaan seurata, mihin suuntaan kipu on kehittymässä ja pystytään tarvittaessa aloittamaan ennaltaehkäisevä kipulääkitys. (Briggs ym. 2004, 5.)

Kipua arvioitaessa tulee aina huomioida potilas ja kysyä häneltä itseltään kivusta ja sen kokemisesta. Kivun arviointia voi vaikeuttaa esimerkiksi iäkäs potilas tai potilas, joka on ahdistunut, kiihtynyt tai levoton. Tällöin hoitajan on varattava enemmän aikaa huolenpitoon ja potilaan kärsimyksen lievittämiseen. Potilaan kivunilmaisemiseen vaikuttavat ikä, kulttuuri ja kivun erot kivun kokemisessa. (Briggs ym. 2004, 5.)

Haavaa hoitavan henkilökunnan tulee tarkkailla potilasta ja kysyä häneltä miltä kipu tuntuu ja mikä kivun aiheuttaa. Lisäksi haavaa hoidettaessa tulee seurata mahdollisia infektiota ja tulehdusten merkkejä jotka voivat vaikuttaa kivun kokemiseen. Näitä merkkejä voivat olla muun muassa punoitus, kuumotus, haavan paheneminen sekä hidas paraneminen. (Briggs ym. 2004, 5.)

Kivun mittaamisen tarkoituksena on lievittää kipua ja optimoida haavan paranemista. Kivun arviointi on ensiarvoisen tärkeää. Sillä saadaan tietoa mahdollisesta kivun pahenemisesta, infektiosta tai vääränlaisten haavanhoitotuotteiden

käyttämisestä. Jos kivunhoito on asianmukaista, potilaan kokema kipu vähenee. (Briggs ym. 2004, 5.)

Kun potilaan kipua aletaan arvioida, sen pohjana on potilaan oma kertomus kokemastaan kivusta. Kuunnellessa tulee huomioida tapa ja sävy millä tavoin potilas kivustaan kertoo. Myös kivun kertomisen kesto voi viitata siihen, kuinka suuressa osassa potilas kokee kivun roolin elämässään. Esimerkiksi seuraavat kysymykset voivat antaa lisää informaatiota kivun luonteesta: "Milloin kipu on alkanut?", "Miten kipu on alkanut?", "Miltä kipu tuntuu? Onko se esimerkiksi kuumottavaa, pistävää, polttavaa tai jomottavaa?", "Paheneeko kipu liikkeessä tai levossa?", "Vaikuttaako kipuun kylmä tai kuuma?". (Sailo & Varti 2000, 99.)

Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia kipumittareita, joita voidaan käyttää apuna kivun voimakkuuden selvittämiseksi. Mittareita ovat esimerkiksi VAS- kipujana, kipusanasto, numeerinen arvio ja visuaalinen kipumittari. VAS- kipujana on muovinen viivain, jossa on kiilan kuva, jonka alla on myös numeeriset arvot nolasta sataan. Kivun voimakkuuden voi osoittaa siirtämällä viivaimessa olevaa osoitinta sopivaan kohtaan. Kiilan kapein kohta ilmaisee, että kipua ei ole, numeraalisesti tämä on nolla. Paksuin kohta kiilassa ilmaisee pahinta mahdollista kipua ja on numeerisesti sata. Ennen kivun mittaamista potilaalle kerrotaan VAS- kipujan periaate. Kipujana helpottaa potilaan kokeman kivun ymmärtämistä, myös tilanteissa joissa kivun ilmaisemiseen ei löydy sopivia sanoja tai potilas ilmaisee kipuaan eri kielellä. (Sailo & Varti 2000, 102–103.)

Kipua arvioitaessa sanallisesti potilas kertoo kuvaavin sanoin kivustaan. Sanoja, joita potilas voi käyttää, ovat esimerkiksi "ei kipua", "lievä kipu", "kohtalainen kipu", "voimakas kipu", ja "sietämätön kipu". Mahdollista on myös yhdistellä sanallista ja numeraalista kipumittaria. Numeraalisessa arviossa potilas kertoo kokemansa kivun asteikolla 0-10, jolloin nolla on "ei kipua" ja kymmenen "sietämätön kipu". (Hietanen ym. 2005, 96–98.)

Visuaalista kipuasteikkoa käytetään, kun potilas ei osaa sanoin kuvailla kipunsa suuruutta. Visuaalisessa kipuasteikossa käyttökelpoinen on esimerkiksi lapsille tarkoitettu kasvomitari. (Hietanen ym. 2005, 98.) Kasvomittarissa on viidestä

yhdeksään erilaista ilmettä, riippuen mittarista. Ilmeet ilmaisevat iloa ja surua. Kasvomittari soveltuu hyvin käytettäväksi vanhuksilla, jolloin he voivat kokea sen helpommaksi kuvailemaan tunteuksia. (Sailo & Vartti 2000, 103,105.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli päivittää ja lisätä hoitohenkilökunnan tietoa haavakivun hoidosta osana haavan mekaanista puhdistusta. Opinnäytetyön toteutustapa oli toiminnallinen. Tehtävänäme oli suunnitella ja toteuttaa kolme saman sisällöistä osastotuntia kyseisestä aiheesta. Kokosimme aiheesta tiivistetyn PowerPoint- esityksen, jonka pidimme Pohjois-Karjalan keskussairaan operatiivisen klinikkaryhmän osastojen 1G, 2A/C, 2B, 2G ja kirurgian poliklinikan hoitohenkilökunnalle.

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT

6.1 Toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toteutus sekä raportointi. Toiminnallisen toteutuksen voi tehdä kirjan, kansion, vihkon, portfolion, kotisivun tai tapahtuman muodossa. Muita toteutustapoja toiminnalliseen opinnäytetyöhön ovat toiminnan kehittäminen tai sen järjestäminen. (Vilkka & Airaksinen 2004, 9.) Toiminnan muuttaessa tai työtä kehittäessä toiminnallinen tutkimus on käyttökelpoinen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 133).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä olisi hyvä löytää työlle toimeksiantaja. Tämä on hyödyksi näyttäessä osaamista, joka lisää työelämän kiinnostusta opinnäytetyön tekijään ja auttaa työllistymään. Opinnäytetyön prosessi kehittää ja tukee ammatillisuutta. (Vilkka & Airaksinen 2004, 16- 17.) Koimme toiminnallisen opinnäytetyön mielekkääksi toteuttaa, sillä saimme itse ideoida opinnäytetyön aiheen, sekä suunnitella ja toteuttaa osastotunnit. Tämä lisäsi motivaatiota teo-

riapohjan kokoamiseen, koska tiesimme, että osastotunneilla toimimme tämän aiheen asiantuntijoina.

Aluksi aihe ideoidaan eli tehdään siitä aiheanalyysi. Aiheen tulisi olla käytännönläheinen sekä työelämälähtöinen. Aihevalinta on hyvä, jos se liittyy koulutusohjelman opintoihin. Aiheanalyysiä tehdessä on tärkeää, että tekijä tuntee voivansa syventää asiantuntemustaan aiheestaan. Lisäksi aiheen tulisi olla ajankohtainen tai tulevaisuuteen suuntaava, jolloin se lisää myös toimeksiantajan mielenkiintoa. (Vilkka & Airaksinen 2004, 10, 23.) Oman työmme ideointiin ja kehittelyyn vaikutti se, että aihettamme ei koulutusohjelmassamme käsitellä paljoa. Tämän vuoksi halusimme syventyä aiheeseen. Lisäksi toimeksiantajamme kertoi, että aihe on aina ajankohtainen ja että tiedon päivityksiä tarvitaan. Tämän vuoksi koemme, että työmme aihe on tärkeä tulevaisuutta ajatellen, ja omaa ammatillisuutta ajatellen.

Toiminnalliselle opinnäytetyölle olisi hyvä tehdä toimintasuunnitelma, koska toiminnan täytyy olla suunniteltua, harkittua ja perusteltua. Lähtötilanne on hyvä selvittää, jolloin kartoitetaan kohderyhmä, työn tarpeellisuus, aiheesta löytyvät lähdekirjallisuudet, tutkimukset, sekä aiheesta esillä olevat keskustelut. (Vilkka & Airaksinen 2004, 26- 27.) Omaa toimintasuunnitelmaa teimme syksyn 2010 aikana, jolloin kehittelimme opinnäytetyömme prosessia ja toimintatapoja. Saimme valmiiksi toimintasuunnitelmamme joulukuussa 2010, jolloin se myös hyväksyttiin.

6.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä

Aiheanalyysiä mietittäessä on otettava huomioon opinnäytetyön kohderyhmä ja sen tarvittava raja. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tavoitteena, että ihmiset osallistuvat toimintaan, tapahtumaan tai toiminnan kehittämiseen oppaan, ohjeistuksen tai tuotoksen avulla. Toiminnallisen opinnäytetyön sisällön määrittää kohderyhmä. (Vilkka & Airaksinen 2004, 38, 40.)

Mielenkiinnon ja samalla idean opinnäytetyömme aiheesta, haavakivun hoito osana haavan mekaanista puhdistusta, saimme koulussamme pidetyllä haavanhoidoluennolla alkukeväällä 2010. Esittelimme ideamme opinnäytetyön aiheesta luennoimassa olleelle auktorisoidulle haavahoitajalle ja samalla kysyimme hänen mielipidettään aiheestamme ja mahdollisesta toimeksiannosta. Kävi ilmi, että tietoa ja tiedon päivittämistä tarvitaan haavakivun hoidosta osana haavan mekaanista puhdistusta. Saimme opinnäytetyöllemme toimeksiantajan, sekä asiantuntijaohjaajan. Työmme toimeksiantaja oli Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, operatiivisen klinikkaryhmän osasto 1G.

Kävimme keskustelua toiminnallisen opinnäytetyön toteutustavasta asiantuntijaohjaajamme kanssa. Tällöin syntyi ehdotus, että toteuttaisimme toiminnallisen osuuden osastontuntien muodossa. Näin kohderyhmäksi valikoitui operatiivisen klinikkaryhmän osastojen 1G, 2A/C, 2B, 2G ja kirurgian poliklinikan hoitohenkilökunta. Osastotuntien materiaalin kokosimme kohderyhmää ajatellen. Samalla kirjoitimme toimeksiantosopimuksen (liite 1).

Ensimmäisenä tulisi tehdä tarkka aiheanalyysi ja rajata aihe hyvin. Työn kautta on pystyttävä syventämään omaa asiantuntemustaan. Aihe on hyvä, jos se on tarpeellinen, ajankohtainen ja jatkossa kehitettävä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23.) Kun toiminnallisen osuuden toteutustapa ja kohdejoukko oli tiedossamme, aloimme rajata aiheitamme kohdejoukolle sopivaksi. Keskustelimme asiantuntijaohjaajamme kanssa opinnäytetyömme aiheen rajauksesta ja siitä, mistä päivitystä ja uutta tietoa eniten tarvitaan. Saimme selville, että tiedon päivittämistä tarvitaan haavakivusta ja sen huomioimisesta, kun haavaa puhdistetaan mekaanisesti.

Teimme laajan kirjallisuuskatsauksen selvittääksemme työmme teoriapohjan. Etsiessämme materiaalia työhömmme huomasimme, että aiheesta oli niukasti saatavilla aikaisempaa kirjallisuutta. Haavakivun hoidosta ei löytynyt itsenäisiä teoksia. Löysimme kuitenkin työhömmme aihetta koskevia artikkeleita, niin suomeksi kuin englanniksikin. Näistä saimme uutta ja tutkittua tietoa. Muuta kirjallisuutta oli paljon saatavilla haavoista ja niiden hoidosta sekä kivusta ja kivunhoi-

dosta. Näistä teoksista saimme tarvittavan määrän tietoa syventyäksemme aiheeseen.

Tärkeää oli, että rajasimme aiheemme tarkasti. Aihetta rajatessamme, emme kuitenkaan halunneet jättää pois tärkeitä osa-alueita, jotka liittyivät haavakivun hoitoon osana haavan mekaanista puhdistamista. Kokonaisvaltaisen haavakivun hoidon saavuttamiseksi kuuluu tietää haavan syntyperä, haavan mekaanisen puhdistuksen toteutus, kivun fysiologia, haavakipu ja sitä aiheuttavat tekijät, sekä haavakivun hoitomuodot. Näistä aihealueista muodostui opinnäytetyömme teoriapohja, ja aihealueet tukevat toinen toistaan.

6.3 Toiminnallisen osuuden toteutus

Vilkka ja Airaksinen kertovat teoksessaan ”Toiminnallinen opinnäytetyö” toiminnallisen opinnäytetyön rakenteesta ja vaatimuksista. Vaikka työ on toiminnallinen, sen on silti täytettävä tutkimusviestinnän vaatimukset. Raportin tulee olla teksti, josta käy ilmi, mitä on tehty, miten ja miksi. Raportissa kuvataan siis koko työprosessi omaa toimintaa ja oppimista arvioiden. Raportin lisäksi toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotos. (Vilkka & Airaksinen 2004, 65.)

Lisäksi toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulee huomioida lähdekriittisyys. Aihetta voi tarkastella monesta eri näkökulmasta. Mikäli samasta aiheesta löytyy useampia tutkimuksia, niitä tulee käyttää harkiten ja vertailla niistä saatuja tuloksia. Lähteitä etsiessä täytyy alustavasti jo katsoa kuinka paljon aiheesta on kirjoitettu ja mitkä ovat aiheen tiedonlähteen auktoriteetit. Mikäli lähteissä toistuu useasti sama tekijä, hän on todennäköisesti tunnettu alallaan. (Vilkka & Airaksinen 2004, 72.)

Koska saimme idean opinnäytetyön aiheestamme varhain, pystyimme aloittamaan lähteiden etsimisen ajoissa. Tämän koimme tärkeäksi työmme edistymisen kannalta, koska lähteitä oli hankala löytää. Teoksia ja artikkeleita etsiessämme huomasimme, että lähteissä oli usein samoja tekijöitä. Näin saimme työhöemme alan asiantuntijoiden tekemiä teoksia ja artikkeleita.

Jo prosessin alkuvaiheessa saimme tietää, että tulemme pitämään kolme osastotuntia, jotka ovat kestoaltaan 45 minuuttia. Tämän vuoksi käsittelimme tunnilla vain lyhyesti haavojen ja kivun jaottelun. Pääpaino esityksessämme oli kivulla, haavakivun hoidolla ja haavan mekaanisella puhdistamisella. Näin pystyimme kiinnittämään huomiota opinnäytetyömme laajuuteen ja tarvittavaan teorian tietoon. Tämän pohjalta aloimme muodostaa esitystämme osastotunneille. Sitä tehdessämme jouduimme tiivistämään aiheemme sopivaksi kokonaisuudeksi.

6.4 Osastotuntien suunnittelu

Olimme saaneet kerättyä teorian tietoa paljon joulun 2010 mennessä. Tämä teoriapohja toimi viitekehyksenä, kun aloimme tehdä luentomateriaalia osastotunneille. PowerPoint-esitystä aloimme koota tammikuussa 2011. Valitsimme sen esitysmuodoksi, sillä se oli selkein tapa luennoida ja havainnollistaa aiheemme.

Halusimme PowerPoint-esitykseen myös kuvamateriaaleja havainnollistamaan esitystämme. Keskustelimme mahdollisista valokuvista yhdessä asiantuntijaohjaajamme kanssa jo työmme alkuvaiheessa. Tällöin hän ehdotti, että olisimme yhteydessä kirurgian poliklinikan auktorisoituun haavahoitajaan. Kirurgian poliklinikalla tehdään paljon haavahoitoja ajanvarauksellisesti.

Otimme yhteyttä kirurgian poliklinikan auktorisoituun haavahoitajaan syksyllä 2010 ja ehdotimme mahdollista yhteistyötä. Tällöin ehdotimme, että tulisimme itse kuvaamaan haavan mekaanisen puhdistuksen toteutuksen, kun sopiva ja kuvaukseen suostuva potilas löytyisi. Hän suostui yhteistyöhön kansamme. Kävi kuitenkin ilmi, että meidän olisi hankala toteuttaa kuvaus käytännön järjestelyjen kannalta. Tämä siksi, koska tuolloin kirurgian poliklinikalla kävi potilaita vain kertaluonteisesti haavahoidoissa. Tällöin emme pystyneet sopimaan ennalta kuvausajankohtaa.

Saimme kuvauksen sovittua auktorisoidun haavahoitajan kanssa niin, että hän ottaa kuvat, kun sopiva potilas hänen vastaanotolleen saapuu. Kuvat työhöemme

saimme maaliskuussa 2011. Saimme myös oikeudet käyttää valokuvia työssämme. Sopimus oli suullinen. Lisäksi käytimme PowerPoint-esityksessä ClipArt-kuvagallerian kuvia.

Olimme sähköpostitse yhteydessä asiantuntijaohjaajaamme tulevista osastotunneista ja niiden ajankohdasta. Asiantuntijaohjaajamme oli alustavasti keskustellut työstämme osastonhoitajien kokouksessa, joten yksiköissä on tietoa tulevista osastotunneista. Yhteydenotot osastoille teimme sähköpostitse (liite 2), jossa kerroimme aiheestamme ja osastotuntien sisällöstä sekä tarkoituksesta. Suunnittelimme pitävämme osastotunnit kuudelle operatiivisen klinikkaryhmän osastoille, joten päädyimme ratkaisuun, että yhdistämme kaksi osastoa. Näin muodostui yhteensä kolme osastotuntia. Saadaksemme kaksi osastoa samaan osastotuntiin, meidän täytyi ottaa yhteyttä yksiköiden osastonhoitajiin.

Ehdotimme ajankohdaksi viikkoa 14 huhtikuussa 2011. Saimme osastoilta vastauksia pian sopivista ajankohdista. Näin varmistuivat, mitkä osastot ovat yhdessä osastotunnilla, tilat ja päivämäärät. Keskiviikkona 6.4.2011 pidimme osastotunnin osastoille 2A/C klo 14.30–15.30. Torstaina 7.4.2011 osastotuntiin osallistuivat osastot 1G ja kirurgian poliklinikka klo 14.30–15.30. Perjantaina 8.4.2011 osastotunti oli osastoille 2B ja 2G klo 14.00–15.00.

Saatuamme tietoon osastoille sopivat ajankohdat ja paikan, teimme viralliset kutsut (liite 3), jotka toimitimme henkilökohtaisesti osastoille. Näin ne olivat muistutuksena osaston työntekijöille ja mahdollisesti vaikuttivat positiivisesti osallistujalukumäärään.

Samalla suunnittelimme palautelomakkeen (liite 4), jolla kartoitimme työmme mahdollisen onnistumisen ja hoitajien kokeman hyödyn. Suunnittelimme lomakkeeseen monivalintakysymyksiä, jotka antoivat vastaajille mahdollisuuden valita sopivin vastausvaihtoehto kysymyksiin. Kysymykset muotoilimme lyhyiksi ja vastausvaihtoehdot olivat a, b, c, ja d. Kysymyksillä halusimme saada selville oliko osastotuntien aihe kiinnostava, tärkeä sekä kokivatko osallistujat tunnin sisällön selkeäksi ja aihetta vastaavaksi. Kysyimme myös, päivittikö tai lisäsikö

käsittelimämme aihe osallistujien tietoja. Palautteen loppuun jätimme tilaa vapaamuotoiselle palautteen antamiselle esityksestä.

Suunnittelimme osastotuntien kulkua ennen esityksen pitoa. Harjoittelimme myös esityksen lukemista ääneen, jolloin se antoi varmuutta esiintymiseen ja viitteitä ajankäytöstä. Osastotuntien kulun suunnittelimme seuraavanlaiseksi: Ennen varsinaista aiheitamme esittelimme itsemme ja käymme opinnäyte-työmme tarkoituksen sekä idean aiheen syntymiseen. Tämän jälkeen käymme osastotunnilla läpi ne aiheet, joita käsittelimme. Ennen teoriaosuuden alkamista rohkaisimme osallistujia kysymään ja kommentoimaan ja sen jälkeen siirryimme pitämään teoriaosuutta aiheestamme.

Tärkeä osa työtämme oli kerätä palaute osastotunteihin osallistuneilta. Tätä varten teimme palautelomakkeen, jonka jaoimme osallistuneille. Palautteen antamiselle ja keskustelulle 45 minuutista varasimme aikaa 15 minuuttia. Tuntien päätteeksi jätimme PowerPoint-esityksestä tehdyn tiivistelmäversion osastoille (liite 5).

6.5 Kolme osastotuntia

Pidimme kolme osastotuntia 6.- 8.4.2011 Pohjois- Karjalan keskussairaalassa. Jokaiseen osastotuntiin oli varattu aikaa 45 minuuttia. Yhteensä osastotunneille osallistui 31 henkilöä. Palautteita saimme 30 kappaletta. Palautteen antajista sairaanhoitajia oli 25, perushoitajia 1 ja hoitoalan opiskelijoita 4.

Ensimmäisen osastotunnin pidimme osastoille 2A ja 2C. Osastotunnin paikkana oli 2C:n henkilökunnan taukotila, jossa oli valmiina esitykseen tarvittava laitteisto. Osastotunnille saapui 11 hoitajaa, ja pääsimme aloittamaan tunnin suunnitellusti eli klo 14.30. Tunnin aluksi esittelimme itsemme ja työmme tarkoituksen. Rohkaisimme myös osallistujia kysymään aiheesta ja kommentoimaan sitä.

Tämän jälkeen siirryimme PowerPoint-esitykseen, jossa kävimme opinnäyte-työmme teoriapohjan tiivistetysti läpi. Esityksemme kesti 35 minuuttia, jonka

jälkeen syntyi vapaamuotoista keskustelua aiheesta. Samalla jaoimme osallistujille palautelomakkeet. Palautelomakkeen täytön jälkeen lopetimme osastotunnin klo 15.15. Aikataulullisesti osastotunti meni suunnitelmien mukaisesti. Kaikki tuntiin osallistuneet täyttivät palautelomakkeen ja saimme myös suullista palautetta esityksestämme.

Kaikki ensimmäisen osastotunnin palautteenantajista pitivät aihetta kiinnostavana. Yhdeksän vastaajista piti aihetta tärkeänä ja kaksi osittain tärkeänä. Kaikki vastaajat kokivat, että esityksen sisältö oli selkeä ja aihetta vastaava. Viimeisenä kysymyksenä palautelomakkeessa oli ”Koetteko, että osastotunti päivitti/lisäsi tietojasi ko. aiheesta?”. Tähän kahdeksan hoitajista vastasi kyllä. Perusteluina oli muun muassa ”Muistutti tärkeästä asiasta – miten haavakipua tulisi huomioida ja hoitaa”, ”koska on pitkä kun on haavahoitojen kanssa tekemisissä, oli hyvä saada ”uutta” tietoa”, ”Hyvää kertausta+ lisätietoa”. Vastaajista kaksi ei osannut sanoa päivittikö tai lisäsikö esitys tietoa. Yksi hoitajista vastasi ”ei”, perustellen: ”Omaan erikoisalaan kuuluu jo aika laaja tieto+ taitotaso kivunhoidosta”.

Palautelomakkeen lopussa meillä oli tilaa vapaalle palautteelle. Suurin osa oli kirjoittanut palautetta. Vapaata palautetta saimme muun muassa seuraavasti:

”Hienosti esitetty. Olitte hyvin perehtyneitä aiheeseen ja Power-Point oli selkeä ja olitte napakasti rajanneet aiheen.”

”Esitys luonteva ja esitelty joustavasti sekä vakuuttavasti – tietoa on tarinan pohjalla. Kokeneelle hoitajalle paljon tuttua tietoa mutta silti ajatuksia herättävää. Haavakipuhoito on varmasti alihoidettua ainakin joissain tilanteissa ja vaatii enemmän huomiota.”

” – selkeät diat+ ulkoinen asu siisti, - mol. esitys selkeä ja kuuluva, - ammatimaisesti esitetty”

Toisen osastotunnin pidimme osastolle 1G ja kirurgian poliklinikalle. Esityspaikana oli kirurgian poliklinikan päiväsal. Päiväsalissa oli myös tarvittavat laitteet esityksen pitämiseen valmiina asennettuna. Osastotunnille osallistui 12 hoitajaa. Aloitimme osastotunnin klo 14.30 alkuesittelyllä, josta siirryimme suoraan

PowerPoint-esitykseen. Esityksemme kesti 30 minuuttia, jonka jälkeen annoimme mahdollisuuden vapaaseen keskusteluun ja kommentointiin. Samalla jaoimme myös palautelomakkeet osallistujille. Lopetimme osastotunnin klo 15.10 eli viisi minuuttia suunniteltua aikaisemmin. Teoriaosuuden käsittely meni hieman nopeammin kuin ensimmäisellä osastotunnilla. Palautteisiin vastasi 11 hoitajaa, ja saimme myös suullista palautetta.

Kaikki vastaajista pitivät aihetta kiinnostavana ja tärkeänä. Enemmistö vastaajista oli myös perustellut miksi, aihe on kiinnostava. Kommentteja olivat esimerkiksi ” Jokapäiväistä potilaan hoitoa, kipua ei aina huomioida pot. hoidossa”, ”Jatkuvasti ajankohtainen aihe”, ” Kivunhoito on tärkeää haavan mekaanisen puhdistuksen yhteydessä”, ”Haavakivun hoidosta on vähän tietoa”. Kaikki vastaajista myös kokivat sisällön selkeäksi ja aihetta vastaavaksi. Hoitajista kymmenen koki, että osastotunti päivitti/lisäsi tietoja. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, päivittikö tai lisäsikö osastotunti tietoja. Saatuja perusteluja kysymykseen olivat muun muassa: ” Päivitti tietoa kivunhoidosta ja menetelmistä”, ”haavakivun hoitokeinoista uutta tietoa”, ” ei ole paljon aikaisempaan kokemusta”, ”kertaus on aina tarpeellista”, ”haavahoitoja lähes päivittäin, kipulääkitystä ei riittävästi huomioida”.

Suurin osa vastaajista oli antanut myös vapaata palautetta, joita olivat esimerkiksi:

” Aiheeseen oli hyvin paneuduttu! Paljon hyvää asiaa!”

” Paljon tietoa, hyvin käytetty erilaisia lähteitä. Valokuvaikin mukana, olisiko voinut olla enemmänkin? Hyvä, kun oli kipulääkkeistäkin tietoa, ytimekäs esitys.”

”Hyvä ja selkeä esitys keskeiset asiat tuli kerrottua kiitos”

Viimeisen eli kolmannen osastotunnin pidimme osastoille 2B ja 2G. Esitystilana oli 2G:n päiväsalin. Alussa aikaa meni hieman pidempään esityslaitteiden asentamiseen, mutta pääsimme aloittamaan osastotunnin klo 14.10. Tämä ei kuitenkaan haitannut, koska odotimme myös osasto 2B:n hoitajia paikalle. Saimme tiedon, että he eivät pääse osallistumaan osastotuntiin. Osastotunnille osallistui

kahdeksan hoitajaa. Alussa esittelimme itsemme ja aiheen. Tämän jälkeen kävimme teorian läpi. Teoriaosioon meillä kului aikaa noin 30 minuuttia, jonka jälkeen syntyi keskustelua aiheesta. Keskusteluun ja palautteen antamiseen kului 10 minuuttia, joten osastotunti päättyi klo 14.50. Saimme palautetta kaikilta osallistuneilta.

Palautteeseen vastanneista kaikki pitivät aihetta kiinnostavana. Tärkeänä aihetta piti seitsemän vastaajaa, yksi osittain tärkeänä. Perusteluja aiheen kiinnostavuuteen oli muun muassa ”Haavahoito on aina ajankohtainen”, ”Osastollamme paljonkin haavojenhoitoa”, ”ei aiheuta potilaalle ylimääräistä kipua hoitojen yhteydessä”. Kaikki vastaajat pitivät sisältöä selkeänä ja aihetta vastaavana. Kaikki vastaajat kokivat, että osastotunti päivitti tai lisäsi tietoja aiheesta. Perusteluina oli esimerkiksi ”Hyvä kerrata näitä asioita”, ”Selkeytti”, ”Antoi ajattelemisen aihetta työhöni”, ”Antoi paljon uutta tietoa kaikin puolin”.

Vapaata palautetta osastotunnista saimme muun muassa:

”Selkeä esitys ja erittäin hyvä”

”Hyvä esitys. Välillä puhe liian nopeaa, ei meinannut pysyä mukana...”

”hyvä esitys/opinnäytetyö”

”Esitys oli hyvin luonteva, mielenkiintoinen. Esittäjät ”tunsivat” asiansa.”

”Selkeä esitys, mielenkiintoinen aihe”

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Koimme opinnäytetyön prosessin mielekkääksi toteuttaa, koska saimme itse valita opinnäytetyömme aiheen ja toteutustavan. Tämä lisäsi motivaatiota tiedon

hakuun ja aiheen käsittelyyn. Prosessin alussa pidimme haasteellisena lähteiden etsimistä työhömmme, koska aiheitamme ei ole suomenkielisissä itsenäisissä teoksissa, joita löysimme, paljoa käsitelty. Kun aloimme laajentaa tiedonhakua ulkomaisiin lähteisiin, löysimme hyviä tutkimuksia aiheestamme.

Opinnäytetyön prosessin alussa haastavaa oli myös aiheen rajaaminen sopivaan kokonaisuuteen. Meidän oli tarkkaan mietittävä, mitkä ovat olennaisia osalueita, joita halusimme käsitellä toiminnallisessa osuudessa. Lisäksi oli myös mietittävä teoriapohjan kokonaisuus niin, että kuulijakunta saa selkeän käsityksen, mitkä asiat johtavat haavakipuun ja kuinka näihin tulisi reagoida. Siksi käsitelimmekin työssämme kokonaisuutena haavan ja sen mekaanisen puhdistamisen, kivun sekä haavakivun hoidon. Nämä aihealueet valitsimme, koska ne muodostavat ymmärrettävän kokonaisuuden asiaan perehtymiseksi.

Epäroimme aluksi joidenkin aihealueiden esittämisen tärkeyttä osastotunnilla, koska kuulijakuntana oli ammattitaitoinen hoitohenkilökunta. Ajattelimme, että hoitohenkilökunnalla saattaa olla jo hyvä tietopohja aiheestamme. Päädyimme kuitenkin ratkaisuun, että käsittelemme opinnäytetyömme kokonaisuutena, koska aihealueet tukevat toinen toisiaan.

Olemme tyytyväisiä kokoamaamme teoriapohjaan. Mielestämme saimme rajattua aiheen sopivaksi kokonaisuudeksi. Kysyimme myös palautetta säännöllisesti opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta sekä asiantuntijaohjaajaltamme. Saamamme palautteen avulla saimme ulkopuolisen mielipiteen ja pystyimme etenemään työssämme oikeaan suuntaan.

Molemmille uutena asiana opinnäytetyömme myötä tuli toiminnallisen osuuden järjestäminen. Meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta tapahtumien järjestämisestä. Siksi aloimme suunnitella osastotunteja ajoissa ja olimme yhteydessä asiantuntijaohjaajamme, jolta saimme hyviä neuvoja osastotuntien järjestämiseen. Koimme hyvänä sen, että aloimme järjestää osastotunteja hyvissä ajoin, koska niiden järjestämisessä täytyy huomioida useita asioita. Tällöin pystyimme myös ajoissa suunnittelemaan osastotuntien kulkua.

Suunnittelimme ja harjoittelimme osastotuntien PowerPoint-esityksen kulkua. Tällöin saimme tietoa ajankäytöstä ja teoriapohjan laajuudesta. Harjoittelimme myös PowerPoint-esityksen pitämistä harjoitusyleisölle. Tällöin saimme palautetta esityksestä ja asioista joihin tulisi esityksessä kiinnittää huomiota. Tällä tavoin saimme myös varmuutta omaan esiintymiseen, mikä lisäsi esiintymisen luontevuutta.

Osastotunnit sujuivat mielestämme hyvin. Ensimmäisellä osastotunnilla oli toki jännitystä, ja esiintyminen ei tuntunut itsestä luontevalta. Kuitenkin jo seuraavissa osastotunneissa aiheesta pystyi kertomaan vapautuneemmin ja varmemmin. Ajankäyttö parani osastotuntien edetessä. Saimme esitettyä aiheemme tiiviimmin ja selkeämmin, ilman turhaa asioiden toistoa. Lisäksi aiheestamme syntynyt keskustelu rentoutti tilannetta.

Kuten myös saamassamme palautteessa todetaan, niin itsekkin olemme sitä mieltä, että olisi voinut olla enemmän kuvia PowerPoint-esityksessämme. Kuvat olisivat havainnollistaneet esitystämme lisää ja asiat olisivat olleet selkeämmin esitettävissä. Toisaalta PowerPointin tarkoitus ei ollut käsitellä erityyppisiä haavoja, koska emme käsittele niitä opinnäytetyömme teoriaosiossakaan. Kuvilla halusimme tuoda esille mekaanisen puhdistuksen toteutuksen ja esimerkin kroonisesta haavasta, ja nämä tulivat mielestämme kuvissa hyvin esille. Olemme kuitenkin tyytyväisiä, että saimme työhömmme hyviä kuvia tukemaan esitystä.

Jälkeenpäin ajateltuna palautelomakkeen olisi voinut tehdä hieman eri tavalla. Saimme kuitenkin lomakkeella palautetta ja vastaukset kysymyksiimme. Huomasimme jälkeenpäin, että palautelomakkeemme monivalintakysymyksissä oli yhdessä kolme vastausvaihtoehtoa, kun taas muissa neljä.

Koemme, että esiintymisemme varmeni osastotuntien edetessä ja pystyimme kertomaan aiheestamme ammatillisemmin. Tätä auttoi tiedon etsintä ja teorian oppiminen opinnäytetyötä tehdessä. Saamamme palautteen mukaan onnistuimme toiminnallisessa osuudessa hyvin ja pääsimme opinnäytetyölle asettamiimme tavoitteisiin. Tällöin osastotuntiin osallistuneet pitivät työtä tarpeellisenä, sekä työmme päivitti ja lisäsi hoitohenkilökunnan tietoja.

Opinnäytetyömme on onnistunut prosessina hyvin. Kun opinnäytetyötä tekee kahdestaan, työhön saa kahden ihmisen näkökulmat ja ajatukset. Näin työ etenee hyvin ja saadaan aikaan parhaat ratkaisut työn etenemistä ajatellen. Toki myös yhdessä opinnäytetyötä tehdessä joudutaan turvautumaan kompromisseihin, jos mielipiteet eivät ole yhteneväiset.

Opinnäytetyön prosessi on mielestämme ammatillisuutta lisäävä ja antaa asian-tuntijuuden käsitelystä aiheesta. Koemme myös, että oma opinnäytetyömme, niin osastojen henkilökunnalta saamiemme palautteiden kuin oman kokemuk-senkin perusteella, antoi hoitotyöhön ajattelemisen aihetta ja kehitti hoitotyötä positiiviseen suuntaan.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyteen kuuluu aiheen valinta ja sen rajaaminen. Rajaami-sen avulla saadaan tietää, mitä tietoa tarvitaan. Tarkka aiherajaus auttaa täs-mällisen näkökulman saavuttamiseen. (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2005, 26, 75-76.) Tämä vuoksi aloitimmekin oman opinnäytetyön aiheen käsittelyn hyvis-sä ajoin, jotta saimme kerättyä tarpeeksi teoriapohjaa rajataksemme aiheemme.

Työtä tehdessämme kiinnitimme huomiota aiheen rajaukseen. Työtä auki kirjoit-taessa meille alkoi selkiytyä se, mikä on olennaista tietoa työmme tarkoitusta ajatellen. Siksi rajasimmekin työtämme niin, että kipu ja kivun hoito ovat pää-osassa ja nämä asiat kulkevat läpi koko opinnäytetyömme. Rajatessa työtämme päädyimme siihen, että käsittelemme haavan mekaanisen puhdistuksen vain pienimuotoisesti. Haavan mekaanisen puhdistuksen osuus antaa lukijalle kui-tenkin riittävän käsityksen kyseessä olevasta toimenpiteestä ja sen aiheutta-masta kivusta.

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulee huomioida lähdekriittisyys. Aihetta voi tarkastella monesta eri näkökulmasta. Mikäli samasta aiheesta löytyy use-ampia tutkimuksia, niitä tulee käyttää harkiten ja vertailla niistä saatuja tuloksia.

Lähteitä etsiessä täytyy alustavasti jo katsoa, kuinka paljon aiheesta on kirjoitettu ja mitkä ovat aiheen tiedonlähteen auktoriteetit. Mikäli lähteissä toistuu useasti sama tekijä, hän on tunnettu alallaan. (Vilkka & Airaksinen 2004, 72.)

Yhtenä osana opinnäytetyön eettisiä kriteerejä on tiedon kriittinen käsittely, jolloin arvioidaan lähteen luotettavuutta ja soveltamista. Tämän vuoksi olemme käyttäneet työssämme uusimpia teoksia ja artikkeleita teoriapohjan kokoamiseen. Olemme verranneet teoksista saamaamme informaatiota keskenään, jotta saamme mahdollisimman luotettavan tiedon käsitelystä aiheesta. Työmme lähteiden eettisyyttä ja etenkin luotettavuutta lisää se, että käyttämämme teokset ja artikkelit ovat tunnettujen terveystieteen asiantuntijoiden tekemiä.

Hyvässä opinnäytetyössä kerrotaan aineiston ja kehittelyn tulos lukijalle selkeästi. Tämä on tärkeää, koska lukija ei tiedä aiheesta yhtä paljon kuin opinnäytetyön tekijä. Tämän vuoksi on tärkeää, että työ etenee loogisesti. (Hakala 2004, 132–133.) Opinnäytetyönprosessissa olemme kertoneet tekemistämme valinnoista ja perustelleet niitä sekä kertoneet työmme vaiheet yksityiskohtaisesti. Tämä lisää työn eettisyyttä ja antaa lukijalle tietoa, miten olemme valintoihimme päätyneet.

7.3 Hyödynnettävyys ja jatkokehitysehdotukset

Opinnäytetyömme on hyödynnettävissä, koska se antaa hoitohenkilökunnalle tietoa kivun hoidosta osana haavan mekaanista puhdistusta. Teoria on koottu kohderyhmää ajatellen ja työelämälähtöisesti. Valmis opinnäytetyömme jää hyödynnettäväksi osastolle 1G. Tällöin sitä voidaan käyttää tietolähteenä. Pitämämme osastotunnit päivittävät ja lisäävät hoitohenkilökunnan tietoa kivun hoidosta haavan mekaanisen puhdistuksen yhteydessä.

Opinnäytetyömme teoriapohjaa koottaessa ja aineistoon tutustuessa huomasimme, että haavan paranemiseen vaikuttavat myös käytettävät haavanhoid-

totuotteet ja sidokset. Markkinoille on myös tullut haavasidoksia, jotka vaikuttavat haavakipuun. Rajauksen vuoksi emme ottaneet näitä mukaan tähän opinnäytetyöhön. Haavasidosten vaikutuksesta haavan paranemiseen ja haavakipuun olisi hyvä tehdä opinnäytetyö.

LÄHTEET

- Alahuhta, M., Iivainen, A. & Skarp, E. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava, 11 (4), 25-29.
- Briggs, M., Ferris, F.D., Glynn, C., Harding, K., Hofman, D., Hollinworth, H., Krasner, D.L., Lindholm, C., Moffatt, C., Price, P., Romanelli, M., Sibbald, G., Stacey, M. & Tèot, L. 2004. Kivun vähentäminen haavanhoidossa. Konsensusdokumentti. Parhaan hoitokäytännön periaatteet - World Union of Wound Healing Societies -yhdistyksen aloite. Haava (4), 1- 10. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 4/2004, erikoispainos.
http://shhy.fi/kuvat/Dokumentit/haava_4-2004_erikoispainos.pdf. 17.12.2010.
- Emla emulsiovoide. 2007. Pakkausseloste.
http://www.astrazeneca.fi/_mshost379994/content/resources/media/391532/emla_creme_otc_pil.pdf. 25.1.2011.
- Epilepsialääkkeet. 2011. <http://www.tohtori.fi/?page=9086391&id=8226467>. 24.1.2011.
- Eronen, P., Kinnunen, U.-M., Lankinen, T. & Pulliainen, M. 2006b. Haavan mekaaninen puhdistaminen ja näyttöön perustuva hoitotyö. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (3), 6-9.
- Eronen, P., Lankinen, T. & Pulliainen, M. 2006a. Haavan mekaaninen puhdistus. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (2), 42.
- Eslander, A.- M. 2003. Kivun psykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Käypä hoito.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix00086>. 24.1.2011.
- Haavakipu. 2011.
<http://www.coloplast.fi/Haavanhoito/Aiheet/WoundAndSkinConditions/WoundPain/Pages/WoundPain.aspx>. 16.3.2011.
- Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hakala, J.T. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudamus kirja.
- Hietanen, H., Iivainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huotari, A.-M. 2007. Tunnista ja hoida haavakipu. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 10 (2), 26-27.
- Huotari, A.-M. 2007. Krooninen eli pitkäaikainen kudosaauriokipu.
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/krooninen-eli-pitkaaikainen-kudosaauriokipu-9401299#>. 24.1.2011.
- Huotari, A.-M. 2010. Syöpäkivun hoito.
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/syopakivun-hoito-8750317>. 24.1.2011.
- Iivainen, A. & Seppänen, S. 2009–2010. Vulnus Fennica. Helsinki: Edita.
- Iivainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Tammi.

- livanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen-terveyttä edistäen. Keuruu: Otava.
- Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96420&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero.25.1.2011.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Keuruu: Duodecim.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. Jyväskylä: Duodecim.
- Karvonen, A.-L. & Helin-Salmivaara, A. 2009. Tulehduskipulääkkeiden käyttö.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00036>. 6.1.2011.
- Kauppara, M. 2008. Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 11 (3), 10-11.
- Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivunhoito- sairaanhoitajan näkökulma. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (2), 28-29.
- Kulmala, A. 2010. Lääkkeetön kivunhoito – Kirjallinen potilasopas.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24213/Anni_Kulmala.pdf?sequence=1. 23.3.2011.
- Kuusniemi, K. 2008. Kivunhoidon kehittämisprojekti TYKS:n kirurgisessa sairaalassa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 11 (3), 20-21.
- Kääriäinen, M. 2006. Akuutin haavan paranemisprosessi. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (2), 13.
- Lääketietokeskus. 2010a.
http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1088&d=18003&i=ASTRA_ZENECA_EMLA_EMLA+laastari%2C+ilman+resepti%C3%A4. 25.1.2011
- Lääketietokeskus. 2010b. <http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1842&>. 24.1.2011.
- Mustakari, A. 2006. Ihon rakenne ja tehtävät. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (2), 10-11.
- Niskasaari, M. 2007. Haavan paikallishoidon suunnittelu. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 10 (1), 18-19.
- Nurminen, M-L. 2001. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Paakkari, P. 2009. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939. 24.1.2011.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Sailo, E. & Varti, A.-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Sibbald, G., Chapman, R., Krasner, D., Meaume, S. & Romanelli, M. 2008 Assessment and treatment of wound pain.
<http://www.coloplast.fi/Haavanhoito/Aiheet/WoundAndSkinConditions/WoundPain/Documents/Assessment%20and%20treatment%20of%20wound%20pain.pdf>. 25.3.2011.

- Tulehduskipulääkkeet. 2010,
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/0994935>. 6.1.2011.
- Vainio, A. 2004 Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus.
- Vainio, A. 2009a. Masennuslääkkeet.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00062. 24.1.2011.
- Vainio, A. 2009b. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00060. 6.1.2011.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit. 2009.
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/6235864>. 6.1.2011.
- Woo, K., Sibbald, G., Fogh, K., Glynn, C., Krasner, D., Leaper, D., Österbrink, J., Price, P. & Teot, L. 2008. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. International wound journal 5(2), 1-16.
<http://www.coloplast.com/WoundAndSkinCare/Topics/WoundAndSkinConditions/WoundPain/Pages/ConsensusDocument.aspx>. 25.1.2011.
- Wound pain assessment rationale. 2005.
http://www.worldwidewounds.com/2005/august/Hollinworth/pain_assessment_rationale.pdf. 24.1.2011.
- Xylocain 2% geeli. 2008.
http://www.astrazeneca.fi/_mshost379994/content/resources/media/391532/xylocain_geeli_spc.pdf. 25.1.2011.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA SINIKONEN PAIVI OH PLSSK, 19
 Yhteystiedot: PUH. 050 389 8353
 Sähköpostiosoite: PAIVI.SINIKONEN@PLSSK.FI
 OPISKELIJA Kati Oinonen ja Jonas Niskala
 Yhteystiedot: 040 542 8313 (Kati) 040 568 656 (Jonas)

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

KIVUNHOITO HARVAIN MEKANISEN PUHDISTUKSEN
YHTEYDESSÄ

OSASTOTUNNIT x 3 (2AC, 2BT29, 19+KIR.PKL)
KESTO 45min, KEVÄT 2011

P-LESSK EI OSALLISTU KUSTANNUSESIIN. YKSI KAPPALE

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, opinnäytetyön tekijänoikeudet) OPINNÄYTETYÖN PLSSK

P-LESSK, KIRURGISEN VOITON (2AC, 2BT29, 19+
KIR.PKL KIR.PKL)

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Tuulia Kouvalainen / Tanja Ruokonen

Päiväys ja allekirjoitukset

24.9.2010

Toimeksiantajan edustaja

PÄIVI SINIKONEN

Opiskelija

JONAS NISKALA

Kati Oinonen
Kati Oinonen

Sähköposti osastoille osastotunneista

Hei,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Pohjois- Karjalan ammattikorkeakoulusta. Teemme parhaillaan oppinnäytetyötä, jonka toimeksiantajana on kirurginen osasto 1G. Oppinnäytetyömme on toiminnallinen ja käsittelemämme aihe on Kivunhoito haavan mekaanisen puhdistuksen yhteydessä.

Toiminnalliseksi osuudeksi työhömmme olemme ajatelleet pitää 3 osastotuntia kirurgisilla osastoilla, joissa esittelemme PowerPoint muodossa tekemämme työn. Kestoltaan nämä tunnit olisivat noin 45 minuuttia, tähän aikaan sisältyy palautteen antaminen. Osastot jaettaisiin siten, että osastot 2A ja 2C osallistuisivat yhdessä. Osastot 2B ja 2G yhdessä ja 1G ja Kirurginen poliklinikka olisivat yhdessä.

Ajankohdaksi olemme ajatelleet Huhtikuun viikon 14 eli 4.4.-8.4.2011. Osasto 1G varasi alustavasti 4.4. päivän osastotunnin pitämistä varten. Kävisikö mahdollisesti teidän osastollenne jokin päivä 5.4-8.4.2011?

Kun ajankohdat ja osasto, jolla esitys pidetään, ovat selvillä ja milloin osastoille käy ajallisesti kokoontua yhteen, toimitamme viralliset kutsut osastoillenne.

Ystävällisin terveisin

Joonas Niskala ja Kati Oinonen



TERVETULOA OSASTO- TUNNILLE!

Aiheena:

”Haavakivun hoito osana haavan mekaanisen puhdistuksen toteutusta”

Osastotunnin kesto on 45 minuuttia, jonka aikana esittelemme PowerPoint-esityksen, sekä keräämme palautteen osastotunnista.

Aika:

**Osastot 1G ja Kirurgian poliklinikka torstai
7.4.2011 klo 14.30- 15:30**

**Ystävällisin terveisin
sairaanhoitajaopiskelijat
Joonas Niskala ja Kati Oinonen**



TERVETULOA OSASTO- TUNNILLE!

Aiheena:

”Haavakivun hoito osana haavan mekaanisen puhdistuksen toteutusta”

Osastotunnin kesto on 45 minuuttia, jonka aikana esittelemme PowerPoint-esityksen, sekä keräämme palautteen osastotunnista.

Aika:

Osastot 2A ja 2C keskiviikko 6.4.2011 klo 14.30-15:30

**Ystävällisin terveisin
sairaanhoitajaopiskelijat
Joonas Niskala ja Kati Oinonen**



TERVETULOA OSASTO- TUNNILLE!

Aiheena:

”Haavakivun hoito osana haavan mekaanisen puhdistuksen toteutusta”

Osastotunnin kesto on 45 minuuttia, jonka aikana esittelemme PowerPoint-esityksen, sekä keräämme palautteen osastotunnista

Aika:

Osastot 2B ja 2G perjantai 8.4.2011 klo 14.00-15.00

**Ystävällisin terveisin
sairaanhoitajaopiskelijat
Joonas Niskala ja Kati Oinonen**

Palautelomake

Palautelomake osastotuntiin osallistuneille

**HAAVAKIVUN HOITO OSANA HAAVAN MEKAANISEN PUHDISTUKSEN TO-
TEUTUSTA**

Joonas Niskala

Kati Oinonen

Kevät 2011

PALAUTE OSASTOTUNNISTA

Vastaajan ammattinimi-
ke:_____

Valitse alla oleviin kysymyksiin mieleisesi vaihtoehto:

1. Oliko aihe kiinnostava

a. Kyllä Miksi?_____

b. Ei Miksi?_____

c. En osaa sanoa

2. Pidittekö aihetta tärkeänä

a. Kyllä

b. Osittain tärkeänä

c. Ei ollenkaan

d. En osaa sanoa

3. Oliko sisältö selkeä ja aihetta vastaava

a. Kyllä

b. Ei Miksi?_____

c. En osaa sanoa

4. Koetteko, että osastotunti päivitti/lisäsi tietojasi ko. aiheesta

a. Kyllä Miten?_____

b. Ei Miksi?_____

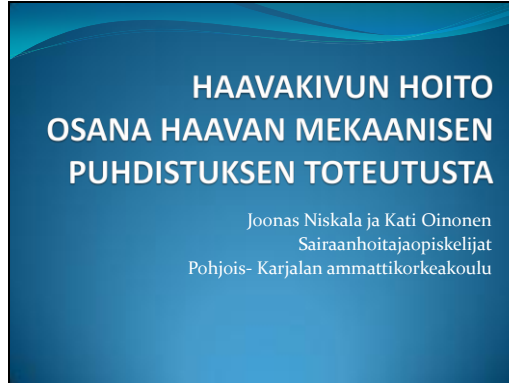
c. En osaa sanoa

Vapaa palaute esityksestä ruusuja/risuja

KIITOS ANTAMASTANNE PALAUTTEESTA

PowerPoint-esitys

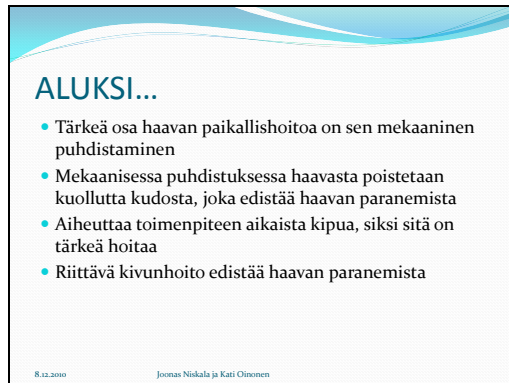
Dia 1



HAAVAKIVUN HOITO OSANA HAAVAN MEKAANISEN PUHDISTUKSEN TOTEUTUSTA

Joonas Niskala ja Kati Oinonen
Sairaanhoitajaopiskelijat
Pohjois- Karjalan ammattikorkeakoulu

Dia 2

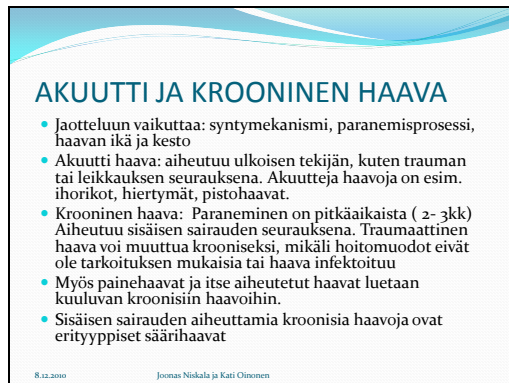


ALUKSI...

- Tärkeä osa haavan paikallishoitoa on sen mekaaninen puhdistaminen
- Mekaanisessa puhdistuksessa haavasta poistetaan kuollutta kudosta, joka edistää haavan paranemista
- Aiheuttaa toimenpiteen aikaista kipua, siksi sitä on tärkeä hoitaa
- Riittävä kivunhoito edistää haavan paranemista

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 3



AKUUTTI JA KROONINEN HAAVA

- Jaotteluun vaikuttaa: syntymekanismi, paranemisprosessi, haavan ikä ja kesto
- Akuutti haava: aiheutuu ulkoisen tekijän, kuten trauman tai leikkauksen seurauksena. Akuutteja haavoja on esim. ihorikot, hiertymät, pistohaavat.
- Krooninen haava: Paraneminen on pitkäaikaista (2-3kk) Aiheutuu sisäisen sairauden seurauksena. Traumaattinen haava voi muuttua krooniseksi, mikäli hoitomuodot eivät ole tarkoituksen mukaisia tai haava infektoituu
- Myös painehaavat ja itse aiheutetut haavat luetaan kuuluvan kroonisiin haavoihin.
- Sisäisen sairauden aiheuttamia kroonisia haavoja ovat erityyppiset säärihaavat

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 4

- On tutkittu, että 80% potilaista, joilla on krooninen haava, kärsii myös jatkuvasta haavakivusta. Puolet heistä luokittelevat kivun kohtuullisesta vaikeaan. Useat sanovat, että kipu on pahin asia haavassa. (Woo ym. 2008)
- 59% potilaista, joilla on painehaava, kertoo haavassa olevan kipua (Sibbald, Chapman, Krasner, Meume & Romanelli 2008, 13.)
- 83 % potilaista, joilla on valtimoperäinen säärihaava, tuntevat kipua haavassaan. 65% potilaista, joilla taas on laskimoperäinen säärihaava, kärsivät kivusta. (Sibbald ym. 2008)
- Potilaista 48% raportoi, että diabeteksestä johtuvassa jalkahaavassa on kipua. (Sibbald ym. 2008)

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 5



- Syvä laskimotrombi – seurauksena posttromboottinen oireyhtymä - säärihaava
- Hoidettu ihosiirtein

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 6

HAAVAN MEKAANINEN PUHDISTAMINEN

- Paranemista voidaan nopeuttaa mekaanisella puhdistuksella
- Vaikuttaa bakteeritasapainoon ja liialliseen eritykseen
- Haavan mekaanisessa puhdistuksessa haavasta poistetaan nekroottinen, fibrinikatteinen, infektioitunut kudos, lika ja vierasmateriaali
- Huono verenkierto aiheuttaa kuolleen kudoksen muodostumisen
- Haavassa oleva kuollut kudos on aluksi vaaleanhamaata, sitten kellertävää tai kellertävän ruskeaa, lopuksi muuttuu ruskeaksi tai mustaksi.
- Infektioitunut haavakudos on väriltään vihreää
- Kuollut kudos lisää riskiä haavan infektoitumiselle ja bakteerien muodostumiselle, lisäksi se pitkittää haavan paranemista ja inflammaatiovaihetta
- Granulaatio ja epitelisaatio hidastuvat jos haavasta ei poisteta kuollutta kudosta

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 7



Dia 8

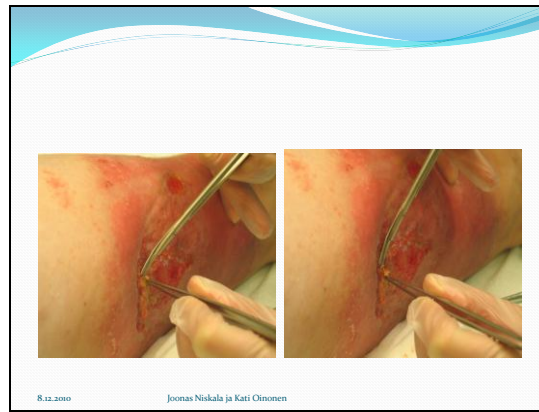
- Luokittelu helpottuu kun tiedetään haavan todellinen syvyys
- Ennen puhdistusta otetaan huomioon potilaan ja haavan tilanne, haavan sijainti ja ominaisuudet
- Tärkeää tunnistaa kuollut kudos terveestä kudoksesta
- Jos kyseessä pahanlaatuinen kudos, sitä ei tule puhdistaa ennen tarkempaa tutkimusta

Dia 9

- Haavakudoksen granulaation edistämiseksi haavasta poistetaan instrumentein kuollutta kudosta.
- Instrumentteja, joita käytetään, ovat atulat, sakset ja kirurginen veitsi.
- Lisäksi kuolleen kudoksen poistoon voidaan käyttää haavakauhaa, anatomisia tai papukaija-atuloita ja kyrettiä.

PowerPoint-esitys

Dia 10



Dia 11



Dia 12

KIPU

- "Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun seuraavasti: "Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaurioon tai jota kuvataan kudosaurion käsittein" (IASP 1994)." (Halberg, Kauppila, Närhi, Salanterä 2006, 7.)

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 13

KIVUN JAOTTELU

AKUUTTI KIPU

- Lyhytaikaista, lievenee vaurion parantuuessa
- Toimii elimistön häilytysjärjestelmänä
- Akuuttia kipua hoitaessa tulisi huomioida kivun aiheuttaja
- Kivun paranemista nopeuttaa lepo ja kipualueen varominen
- Riittävä kivunlievitys ja kudosaaurion paraneminen ovat edellytyksenä kivun lievenemiseen ja kroonistumisen ehkäisemiseksi

KROONINEN KIPU

- Jatkuu vielä vaurion paranemisen jälkeen
- Pitkäaikaista 3-6kk
- Ei varoita elimistöä vaan voidaan käsittää sairautena tai syndroomana
- Jaotellaan kudosaauriokipuun, hermovauriokipuun ja idiopaattiseen kipuun

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 14

HAAVAKIVUN HOITO


- Hyvän kivun hoito on keskeinen osa-alue haavaa hoidettaessa
- Riittämätön kivunhoito lisää stressihormonien eritystä
- Mikäli kipua ei hoideta riittävästi paraneminen hidastuu, infektiolle altistuminen kasvaa ja vastustuskyky heikkenee.
- Kivunhoidon tulee olla suunniteltua; päätös miten kipua hoidetaan syntyy niin hoitohenkilökunnan, potilaan, lääkärin kuin läheistenkin yhteistyöllä

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 15

KIVUNHOIDON HYÖDYT

- Mahdollistetaan haavan paikallishoidon sujuvuus
- Edistää elimistön toimintaa; vastustuskyky, infektiot
- Potilaan pelot ja ahdistus vähenevät
- Positiivinen vaikutus fysiologisiin muutoksiin, pulssiin ja verenpaineeseen
- Vältetään lihasspasmien syntyä



8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

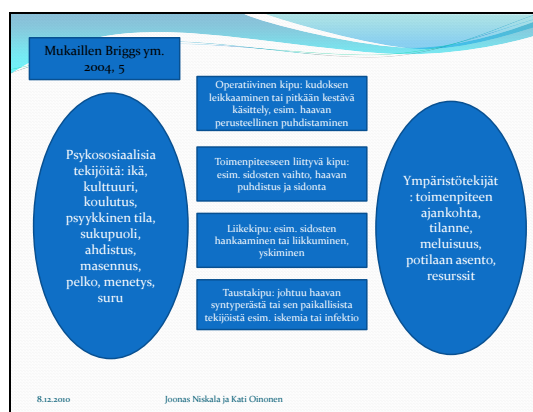
Dia 16

HAAVAKIPUA AIHEUTTAVIA TEKIJÖITÄ

- Haavakipua hoidettaessa tulee ottaa huomioon kivun eri kerrokset, jotka jaotellaan aiheuttajan mukaan
- Jaetaan kudosaaurio ja hermovauriokipuun. Kudosauriokipuun voi liittyä akuutti tai krooninen tulehdus.
- Kudosauriokivun kesto on yleensä rajallinen, ellei haavan paraneminen pitkity. Kivun pitkittyessä haavan ja sen ympäristö herkistyy.
- Hermovauriokipu syntyy esim. trauman, infektion tai sairauden seurauksena, voi johtaa kivun kroonistumiseen.

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Olinen

Dia 17



Dia 18

Huomioitavia asioita haavakivusta

- Ota huomioon, että kaikki haavat voivat olla kivuliaita
- Kipu haavassa voi lisääntyä ja haava-alue voi herkistyä
- Kevyt kosketus tai ilmavirta voi olla tuskallista
- Lääkärin arvio ajoissa
- Tärkeää ottaa potilaan ilmaisema kipu todesta

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Olinen

PowerPoint-esitys

Dia 19

HAAVAKIVUN HOITOMUOTOJA


- On tärkeä tietää kivun fysiologia
- Lähtökohtana yksilöllinen kivunhoito
- Auttaa tarkka tilannearvio
- Olettava huomioon, että haavassa esiintyy useita kivun kerroksia
- Mahdollinen tausta- ja liikekipu on saatava hallintaa, jotta saavutetaan riittävä toimenpiteen aikainen kivunlievitys
- Hoidettava mahdollisimman tehokkaasti ja niin, että siitä aiheutuu potilaalle vähän haittavaikutuksia

8.12.2010 Jonnas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 20

LÄÄKKEELLISET HOITOMUODOT

- Tehokkuutta voidaan voimistaa käyttämällä eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä, portaistettu kivunhoito
- Käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, opioidit ja depressio- sekä epilepsialääkkeet
- Puudutteen: vaikuttavina aineina lidokaiini ja prilokaiini



8.12.2010 Jonnas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 21

TULEHDUSKIPULÄÄKKEET

- Vaikuttavia aineita: ibuprofeeni, ketoprofeeni ja diklofenaakki
- Vähentävä haava- alueen turvotusta ja kipua
- Samalla vähentävät haavan tulehdus eli inflamaatiiovaihetta
- Käytetään akuutin ja kroonisen kivunhoidossa, vaikutus tapahtuu kudosten kipuhermopäätteiden kautta
- Lievien ja keskivaikeiden kiputilojen hoidossa
- Vaikutus alkaa 30- 60 min. Kestää 6 tunnista vuorokauteen
- Tulisi antaa 1-2 tuntia ennen suunniteltua haavahoitoa, tällöin vaikutus on suurimmillaan
- Vähentää sykkivää ja jomottavaa puhdistuksen jälkeistä kipua
- Käytössä huomioitava useat haittavaikutukset; Ruuansulatuskanavan häiriöt, allergiat, vaikutus veren hyytymistekijöihin

8.12.2010 Jonnas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 22

PARASETAMOLI

- Lieviin kiputiloihin käytettävä särkylääke, ei tulehdusta lievittävää vaikutusta
- On vaihtoehtoina potilaille joille ei sovellu käytettäväksi anti- inflammatorinen kipulääke
- Parhaiten imeytyminen tapahtuu suun kautta otettaessa
- Vaikutus alkaa 30- 60 minuutissa, kestää 4-6 tuntia
- 1-2 tuntia ennen haavahoitoa
- Maksatoksisuus

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 23

OPIOIDIT

- Käytetään keskivaikean tai vaikean kivunhoidossa.
- Jaetaan vaikuttavuuden mukaan mietoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin.
- Aloitetaan miedoilla opioideilla, esim. tramadoli ja kodeiini. Lyhytvaikutteisia opioideja annosteltava säännöllisesti, jolloin kipu pysyy hallinnassa. Pitkäaikaisen- ja hermokivun hoidossa Tramadoli on miedoista opioideista hyvä vaihtoehto.
- Keskivahvoihin opioideihin kuuluu buprenorfiini, lyhyt vaikutusaika joten sopii akuutin kivunhoitoon.
- Mikäli haavan puhdistaminen aiheuttaa potilaalle sietämätöntä kipua, harkitaan vahvan opioidin antamista. Esim. morfiini, oksikodoni ja fentanyl.

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 24

- Vahvat opioidit soveltuvat akuutin kivun hoitoon nopean vaikutuksensa ansiosta.
- Nopea vaikutus annosteltaessa lääke lihakseen tai suoraa verenkiertoon
- Pitkäaikaisessa kivussa käytetään pitkävaikutteista opioideja
- Yleisempiä haittavaikutuksia ovat väsymys, ummetus, pahoivointi ja riippuvuus

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 25

DEPRESSIO- JA EPILEPSIALÄÄKKEET

Depressiolääkkeet:

- Hidastavat kipuviestin kulkua hermosolussa
- tehokkaita pitkäaikaisen kivunhoidossa.
- Kivunhoidossa käytetyin depressiolääke, amitrypiini.
- Käytetään kroonisen kivunhoitoon yhdessä muiden kipulääkkeiden kanssa.
- Kohottaa kipukynnystä, sekä vähentää tuskaisuutta. Lääkitys aloitetaan pienin annoksin
- Haittana: väsymys, näköhäiriöt, suun kuivuminen, ummetus.

Epilepsialääkkeet:

- Epilepsia lääkkeitä yleisimmin käytetty on karbatsepiini
- Käytetään hermovauriokivun hoidossa
- Apua terävään, sähköiskumaiseen ja tuikkivaan kipuun
- Tavallisimmat haitat: väsymys, heitehuimaus ja päänsärky

8.12.2010 Joonas Niikala ja Kati Oinonen

Dia 26

PINTAPUUDUTTEET

- Vaikutus kohdistuu ihon hermopäätteisiin, kiputunto ihon pinnalla vähenee
- Käytetyimpiä EMLA (sis. Lidokaiini, prilokaiini), Lidocain ja Xylocain (sis. Lidokaiini), Citanest (sis. Prilokaiini)
- Kroonisen haavan puuduttamiseen käytetään adrenaliinia sisältämätöntä puudutetta



8.12.2010 Joonas Niikala ja Kati Oinonen

Dia 27

EMLA

- Poistaa vaikutusalueeltaan kipua tilapäisesti. Iholla voi kuitenkin tuntea paineen ja kosketuksen.
- Käytetään ihon puuduttamiseen pienien toimenpiteiden yhteydessä
- Levitetään paksukerros iholle, peitetään peittositeellä.
- Vaikutusaika vähintään puoli tuntia.
- Voide poistetaan ja puhdistaminen aloitetaan heti.
- Haittoina voivat olla; ihon lievä ärsytys, kuten kalpeus, punoitus, turvotus ja lievä polttava tunne

8.12.2010 Joonas Niikala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 28

XYLOCAIN

- Tehokas ja nopea
- Puudutettavasta alueesta riippuen vaikutus alkaa yleensä nopeasti, noin viidessä minuutissa.
- Xylocainin vaikutus kestää 20-30 minuuttia.
- Vasta-aiheita käytölle ovat yliherkkyys lidokaiinihydrokloridille tai muille samankaltaisille paikallispuudutteille



8.12.2000 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 29

LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT

- Monia lääkkeettömiä kivun hoito- ja hallintamuotoja.
- Potilailla voi myös olla omia toimintatapoja, jotka helpottavat kipua. Hyvä huomioida ja rohkaista potilasta käyttämään niitä
- Hoitomuotoja ovat esimerkiksi asentohoito, kylmäpakkaukset, ohjaus, musiikki, keskustelu, kuuntelu, hoitajan oikea asennoituminen, sekä potilaan rentoutuminen

8.12.2000 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 30

- Lähtökohtana on valmistelu, suunnittelu ja ehkäisy
- Hoitoympäristöksi valitaan stressitön paikka
- Kerrotaan toimenpiteen kulku, mitä tehdään ja niin että potilas sen ymmärtää
- Asento huolehditaan hyväksi, jotta haava saa levätä rauhassa
- Haavan turhaa koskettelua ja paljaana pitoa tulee välttää
- Mahdollistetaan potilaan osallistuminen hoitoon


8.12.2000 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 31

OTA HUOMIOON HAAVA HOIDETTAESSA

- Huomioi potilaan olemassa oleva kipua
- Haavan tarpeettoman koskemisen välttäminen
- Potilaan omien kivunhallintakeinojen kuunteleminen ja käyttäminen mm. hengitystekniikka, laskeminen, musiikki jne.
- Lääkityksen lämpötila, sidosten tiukkuus
- Hoitotoimenpiteen arviointi ja kehittäminen



8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 32

HAAVAKIVUN ARVIOINTI JA MITTAAMINEN

- Yksi perusperiaatteista kipua arvioidessa on sen mittaaminen
- Samaa mitta-asteikkoa tulisi käyttää läpi koko haavahoitoprosessin
- Lähtökohtana alkuarviointi
- Määritetään kivun vaikeusaste ja sen mahdollinen lisääntyminen
- Tärkeä kirjata kivusta, jolloin muuntumista voidaan arvioida

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 33

- Arvio ennen haavahoitoa, sen aikana ja jälkeen
- Kirjaa ylös kivun muutokset, näin nähdään mihin suuntaan kipua kehittyy
- Potilas mukaan arviointiin
- Käytössä olevia kivun arviointi mittareita; VAS-kipujana, kipusanasto, numeerinen arviointi ja visuaalinen kipumittari
- Ennen mittareiden käyttöä, varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt niiden käytön

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 34

- "milloin kipu on alkanut?",
- "miten kipu on alkanut?",
- "miltä kipu tuntuu, onko se esimerkiksi kuumottavaa, pistävää, polttavaa tai jomottavaa?",
- "paheneeko kipu liikkeessä tai levossa?",
- "vaikuttaako kipuu kylmä tai kuuma?"

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 35

Lähteet

- Briggs ym. 2004. Kivun vähentäminen haavan hoidossa. Konsensusdokumentti. Parhaan hoitokäytännön periaatteet – World Union of Wound Healing Societies -yhdistyksen aloite. Haava (4), 1-10 Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 4/2004 erikoispainos.
- Emla emulsioidet. Pakkauseloste. 2007. http://www.astrazeneca.fi/_mshost379994/content/resources/media/391532/emla_creme_otc_pil.pdf. 25.1.2011.
- Epilepsialääkkeet. 2011 <http://www.tohtori.fi/?page=908639&id=8226467>. 24.1.2011.
- Eronen, P., Kinnunen, U.- M., Lankinen, T. & Pulliainen, M. 2006 Haava mekaaninen puhdistaminen ja näytteen perustuva hoitotyö, Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (2). 42.
- Estlander, A. - M. 2003 Kivun psykologia. Porvoo: WS Bookwell Oy
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005 Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. 2009. Kipu. Keuruu: Otava.
- Huotari, A.-M. 2010 Syöpäkivun hoito. <http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/syopakivun-hoito-8750317>. 24.1.2011.

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 36

- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen-terveyttä edistäen. Keuruu: Otava.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008 Hoida ja Kirjaa. Hämeenlinna: Tammi.
- Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2009-2010 Vulnus Fennica. Helsinki: Edita.
- Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007 Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. www.dugdc.fi/imlehti.fi
- Kauppi, M. 2008 Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 11 (3). 10-11.
- Karvonen, A.- L. & Helin- Salmivaara, A. 2009 Tulehduskipulääkkeiden käyttö. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00036>.
- Kulmala, A. 2010 Lääkkeetön kivunhoito - Kirjallinen potilasopas. 14- 22. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24213/Anni_Kulmala.pdf [Sequence]. 23.3.2011.
- Kuusniemi, K. 2008 Kivunhoidon kehittämisprojekti TYKS:N kirurgisessa sairaalassa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 11 (3).
- Kääriäinen, M. 2006 Akuutin haavan paranemisprosessi. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 9 (2).

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

PowerPoint-esitys

Dia 37

- Nurminen, M- L. 2001 Lääkehoito. Helsinki: WSOY.
- Paakkari, P. Krooninen (pitkäaikainen) kipu - Lääkehoito.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939. 24.1.2011.
- Sailo, E. & Vartti, A.- M. 2000 Kivunhoito. Tampere
- Sibbald, G., Chapman, R., Krasner, D., Meaume, S. & Romanelli, M. 2008 Assessment and treatment of wound pain.
<http://www.coloplast.fi/Haavanhoito/Aiheet/WoundAndSkinConditions/WoundPain/Documents/Assessment%20and%20treatment%20of%20wound%20pain.pdf>. 25.3.2011.
- Tulehduskipulääkkeet. 2010.
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/0994935>. 6.1.2011.

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 38

- Vainio, A. 2004 Kivun hallinta. Jyväskylä: Gummerus
- Vainio, A. 2009 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00062.
- Vainio, A. 2009 Masennuslääkkeet.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00062. 24.1.2011.
- Voimakkaat kipulääkkeet eli opioidit.
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/6235864>. 6.1.2011.
- Woo ym. 2008 Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. International wound journal 5 (2), 1-16.
- Wound pain assessment rationale. 2005.
http://www.worldwidewounds.com/2005/august/Hollinworth/pain_assessment_rationale.pdf. 24.1.2011.
- Xylocain 2% geeli. 2008
http://www.astrazeneca.fi/mshost379994/content/resources/media/301532/xylocain_geeli_spc.pdf. 25.1.2011.

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

Dia 39

- Valokuvat: Kielo Turtiainen
- Muut kuvat: ClipArt

8.12.2010 Joonas Niskala ja Kati Oinonen

