

Virpi Kulju ja Rita Winter

Kun polttaa ja sattuu!

II-asteen palovamman ja palovammakivun potilasohje Virtain
terveyskeskuksen poliklinikalle

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidtaja AMK

Tekijät: Virpi Kulju ja Rita Winter

Työn nimi: Kun polttaa ja sattuu!

Ohjaajat: THM Katriina Kuhalampi ja TtM Mari Salminen-Tuomaala

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 60

Liitteiden lukumäärä:3 (19)

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tavoitteena on saada uutta tietoa II-asteen palovammojen ja niihin liittyvän kivun hoidosta sekä poliklinikan henkilökunnalle että potilaalle. Tarkoituksena on tuottaa tähän aiheeseen liittyvä potilasohje Virtain terveyskeskuksen potilaille. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää palovammojen hoitamista Flamazine® - voiteella ja Aquacel Ag® hydrofiberillä, kivun hoitamista kotona ja poliklinikalla palovammahoitojen yhteydessä sekä oman toiminnan vaikutusta haavan paranemisprosessissa. Lisäksi opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, millainen on hyvä kirjallinen potilasohje palovammapotilaan hoidossa?

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisen opinnäytetyön keinoin, jolloin siinä ei ole välttämätöntä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä, vaan tarvittava teoretinen tieto kerätään ensisijaisesti jo olemassa olevasta tutkitusta tiedosta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys kuitenkin kuuluu tuotteen eli tässä työssä potilasohjeen toteutustapaan.

Opinnäytetyössä käsitellään II-asteen palovamman syntymekanismeja ja niiden hoidossa käytettäviä keinoja sekä lääkkeellisiä hoitomuotoja. Palovammojen hoitamisen yhteydessä koetaan eriasteista kipua, joka koetaan yksilöllisesti ja sen hoitamiseen vaikuttavat useat eri asiat. Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin potilasohje Virtain terveyskeskuksen henkilökunnan käyttöön ja jaettavaksi potilaille palovammahoitojen hoidon yhteydessä.

Potilasohjeen käyttäminen muiden poliklinikoiden tarpeeseen ja helppo päivittäminen ovat haasteina opinnäytetyön tuotteen hyödyntämiseen myös tulevaisuudessa. Haavahoitojen menetelmät sekä kivunhoito muuttuvat ja kehittyvät koko ajan, jolloin potilasohjeen päivittämisen pitää olla helppoa.

Asiasanat: palovamma, kipu, hoito ja potilasohje.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Nursing Degree

Specialisation: Nursing Degree

Author/s: Virpi Kulju and Rita Winter

Title of thesis: Burns and pain!

Supervisor(s): MNSc Katriina Kuhalampi and MNSc Mari Salminen-Tuomaala

Year:2011

Number of pages:60

Number of appendices:3(19)

In this practise-based thesis the authors will concentrate on pain relief of the second-degree burn wounds. Information was collected and presented in a leaflet, which will be useful for both nursing staff and patients with burn wounds at Virrat Health Centre. The aim of the thesis was to gain more information of the use of the use of Flamazine® cream and Aquacell Ag® Hydrofiber®, to study pain relief methods both at home and in a hospital outpatient setting and also explore how the patient can apply self-help methods to facilitate the healing process. Another aim was to find out what kind of written patient instructions would be most useful in the treatment of second-degree burn wound patients.

Existing research knowledge was applied in this action-based thesis and there was no need for new research on the subject. An exploratory review of the topic was, however, conducted as it was needed in creating the patient leaflet.

This thesis deals with the mechanisms of injury in second degree burns and with their medical and drug treatment. Patients` experience of the pain related to treatments are individual and various factors can affect the outcome of the care. This has to be acknowledged by the nursing staff and for this purpose was the pamphlet provided for the use of both patients and nursing staff in Virrat Health Centre.

The challenge of this thesis was to provide a leaflet which can be used in other outpatient clinics as well, is easy to update and useful in the future. The treatments and pain relief the second-degree burns are constantly changing; therefore the leaflet has to be easily updateable.

Keywords: burn, pain, nursing and pamphlet for the patient.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	6
2 IHO JA PALOVAMMAT	7
2.1 Iho.....	7
2.1.1 Orvaskesi eli epidermis.....	7
2.1.2 Verinahka eli dermis eli corium	9
2.1.3 Ihonalaiskudos eli subcutis	9
2.2 Palovammat	9
2.2.1 Palovammojen luokitus	10
2.2.2 Palovammojen vammamekanismit	13
2.2.3 Haavan paranemisen biologia ja elimistön ravinnontarve	16
2.2.4 Palovamman hoito	18
3 KIPU	23
3.1 Kivun kokeminen.....	24
3.2 Kivun hoitaminen.....	25
3.3 Haavakipu ja II-asteen palovammat.....	28
3.4 Potilasohjaus kivunhoidossa	32
4 HYVÄ POTILASOHJE JA POTILASOHJAUS	34
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	38
6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	39
6.1 Toiminnallisen opinnäytetyön teoriaperusta ja lähtökohdat.....	39
6.2 Yhteistyöorganisaation kuvaus	40
6.3 Toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu.....	41
6.4 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	44
6.5 Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi.....	46
7 POHDINTA	49
7.1 Pohdintaa opinnäytetyön tekemisestä.....	49

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	50
7.3 Oma oppimiskokemus ja jatkokehittämishaasteet.....	52
LÄHTEET	55

LIITTEET

Liite 1; Erilaisia kipumittareita

Liite 2; II Asteen palovamma - ohje potilaalle (Aquacel® Ag Hydrofiber®)

Liite 3; II Asteen palovamma - ohje potilaalle (Flamazine®)

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on selvittää palovammojen hoitoa sekä niihin liittyvää kivunhoitoa avohoidossa. Tarkoituksena on tuottaa potilasohje II-asteen palovammojen sekä kivun hoitamisesta Virtain terveyskeskuksen asiakkaille. Hoitotyönjohtajan pyynnöstä tuotetaan hoito-ohjeet erikseen Flamazinella ja Aquacel Ag:llä hoidettaville potilaille. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön hoito-ohjeen tavoitteena on potilaan kokonaisvaltainen huomiointi ja samalla motivoida potilas ymmärtämään, miten hän voi itse vaikuttaa haavan parantumiseen sekä kokemansa kivun hoitamiseen.

Tutkimuksen mukaan (Tengvall, Björnhagen, Lindholm, Jonsson & Wengström 2006, 177) terveydenhuollon henkilöstö ei huomioi riittävästi potilaan kertomusta kivun kokemisesta. Tengvall ym. (2006, 177) mainitsevat tutkimuksessaan myös sen, että useiden muidenkin tutkimusten mukaan on näyttöä siitä, että sairaanhoidon ammattihenkilöstö aliarvioi palovammapotilaiden kipua. Potilaan kokemasta kivusta ja sen hoidosta sekä palovammoista on olemassa kirjallista tietoa, mutta tutkimustietoa ei paljon ole saatavilla. Hoitotyöntekijöiden kokemuksen mukaan potilaiden kivunhoito on usein puutteellista, etenkin haavahoitojen yhteydessä. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan paneutuminen potilaan kokemaan kipuun saattaa olla puutteellista eri syistä johtuen, esimerkiksi kiireen vuoksi. Myös potilaiden myönteisyys lääkehoitoon ja kivunhoitoon vaihtelee.

Opinnäytetyön tavoitteena on saada uutta tietoa II-asteen palovammoista ja palovammakivun hoidosta sekä päivystyspoliklinikalle että potilaalle. Opinnäytetyö ohjeistaa poliklinikka-asiakkaan palovammojen hoitoa ja antaa oikeaa tietoa riittävän kivunhoidon merkityksestä potilaalle palovammojen hoidossa, sekä poliklinikalla että koti-oloissa.

Hyvä opinnäytetyön aihe on sellainen, joka lähtee koulutusohjelman opinnoista ja luo yhteyksiä työelämään teorian ja taidon kautta (Vilkkä & Airaksinen 2004, 16). Tämän opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Virtain terveyskeskuksen poliklinikalla, mistä pyyntö opinnäytetyön aiheeksi on tullut.

2 IHO JA PALOVAMMAT

2.1 Iho

Iho toimii rajapintana elimistön ja ulkomaailman välillä. Sen rakenteessa on kolme eri kerrosta; orvaskesi (epidermis), verinahka (dermis) ja ihonalainen kerros (subcutis). Kerroksineen iho on 15-25% elimistön painosta ja sisältää kolmasosan kehon kiertävästä verimäärästä. Naisen iho on hieman ohuempaa kuin miehen. Iho ohenee kaikilla 70. ikävuoden jälkeen. Aikuisen ihon kokonaispinta-ala on 1.5- 2 m² ja pH on noin 5.5. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2005, 9.)

Iholla on monia erilaisia tehtäviä. Se suojaa elimistöä mekaanisilta ja kemiallisilta ärsykkeiltä, nestehukalta, ultraviolettisäteiltä ja mikro-organismeilta. Se toimii elimistön rasva- ja nestevarastona ja muuttaa kolesterolia D3-vitamiiniksi auringon ultraviolettisäteiden vaikutuksesta. Lisäksi iho säätelee elimistön lämpötilaa ja toimii paine-, tunto-, lämpö-, kylmä- ja kipuaistimena. Iho toimii myös tunneviestien välittäjänä ympäristölle. (Bjälle ym. 2008, 20.)

2.1.1 Orvaskesi eli epidermis

Epidermis on ihon uloin kerros, jossa ei ole verisuonia. Se koostuu pääsääntöisesti viidestä eri kerroksesta; sarveis-, kirkas-, jyväs-, oka- ja tyvisolukerroksesta. Sarveis- ja keratiinikerroksen esiintyvyyden mukaan epidermisen paksuus vaihtelee suuresti kehon eri kohdissa. Keskimäärin epidermis on paksuudeltaan 0.1-0.2 mm, paksuimmillaan se on jalkapohjissa ja kämmenissä, jopa 0.4-0.6 mm. (Hietanen ym. 2005, 10.)

Päällimmäisenä epidermiksessä on sarveiskerros (stratum corneum), joka muodostuu useista kerroksista litteitä, kuolleita, keratiinin täyttämiä soluja, jotka ovat sarveistuneet. Ne sisältävät liukenematonta proteiiniä ja niiden tehtävänä on suojella ihoa pH:n ja lämpötilan muutoksilta ja tehdä siten ihosta vesitiivis ja vastustuskykyinen. Kuollutta sarveiskerrosta irtoaa päivittäin hankauksessa ja rasituksessa, esimerkiksi ihon pesussa noin 5-15g. Jatkuva mekaaninen rasitus

paksuntaa sarveiskerrosta, esimerkiksi lapiotyömiehen kämmenissä. (Hietanen ym. 2005, 10.)

Kirkassolukerrosta (*stratum lucidum*) muodostuu tumattomista ja jyvättömistä litteistä soluista, jotka sisältävät eleidiiniä, sarveisaineen muodostuksen välivaiheessa syntyvää ainetta, joka koostuu keratohyaliinistä. Kirkassolukerrosta on vain niissä kohdissa kehoa, missä epidermis tarvitsee erityistä tukea ja vahvistusta, kuten kämmenissä ja jalkapohjissa. (Hietanen ym. 2005, 10.)

Jyväissolu- eli granulaarikerros (*stratum granulosum*) koostuu 2-3-jyväisestä litteästä solukerroksesta. Nämä jyväset muodostuvat sarveisaineen muodostuksen esivaiheessa. Jyvässolukerroksessa on myös kuolleita jyvässoluja, jotka eivät ole vielä tulleet sarveiskerrokseen poistua ihon pintaan. Jyvässolukerros on välittömästi sarveiskerroksen alla, paitsi niissä kohdissa kehoa, missä on kirkassolukerrosta sarveiskerroksen alla. (Hietanen ym. 2005, 10.)

Okasolukerroksessa (*stratum spinosum*) on soluja, jotka liittyvät toisiinsa pienillä ulokkeilla, jotka muistuttavat piikkejä tai väkäsiä. Okasolukerros sisältää erilaistuvia, eläviä soluja, jotka voivat muuttua sarveis-, kirkassolu- ja jyväkerroksen soluiksi. (Hietanen ym. 2005, 10-11.)

Tyvisolukerros eli *membrana basalis* (*stratum basale* eli *stratum germinativum*) rajoittuu verinahkaan. Tyvisolukerros sisältää vain eläviä soluja, jotka yhdessä okasolukerroksen kanssa muodostavat ihosoluja tuottavan osan, jossa solut jakaantuvat taukoamatta. Solujen muodostuttua ne siirtyvät ihon ylempiin kerroksiin, aina sarveiskerrokseen asti. Epidermis saa ravintonsa ja happensa dermiksestä, jossa sijaitsee tyvikalvo eli *membrana basalis*. Iho ruskettuu ja suojautuu auringonvalolta tyvisolukerroksessa olevien melanosyyttien avulla. (Hietanen ym. 2005, 10-11.)

2.1.2 Verinahka eli dermis eli corium

Dermis sijaitsee epidermiksiä alla ja niiden raja on aaltomainen. Epidermis työntyy karvatuppien mukana syvälle verinahkaan. (Hietanen ym. 2005, 11.) Verinahan paksuus on 0.5-3mm. Verinahka koostuu sidekudoksesta (kollageeni 90%, elastiini 5% ja soluväliaineesta 5%), hikirauhasista, talirauhasista, karvatupista, verisuonista ja hermopäätteistä. (Bjälle ym. 2008,21.) Haavan paranemisprosessissa keskeisimpiä rakennusaineita ovat elastiini ja kollageeni (Hietanen ym. 2005, 12). Kollageenisäikeiden tehtävänä on vahvistaa ja tukea verinahkaa ja elastiinisäikeet antavat sille joustavuutta (Bjälle ym. 2008, 21).

2.1.3 Ihonalaiskudos eli subcutis

Subcutis on ihon paksuin kerros ja sen tehtävänä on toimia ihon tukena, painetta tasaavina tyynyinä (kämmenissä ja jalkapohjissa), rasvavarastona, lämpöeristeenä ja suojella ihonalaisia elimiä (Hietanen ym. 2005, 13; Bjälle ym. 2008, 23). Ihmisen ikä, hormonaalinen tila ja rasvakudoksen sijainti vaikuttavat rasvakudoksen paksuuteen. Laihan ihmisen ihonalaiskudos on noin 2-10 mm, kun lihavalla ihmisellä sitä voi olla esimerkiksi vatsan tai lantion alueella yli 10 cm. Haavan syvyyttä arvioidessa tulee kiinnittää huomiota siihen, mihin ihon kerrokseen asti haava ulottuu. Lihavalla ihmisellä 2 cm haava ulottuu subcutikseen, mutta samanmittainen haava laihalla ihmisellä voi yltää jo lihaskudokseen, luuhun tai niveleen saakka. (Hietanen ym. 2005, 13.)

2.2 Palovammat

Suomen sairaaloissa saa vuosittain hoitoa noin tuhat palovammapotilasta. Avohoidon puolella määrä on yli kymmenkertainen. (Papp, Koljonen & Vuola 2007.) Vuonna 2011 Virroilla oli Väestorekisterikeskuksen mukaan 7472 asukasta. Vuonna 2010 Virtain terveyskeskuksen poliklinikalla hoidettiin 46:tta palovammapotilasta, joille kertyi yhteensä 131 käyntiä (Laaksonen 2011).

Palovammat ovat lämmön, sähkövirran, säteilyn tai syövyttävän kemikaalin aiheuttamia kudosisvaurioita. Palovamma voi syntyä kuuman nesteen, höyryn tai rasvan aiheuttamana, liekkivammana, kontaktipalovammana, sähköpalovammana, tai kemikaalien aiheuttamana vammana. Palovammojen syvyyteen vaikuttavat lämpötilan lisäksi lämmön välittymistapa ja altistuksen kesto. Esimerkiksi ihon läpäisevä palovamma voi syntyä 15 minuutissa, jos lämpötila on 50 °C ja 5 minuutissa, jos lämpötila on 60 °C. (Puolakka 2002, 690-692.) Papp (2002, 14) kertoo 65-asteisen veden saavan aikaan syvän kaikkien ihon kerrosten läpi ulottuvan palovamman noin 20 sekunnissa ja 100 asteisen noin sekunnissa, jollei lämmönlähdettä poisteta.

Palovammat on luokiteltu hoitolinjan selkiyttämiseksi ja hoitomuotojen vertailun helpottamiseksi. Eriasteiset palovammat paranevat eri tavoin ja näiden mekanismien ymmärtäminen on perusta palovammahaavojen oikealle hoidolle. (Vuola 2005, 125.)

2.2.1 Palovammojen luokitus

1.asteen palovamma (kuva 1.) käsittää ihon uloimman osan eli verenkierrottoman epidermoksen (Vuola 2005, 125). Ulkonäöltään vamma on punottava ja siinä ei ole rakkuloita. Tunto on normaali ja alue on kosketusarka. (Puolakka 2002, 694.) Vamma-alueella on kapillaarireaktio eli haavapinta kalpenee esimerkiksi spaattelilla painettaessa ja punainen väri palaa välittömästi kosketuksen jälkeen (Papp 2009). 1.asteen palovamma on pinnallinen ja paranee noin viikossa perushoidolla (Vuola 2005, 125).



Kuva 1. Ensimmäisen asteen palovamma. (Kallio ym. 2011, 21.)

2.asteen pinnallinen palovamma (kuva 2.) käsittää dermiksen yläosan. Ulkonäöltään vamma on punottava, vuotaa helposti ja kapillaarireaktio on säilynyt. (Puolakka 2002, 694.) Useimmiten rakkulat ilmaantuvat vasta 4-16 tunnin kuluttua vamma-alueesta (Papp 2009). Vamma-alue on erittäin kipeä. Hoitolinjana on konservatiivinen hoito ja alue parantuu noin kahdessa viikossa. (Puolakka 2002, 694.)



Kuva 2. Toisen asteen pinnallinen palovamma. (Kallio ym. 2011, 21.)

2.asteen syvä palovamma (kuva 3.) käsittää vamma-alueenaan koko dermiksen. Ulkonäöltään vamma on punottava tai vaalea ja vuotaa pistosta. (Puolakka 2002, 694.) Usein vammaan ilmaantuu rakkulat alle kahdessa tunnissa

vammatapahtumasta (Papp 2009). Vamma-alue on kivulias ja tunto-aisti on heikentynyt alueella (Puolakka 2002, 694). Muutamien päivien kuluessa palovammaan muodostuu vaaleaa katteista kuollutta kudosta dermiksen tuhoutumisen seurauksena. Parantuminen lähtee karvatuppien, hiki- ja talirauhasten ympärillä olevien epiteelikerroksen soluista, pistemäisinä saarekkeina ja kestää viikkoja. Hoitolinjana useimmiten on kirurginen kuolleen kudoksen poisto ja ihonsiirto. (Vuola 2005, 126.)



Kuva 3. Toisen asteen syvä palovamma. (Kallio ym. 2011, 21.)

3.asteen palovamma (kuva 4.) yltää koko ihon läpi (epidermis, dermis, subcutis osittain tai kokonaan), jopa lihaksiin ja luihin asti. Väri vaihtelee korppumaisesta mustasta, nahkamaiseen vihreään tai harmaaseen. Koska ihon hermopäätteet ja reseptorit ovat tuhoutuneet, iho on tunnoton ja potilas on kivuton. (Vuola 2005, 126.) Palovamma-alueella ei ole rakkuloita, se ei vuoda, eikä siinä ole kapillaarireaktiota (Puolakka 2002, 694). Pinnaltaan haava on usein kuiva. Potilas, jolla on syvä palovamma, tulee lähettää heti erikoissairaanhoidon leikkaushoidon järjestämiseksi. (Papp 2009.)



Kuva 4. Kolmannen asteen syvä palovamma. (Kallio ym. 2011, 21.)

Palovammojen laajuuden arviointiin voidaan käyttää yksinkertaisia nyrkkisääntöjä. Potilaan kämmenen pinta-ala, sormet yhdessä, on noin 1% kokoinen palovamma koko ihon pinta-alasta. Jos palovamma on pinnallinen ja alle 10% ihon pinta-alasta se voidaan hoitaa avoterveydenhuollossa. Yli 5% palovammat lapsilla ja vanhuksilla on yleensä syytä lähettää eteenpäin. Useimmiten näin on syytä toimia myös kasvojen, kämmenten, jalkapohjien ja sukuelinten vammoissa. (Ritala 2001, 11.)

2.2.2 Palovammojen vammamekanismit

Palovammat syvenevät noin 2-3 päivän ajan, ulomman ihon osan verenkierto heikkenee ja alkuperäistä syvemmät osat muuttuvat kuolleiksi (Vuola 2005, 126). Palovammaa voivat syventää myös vamman kuivuminen ja infektio (Papp 2009). Toisen asteen palovamman syvyyden lopullinen arviointi voi tapahtua aikaisintaan noin 3 vuorokauden kuluttua vammatapahtumasta. Tässä ajassa pinnallinen toisen asteen palovamma voi muuttua syväksi toiseen asteen vammaksi, jolloin alun perin suunniteltu konservatiivinen hoito saattaa muuttua leikkaushoidoksi. Oikeaa hoitolinjan valintaa helpottaa vammamekanismin tunnistaminen. (Vuola 2005, 126.)

Kuuman nesteen tai rasvan aiheuttama vamma, joista yleisin palovamman aiheuttaja on kuuma vesi (Puolakka 2002, 690). Kuuma vesi aiheuttaa yleensä 2.asteen pinnallisen tai syvän vamman (Vuola 2005, 126). Tapaturmaisesti saatu, kuuman nesteen aiheuttama palovamma sisältää kuumien pisaroiden aiheuttamia roiskemaisia palovammoja. Palovamma-alue ei tällöin ole tarkkarajainen. Mikäli potilas tai saattaja kertoo vamman syntyneen kuuman veden aiheuttamana, alueen ollessa tarkkarajainen ja ilman roiskevammoja, on syytä epäillä palovammaa ei-tapaturmaiseksi. Esimerkiksi lapsen raaja tai raajat on upotettu kuumaan veteen. (Hartford & Kealey 2007, 68.)

Hengitystiepalovammaa kannattaa epäillä, jos on kyseessä tulipalo suljetussa tilassa, liekkivamma tai tilanteeseen liittyy kuuma höyry, kyseessä on kasvojen tai kaulan palovamma tai sierainkarvat, kulmakarvat tai silmäripset ovat palaneet. Ylähengitystiepalovammassa suu on turvonnut tai rakkuloilla ja ääni on käheä ja sisäänhengitys vinkuu. Ylähengitystiet voivat turvota nopeasti 15-30 minuutissa, joten jos epäily ylähengitysteiden palovammasta syntyy, on anestesiaintubaatio tarpeen. Alahengitysteiden palovamma kehittyy keuhkopöhöksi vasta tuntien kuluttua tapaturmasta. (Puolakka 2002, 692.)

Liekkivammat ovat useimmiten syviä 3.asteen palovammoja. Vakavimpia vammoja syntyy asuntopaloissa ja niihin liittyy usein hengitystiepalovamma. (Vuola 2005, 126.) Grillausnesteen lisääminen tulen palaessa saattaa aiheuttaa kasvojen ja käsien välittömän syttymisen. Tilannetta voi vielä pahentaa vaatteiden syttyminen ja niiden ihoon kiinni palaminen. (Puolakka 2002, 690.)

Kontaktivamma syntyy lapsille tyypillisesti kämmeniin kuumaa keittolevyä tai silitysrautaa kosketettaessa (Puolakka 2002, 690-691; Vuola 2005, 126). Tämä aiheuttaa useimmiten syvät 2. asteen vammat, joiden konservatiivinen hoito on usein menestyksekäs verrattuna muihin toisen asteen syviin palovammoihin (Vuola 2005, 126). Aikuisilla kontaktipalovamman voi aiheuttaa esimerkiksi alkoholin vaikutuksen alaisena kuumaan kiukaaseen horjahtaminen (Puolakka 2002, 690). Palovamma on tarkkarajainen, syvä ja edellyttää useimmiten leikkaushoitoa (Vuola 2005, 126).

Sähkövamma syntyy työtapaturmana tai taloussähkötapaturmana. Sähkön sisään- ja ulostuloaukko voivat näkyä vain pieninä mustankeltaisina läiskinä raajojen ääripäissä, mutta syvät palovammat sijaitsevat laajoina alueina lihaksissa, jänteissä, hermoissa ja sisäelimissä. (Puolakka 2002, 692.) Korkeajännitevirta voi aiheuttaa myös valokaarivamman, jossa virta kulkee vaatteita tai ihon pintaa pitkin ja aiheuttaa liekkivamman tyyppisen vaurion. Vaurioita voi olla myös syvemmällä kudoksissa. Tämä vammamekanismi syntyy useimmiten sähkömiehille tai päihtyneille nuorille, jotka kiipeilevät junan katoille tai sähköpylväisiin. (Vuola 2005, 126-127.)

Kemikaalivammat ovat tyypillisesti työtapaturmia (Puolakka 2002, 692). Syövyttäviksi aineiksi luokitellaan yleensä emäkset joiden pH on yli 11.5 sekä hapot joiden pH on alle 2. Aineen syövyttävyyttä ei kuitenkaan voi täysin luokitella pelkän pH:n mukaan. Viinihappo ja sitruunahappo ovat hyvin happamia eivätkä syövytä, mutta fluorivetyhappo on erittäin syövyttävä aine siitä huolimatta, että sen pH on 6. Emäkset voivat aiheuttaa iholle punotusta ja kipua sekä vakavia kemiallisia palovammoja. Ihon ensiapu eli huuhtelu viivästyy helposti, sillä kipu ei tunnu heti. Hapot voivat aiheuttaa iholle vaaleita laikkuja, kipua ja vakavia kemiallisia palovammoja. (Pajarre 2003, 1.) Kemialliset vammat rinnastetaan palovammoihin lähinnä niiden samankaltaisen vauriotyyppin vuoksi (Vuola 2005, 127).

Säteilypalovamma voi syntyä säteilyonnettomuudessa, joka on teoriassa mahdollista ydinjätteiden kuljetuksessa ja käsittelyssä (Puolakka 2002, 692). Syöpätautien hoidossa käytetty sädehoidon aiheuttama kudosaivaurio riippuu annoksesta ja toisaalta eri kudokset sietävät säteilykuormitusta eri tavoin (Juutilainen 2005, 213). Lievä punotus iholla sädehoidon jälkeen on hyväksyttävä hoidon sivuvaikutus. Sädehoidossa annosjakauma on hyvin tiedossa, joten vaikeita ihovaurioita ei Suomessa ole tapahtunut. (Paile 2009, 58-59.)

Saunailmapalovammat ovat harvinaisia jopa meillä innokkaiden saunojien maassa. On erittäin todennäköistä, ettei suomalainen lääkäri tule uransa aikana hoitamaan yhtäkään saunailmapalovammaa. Saunailmapalovammojen syntymekanismina on pitkittynyt altistuminen kuumalle, kuivalle ilmalle. Potilaiden taustatiedot ovat samanlaiset; potilas on jäänyt ystävien tai vaimon saatua

tarpeekseen saunomisesta, vielä hetkeksi nauttimaan löylyistä. Tämän jälkeen potilas löydetään 30-60 minuutin kuluttua lauteilta tajuttomana. Yleensä kyseessä on mieshenkilö, joka on menettänyt tajuntansa sairaskohtauksen tai alkoholinkäytön seurauksena. (Koljonen 2009.)

Pitkään kuumalle ilmalle altistuminen aiheuttaa erittäin vaikean palovamman, johon liittyy ihon kaikkien kerrosten tuhoutuminen ja ihonalaiskudoksen kuolio ja sitä seuraava rbdomyolyysi. Näiden palovammojen syntyä edistävät saunomisen aiheuttamat fysiologiset muutokset yhdistettynä liikkumattomuuteen, nestehukka, vähentynyt hikoilu, trombosytoosi ja ihon heikentynyt verenkierto. Jos potilas on maannut saunassa esimerkiksi vasemmalla kyljellään, palovammat sijaitsevat oikealla kyljellä, joka on tässä asennossa sijainnut korkeammalla. (Koljonen 2009.)

Sairaalaan tuotaessa vammat näyttävät hyvin viattomilta, kuumalle ilmalle alltiina ollut alue punertaa vain hennosti. Altistuneet alueet muuttuvat seuraavien tuntien aikana tarkkarajaisimmiksi ja yleensä ensimmäisenä tapaturman jälkeisenä päivänä todetaan 3.asteen palovamma. Alkuvaiheen viattomannäköisen saunailmapalovamman saaneet tulee aina ottaa palovammaosastolle tehohoitopotilaaksi. Hoitona on estää rbdomyolyysiin liittyvät munuaisvauriot ja suorittaa tarvittavat faskiaaliset eli lihaskalvoon ulottuvat leikkaukset, amputaatiot, kielekkeet ja ihonsiirrot. (Koljonen 2009.)

2.2.3 Haavan paranemisen biologia ja elimistön ravinnontarve

Haavan paranemisessa erotetaan kolme eri vaihetta; inflammaatio-eli tulehdusvaihe, uudelleenmuodostumis- eli profileraatiovaihe ja kypsyminen eli maturaatiovaihe. Inflamaatiovaiheen tarkoituksena on suojella elimistöä lisävaurioilta ja puhdistaa haava kuolleista soluista ja soluväliaineista. (Hietanen ym. 2005, 28.) Vahingoittunut kudos ja rikkoutuneet solut vapauttavat histamiiniä ja muita välittäjäaineita. Ne saavat aikaan verisuonten laajentumisen haavaa ympäröivässä kudoksessa ja siten lisäävät verenkiertoa haavassa. Haava ympäristöineen muuttuu lämpimäksi ja punaiseksi. Paikallista turvotusta ja kipua aiheuttaa kapillaareista solunsisäiseen tilaan, siirtyvä proteiinipitoinen neste. Haavassa on punotusta, turvotusta ja kipua, mutta se kuuluu

inflammaatiovaiheeseen, eikä kyseessä ole antibiootteja vaativa infektio. (Hietanen ym. 2005, 30.)

Proliferaatiovaihe käsittää granulaatiokudoksen syntymisen, haavan reunojen lähentymisen kohti toisiaan (kontraktio) ja epiteelin yhteenkasvamisen. Aluksi haavapohja kärsii hapen ja ravintoaineiden puutteesta, joka korjaantuu, kun uusia kapillaareja muodostuu haavapohjaan. Runsas verisuonitus takaa solujen hapen ja ravintoaineiden saannin ja näin edistää epitelisaatiota ja kollaageenisäikeiden muodostumista. Uudet hiussuonet, kollageenisäikeet, fibroblastit, valkosolut ja sidekudos muodostavat granulaatiokudoksen. Haavan granuloinnille edellytyksenä on, että haavan pohja on puhdas vierasesineistä ja kuolleesta kudoksesta (inflamaatiovaiheessa). Terve granulaatiokudos on merkki haavan paranemisesta, se voi kasvaa haavapohjasta alkaen, mutta myös haavan reunoilta sisäänpäin. (Hietanen ym. 2005, 31.) Palovammoissa epiteelisolut kasvavat joko haavan reunoilta tai karvatupen, hikirauhasten tai talirauhasten osista, joissa on jäljellä tyvikalvoa (Hietanen ym. 2005, 32).

Maturaatio- eli kypsymisvaihe alkaa, kun haava on täyttynyt sidekudoksella ja haavan epitelisaatio on päättynyt. Vaihe voi kestää kuukausia tai jopa vuosia. Sen aikana haava saavuttaa lopullisen vetolujuutensa, joka on 60-70% alkuperäisestä ihon vetolujuudesta. Kypsymisvaiheessa ihossa ei ole ihokarvoja, hikirauhasia eikä talirauhasia. (Hietanen ym. 2005, 32.)

Riittävän ravinnon merkitys haavan paranemisprosessissa, on tunnettu vuosisatojen ajan (Greenhalg 2007, 588). Potilaan ruokavalion tulee tarjota tasapainoisesti ravintoaineita; proteiineja, hiilihydraatteja, rasvoja, vitamiineja ja kivennäisaineita. Riittävä energian saanti on haavapotilailla välttämätöntä, näin ravinnon proteiinit voidaan hyödyntää kudosten rakennusaineina, eikä niitä käytetä energian muodostukseen. (Hakala 2002, 26.) Esimerkiksi vanhuksien syömät ruoka-ainemäärät ovat usein pienentyneitä. Tällöin myös ruoasta saatujen proteiinien, kivennäisaineiden ja vitamiinien määrä jää riittämättömäksi. (Suominen ym. 2010, 14.)

2.2.4 Palovamman hoito

Palovammojen hoito on aina moniammatillista yhteistyötä ja siinä tarvitaan eri asiantuntijoiden tietoa ja taitoa. Haavanhoitokäytäntöjen ja toimintatapojen tulisi olla yhdessä sovittuja sekä säännöllisesti ja myös kriittisesti arvioituja. Ammattitaitoisen toiminnan takana on hyvä peruskoulutus, työkokemus, henkilökohtainen mielenkiinto, jatkuva kouluttautuminen ja tutkitun tiedon käyttö haavanhoitoa koskevan päätöksenteon pohjana. (Hietanen ym. 2005, 27.) Potilaslähtöisessä palovamman hoidossa keskeisiä asioita ovat aseptiikka ja kivunhoito, asianmukaiset haavanhoitotuotteet ja niiden oikea käyttö, asiakkaan ja läheisten opetus ja ohjaus sekä jatkuva haavan paranemisen arviointi ja dokumentointi (Hietanen ym. 2005, 28).

Palovammojen paikallishoidon tavoitteina on ihon kasvun edistäminen, infektioiden estäminen ja kivun lievittäminen. Ennen hoitoon hakeutumista palovammaa tulisi jäähdyttää viileällä noin 20-asteisella vedellä 10-20 minuutin ajan. (Ritala 2001, 11.) Vamma-alueen ollessa yli 44°C astetta palovamma jatkaa syvenemistään (Hartford & Kealey 2007, 70). Palovammahaavan hoidossa aseptiikalla on tärkeä merkitys (Andersson 2001, 16). Haava-infektion ennaltaehkäisyssä tehokkain ja tärkein keino on oikein toteutettu käsihygienia. Tämä pitää sisällään käsien pesun, kynsien siisteyden, käsien ihonhoidon, käsien desinfektion ja suojakäsineiden käytön. Rakenne- tai tekokynsiä, kynsilakkaa, sormuksia, käsikoruja tai rannekeita ei tule käyttää hoitotyössä puhdistettavuusongelman vuoksi. (Hietanen ym. 2005, 67-68.) Aseptista työskentelytapaa on noudatettava välineiden keräyksestä roskien ja välineiden jälkikäsittelyyn saakka (Hietanen ym. 2005, 66-67).

Haavanhoito toteutetaan tehdaspuhtain käsinein ja steriloiduin instrumentein. (Andersson 2001, 16.) Ennen haavahoidon aloitusta laitetaan tarvittavat instrumentit ja hoitotuotteet valmiiksi hoitopöydälle (Andersson 2001, 17). Sidokset poistetaan palovammasta juuri ennen haavan puhdistamista, näin estetään haavan jäähtyminen. Sidoksia poistettaessa huomioidaan, kuinka hyvin ne ovat pysyneet paikoillaan, ovatko ne tarttuneet kiinni haavaan, erityksen määrä, väri ja haju sekä millainen on palovammaa ympäröivän ihon kunto. Haava puhdistetaan 37°C asteisella juomakelpoisella vedellä, mieluiten suihkuttamalla. Suihkutuksen

ei tulisi kestää muutamaa minuuttia kauempaa. Pitkään jatkuva suihkutuspöly läpäisee solukalvon, johtaen solujen rikkoutumiseen ja aiheuttaen erityksen lisääntymistä ja kudosturvotusta. Suihkutuksen voi korvata olosuhteiden niin vaatiessa, isotonisella (0.9%) keittosuolalla tai Ringerin liuoksella. (Hietanen ym. 2005, 70.) Lian ja karstan poistumista haavapinnalta voi helpottaa esimerkiksi kangastaitoksella (Andersson 2001, 17).

Palovamma puhdistetaan mekaanisesti jokaisen sidevaihdon yhteydessä (Hietanen ym. 2005, 73). Palovammarakkulat puhkootaan ja niiden katot poistetaan (Kallio 2011). Kuollut kudos poistetaan haavasta instrumentein; pienillä saksilla, anatomisilla - tai papukaija-atuloilla, haavakauhan, kyretin tai kirurgisen veitsen avulla (Hietanen ym. 2005, 73). Tavoitteena on poistaa kuollut kudos ja näin toimimalla vähentää haavan bakteerikuormitusta (EWMA 2006). Mekaaninen puhdistus vaatii haavassa olevan kuolleen kudoksen tunnistamista, ettei vahingoitettaisi tervettä kudosta. Kivunhoidosta ennen mekaanista puhdistusta on huolehdittava. (Hietanen ym. 2005, 73.) Palovamman parantumisen seurannassa voidaan käyttää pituuden, leveyden ja syvyyden (pumpulitikku) mittaamista tai valokuvausta (mitta-asteikko kuvaan mukaan) asiakkaan luvalla (Hietanen ym. 2005, 50-52, 54).

Palovammoja on hoidettu vuosikymmeniä hopealla. Tutuin tuotteista lienee Korean sodan aikana kehitetty hopeasulfadiatsiinivoide eli Flamazine®. (Papp ym. 2007). Se on valmistettu hopeanitraatista ja natriumsulfadiatsiinista, ominaisuuksiltaan voide on veteen liukenematon, kiteinen ja valkea. Flamazinessa pääasiallisesti vaikuttavana aineena on hopea ja voidetta levitetään haavapinnalle 3-5 mm paksuinen kerros. Tuotteen etuina ovat käytön helppous, kivuttomuus ja potilaiden hoitomyöntyvyys. (Papp & Härmä 2010, 245.) Koska tuote sisältää sulfaa, sitä ei voi käyttää sulfa-allergisilla, odottavilla äideillä, imettävillä äideillä eikä alle 2kk ikäisillä vauvoilla (Hartford & Kealey 2007, 73). Flamazinen käyttö on kuitenkin varsin työlästä, sillä se vaatii tiheät vaihtovälit (Papp ym. 2007). Hopeasulfadiatsiinin käyttö on liitetty pidempään kuolleen kudoksen irtoamisaikaan, haavan hitaampaan paranemiseen ja haavapohjaa puhdistavien entsyymipohjaisten aineiden inaktivaatioon (EMWA 2006). Mikäli kirjallisuudessa on otettu kantaa peittositeeseen, on tällöin neuvottu asettamaan pehmeä, paksu

sidos avattuja kuivia sideharsotaitoksia ja toisinaan asettamaan rasvaharsosidos tai silikoniverkkosidos Flamazinen ja harsotaitosten väliin estämään Flamazinen imeytymistä harsotaitoksiin (Ritala 2001, 11; Andersson 2001, 16; Vuola 2005, 129). Virtain terveyskeskuksessa Flamazinen peittositeenä on pitkään käytetty Meloline tai Solvaline sidosta. Näiden sidosten käyttöä puoltaa kalvoitus, joka estää Flamazinen imeytymistä peittositeeseen. Lisäksi tuotteissa on hyvä imukyky, ne ovat leikattavissa sopivan kokoisiksi, ne eivät tartu haavaan ja ovat hankintahinnaltaan hyvin edullisia.

Hopeaa sisältävät haavanhoitosidokset ovat vallanneet haavanhoitomarkkinat kuluneen 10 vuoden aikana (Papp & Härmä 2010, 245). Ne kehitettiin vapauttamaan hopeaa hitaasti ja tasaisesti, vähentämään paikallista sytotoksisuutta ja värjäytymistä sekä edistämään haavan parantumista ja nesteiden hallintaa (EWMA 2006). Raskasmetallina hopea myrkyttää mikrobien elektronitransporttisysteemin heikentäen sen DNA:ta ja tappaen mikrobin. Hopeaa ei kuitenkaan ole vapaasti tarjolla kaikissa tuotteissa, eikä sitä vapaudu haavaan identtisesti. Hopea Ag⁺ sitoutuu haavanesteen kloori-ioniin inaktivoiden sen. Tämän vuoksi hopeaa täytyy vapautua haavaan riittävän suurina pitoisuuksina, jotta aktiivista, vapaata hopeaa olisi tarjolla sitoutumisen jälkeenkin. (Papp & Härmä 2010, 245.)

Aquacel Ag[®] on hopealla kyllästetty antimikrobinen ja imukykyinen sidos. Koostumukseltaan se on pehmeä, steriili, kuitukankainen haavatyyny tai -nauha, joka koostuu Hydrofiber[®] kuidusta ja ionisoidusta hopeasta. Sidoksessa olevalla hopealla on laajakirjoinen, haavoissa esiintyviä erilaisia bakteerikantoja tappava vaikutus. Aquacel Ag[®] pystyy imemään suuria määriä haavaeritettä ja bakteereita itseensä, muodostaen pehmeän, koossa pysyvän geelin. Näin toimien sidos muotoutuu tiiviisti haavan pinnan mukaiseksi, pitäen haavan kosteana ja edistäen haavan luonnolliseen parantumiseen kuuluvaa inflammaatiovaihetta. Tuotetta ei tule käyttää potilailla, jotka ovat yliherkkiä hopealle tai natriumkarboksimeetyyliselluloosalle. Aquacel Ag[®] asetetaan palovammalle niin, että se ulottuu vähintään 1cm verran haavaa ympäröivän ihon päälle. Peittositeenä voidaan käyttää haavaerityksestä riippuen joko kosteutta pidättävää peittosidettä, tai jos erityis on runsasta tarttumaton peittosidosta, kuten

sideharsotaitosta. Jos haava on kuiva, voidaan Aquacel Ag® kostuttaa steriilillä keittosuolaliuoksella. (ConvaTec Inc. 2010.)

Tutkimuksessa on todettu, että Aquacel Ag®:llä hoidetut palovammat paranivat nopeammin ja sidevaihtojen kivuliaisuus oli matalampi. Potilaille harvemmat sidevaihdot olivat miellyttävämpiä sekä hoidon kokonaiskustannus oli pienempi, kuin Flamazinella hoidetussa ryhmässä. Tutkimuksessa sidokset vaihdettiin ja haava-alue tarkistettiin joka kolmas päivä. (Muangman, Pundee, Opananon & Muangman 2010, 272.)

Uuden käyttösuosituksen mukaan Aquacel Ag® voidaan jättää paikoilleen haavan parantumiseen saakka (Papp ym. 2007). Tällöin sidoksen pitää ulottua vähintään 5cm:n verran palovammaa ympäröivän ihon tai viereisen Aquacel Ag®-sidoksen päälle ja se peitetään imukykyisellä haavatyynyllä. Tällöin peittosidos tarkistetaan ajoittain ja tarkistetaan Aquacel Ag®-sidos poistamatta sitä palovamman päältä. Kyseisessä hoitomuodossa Aquacel Ag:n tarttuminen haavaan on toivottava ilmiö. Palovamman epitelisoituessa sidos irtoaa tai on helposti irrotettavissa. (Convatec Inc. 2010.) Tutkimustietoa tästä menetelmästä on kuitenkin hyvin vähän saatavilla. Tällä menetelmällä saattaa olla myös riskitekijöitä. Sidos muodostaa keinotekoisien ruven haavan päälle, jolloin haavan kuntoa ei voi seurata.

Uudet aktiiviset haavanhoitotuotteet sekä erilaiset tekniset apuvälineet voivat helpottaa ja tehostaa haavanhoitoa, mutta niillä ei voida ohittaa perusasioita. Haava on diagnosoitava oikein, paranemisen esteenä olevat tekijät on pyrittävä poistamaan sekä paikallishoidon tärkein tekijä, haavan puhdistus on toteutettava oikein. (Juutilainen & Niemi 2007.) Haavatuotteiden käytön vasta-aiheet on tunnettava. Epäiltäessä vasta-aihetta on valmistajan antamia ohjeita noudatettava. Potilaan ja potilaan haavan jatkuva arviointi on välttämätöntä tulosten seurannalle ja arvioinnille. (EWMA 2006.) Haavan paikallishoito on dynaaminen tapahtuma, kuhunkin tilanteeseen valitaan sopiva hoito ja sidosmateriaali. Monet uudet haavasidokset ovat varsin hintavia. Kokonaiskustannuksia on kuitenkin arvioitava sidosten vaihtovälien ja hoitotulosten nojalla. (Juutilainen & Niemi 2007.) Hopeasidoksia on käytettävä ainoastaan perustellusti, koska liikakäyttö saattaa johtaa bakteeriresistenssin kehittymiseen (EWMA 2006). Paikallishoitoaineiden tarkoituksena ei ole steriloida haavoja. Tehokkaimmillakin aineilla voidaan

ainoastaan vähentää haavan bakteeripopulaatiota, kunnes haava epitelisoituu. Paikallisantiseptia voidaan vaihtaa kahden viikon välein bakteeriresistenssin estämiseksi. Resistenttien kantojen syntymistä edistää matalia hopeapitoisuuksia sisältävien haavanhoitotuotteiden lisääntyminen ja jopa holtiton käyttö. (Papp & Härmä 2010, 246.)

3 KIPU

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys on määritellyt kivun seuraavasti: ” Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivaurioon, tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein” (IASP 1994). Yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois kivun kokemista tai kivunlievityksen tarvetta. Kivun määritelmä kattaa sekä akuutin että kroonisen kivun. Kivun kokeminen on aina henkilökohtainen ja yksilöllinen tuntemus. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.)

Kipu tutkimusaiheena on lisännyt suosiotaan viimeisen vuosikymmenen aikana. Eri tieteenalat ovat tuottamassa tietoa ja ymmärrystä ihmisten kivun kokemuksista, lääkkeellisten ja lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käytöstä sekä muista aiheeseen liittyvistä kysymyksistä. Keskeisenä lähtökohtana tarkasteltaessa kipua hoitotieteessä on sen moniulotteisuuden, subjektiivisuuden sekä kulttuurisuuden ymmärtäminen. (Vehviläinen - Julkunen & Pietilä 2004, 17.)

Kivusta on olemassa hoitotieteessä useita eri määritelmiä, mikä kertoo siitä, että sen tutkimuksessa tarvitaan monien eri tieteenalojen tietoa ja taitoa. Sairaanhoidajilla ja muilla hoitotyön ammattilaisilla on merkittävä osuus potilaiden ja asiakkaiden kivuliaisuuden arvioinnissa ja kivun hoidon toteutuksessa, josta hoitotiede hyötyy tuottaessaan tietoa aiheesta. Keskeisinä kehittämiskeinoina ovat kivun hoidon merkityksen tiedostaminen ja myöntäminen, eri ammattiryhmien riittävä perus- ja täydennyskoulutus, kipupotilaiden hoidon tunnettavuus, kipu suhteessa elämänlaatuun ja toimintakykyyn, hoitoketjujen huomioon ottaminen sekä kipua koskevien tutkimusten tekeminen ja tuloksista tiedottaminen. (Finley & McGrath 2001; Simons & Roberson 2002; Pohjolainen, Haanpää & Lindgren 2004; Vehviläinen - Julkunen & Pietilän 2004, 17-18 mukaan.)

3.1 Kivun kokeminen

Hoitotyössä kipu voidaan määritellä seuraavalla tavalla: ”Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän” (McCaffery & Pasero 1999). Kipu on moniulotteinen subjektiivinen kokemus, joka on sidoksissa yksilön kokemukseen ja kulttuuriin. Näihin kokemuksiin liittyvät fysiologiset muutokset, tunteet ja ajatukset, yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet sekä monet muut tekijät. Siitä johtuen sen tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää monenlaista tieto-taitoa. (Salanterä 2003, 106-107.)

Kivun mittaamiseen on kehitelty useita menetelmiä, kipumittareita, joita voi käyttää akuutin tai kroonisen kivun mittauksen yhteydessä. Kivun mittaaminen on kuitenkin hankalaa, koska siihen ei ole suoraa menetelmää olemassa. Pääosin tieto kivusta perustuu ihmisen sanalliseen tai numeraaliseen ilmoitukseen kivusta. (Vainio 2009, 45.)

Tutkimuksessaan päiväkirurgisen aikuispotilaan kivun kokemisesta Raappana (2004, 147,150) toteaa, että parhaan mahdollisen kivunlievityskeinon ja kivunarviointimenetelmän valinta sekä ohjaaminen niiden käytössä, auttaa potilasta kotona selviytymisessä. Oikein suunniteltu ja yksilöllinen kivun sekä pahoinvoinnin hoito lisäävät potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Suurin osa tämän tutkimuksen vastaajista koki VAS-janan helpottavan kivun arviointia ja tekevän sen ymmärrettäväksi. (Raappana 2004, 147,150.) Visuaalinen analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale) on yleisimmin käytetty kipumittari. Muodoltaan se on kipujana tai –kiila. (Kalso & Vainio 2002, 41.) Kuvia erilaisista kipumittareista on esitelty liitteessä 1.

Akuutti kipu toimii elimistön suojaimekanismina ja sille on yleensä selvä syy, joka voidaan hoitaa (Kalso & Vainio 2002, 86-87). Lyhytkestoinen kipu aiheuttaa erilaisia muutoksia elimistön, sydämen ja hengityksen toiminnassa. Ihmisen fysiologia kuitenkin sopeutuu melko nopeasti kipuun, jolloin nämä toiminnot normalisoituvat. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kipua ei enää olisi vaan, että se ei enää näy fysiologisina muutoksina. (Salanterä 2003,17.) Kudosvaurioon liittyvä kipu heikentää keuhkojen ja alveolien tuuletusta, lihasspasmi verisuonten seinämissä aiheuttaa verenkiertovajetta ja kudosten hapenpuutetta, jolloin

vamman paraneminen heikkenee (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 177). Pitkäkestoinen kipu (krooninen) muuttaa ihmisen käyttäytymistä, kokemuksia ja se aiheuttaa helposti ruokahaluttomuutta, unettomuutta, ahdistusta, surua ja masennusta. Lisäksi se vaikuttaa muun muassa hormonitoimintaan, aineenvaihduntaan ja immuunivasteeseen. (Salanterä 2003, 107.)

Toimenpiteeseen liittyvällä kivulla on paljon fysiologisia haittavaikutuksia hengitykseen, verenkiertoon, lihaksiin, ruoansulatuskanavaan, virtsateihin ja hormonaalisiin stressivasteisiin. Hoitamattomana akuutin kivun haittavaikutukset johtavat tarpeettomiin komplikaatioihin ja lisäävät potilaan sairauspäiviä sekä kustannuksia. Toimenpiteeseen liittyvän kivun patofysiologia tunnetaan hyvin ja sitä pystytään hoitamaan nykyisillä menetelmillä ja lääkkeillä tehokkaasti. Kudosvaurion parantumisen edetessä kipu lievittyy yleensä muutamassa päivässä ja tässä on tehokkaalla kivunlievityksellä tärkeä osa. (Salanterä ym. 2006, 176.)

Kivun kokeminen on lisäksi yhteydessä kiukun ja vihan tunteisiin. Usein kipu ja pelko sekoittuvat ja siten lisäävät toinen toistaan. (Salanterä ym. 2006, 56.) Ihmisillä, joilla kivun syynä on onnettomuus tai väkivaltainen kokemus, kipuun voi liittyä vahva muisto tästä tapahtumasta, jolloin kokemus on myös psyykkisesti vaikea. Tällaisissa tilanteissa traumaperäinen stressihäiriö hidastaa toipumista ilman asianmukaista hoitoa. (Vainio 2004, 71.)

3.2 Kivun hoitaminen

Kivun hoitaminen on kipua kokevan ihmisen ja hänen läheistensä auttamista olemassa olevin hoitotyön keinoin. Tämä edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa kipu ja valita tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot, yhdistää niitä muiden kivunhoitokeinojen kanssa ja lopuksi arvioida hoidon onnistumista. Tähän tarvitaan hoitajalta ammattitaitoa sekä eri ammattihenkilöiden ja -alojen yhteistyötä potilaan parhaaksi. Kivun hoitotyön onnistumiseen auttaa siis selkeä vastuunjako ja suunnitelmallisuus. (Salanterä ym. 2006, 9, 11.)

Tutkimuksessaan Raappana (2004, 151) kertoo hoitotyön auttamismenetelmistä parhaiksi kipua lievittäviksi tekijöiksi koettavan keskustelut hoitohenkilökunnan

kanssa ja kosketuksen. Lisäksi lähes kaikki potilaat kokivat kivun hoidossa hyödyksi huumorin, levon, asentohoidon, rentoutumisen ja unen. Hoitohenkilökunnan asenne ja potilaan tiedot kivusta ovat merkittäviä myös kivun hoidossa. (Raappana 2004, 151.)

Lasten ja nuorten kivunhoitotyö koetaan usein haasteellisempänä kuin aikuisten. Hoitotyössä ongelmana koetaan aivan pienten lasten kohdalla kykenemättömyys kommunikoida puheen avulla ja siten ilmaista kokemaansa kipua. Tällöin on tärkeää, että hoitaja tuntee lapsen kehitysvaiheen ja osaa tunnistaa sekä hoitaa kipua sen perusteella. Leikki-ikäinen osaa jo vähän kipukasvojen avulla ilmaista kokemaansa kipua. Tässä vaiheessa keskeinen asia on, että hän saa ymmärrettävällä tavalla tietoa itseään koskevista hoitotoimenpiteistä ja kivunhoidostaan. Kouluikäinen osaa jo itse kertoa missä ja millaisena kipu tuntuu (ei kuitenkaan vielä aikuisen tavoin). Lähtökohtana on, että hänen kertomaansa luotetaan ja se otetaan vakavasti. Nuorten aikuisten kohdalla kivunhoidossa ja hoitotyössä yleensä pidetään tärkeänä kunnioittaa heidän yksityisyyttään ja intimitteettiään. (Salanterä ym. 2006, 190-196.)

Useat sellaiset tilanteet, jotka nuoremmille aiheuttavat kipua, voivat iäkkäimmillä olla kivuttomia. Oireina voivat olla vain yleistilan lasku tai sekavuus, mutta ei lainkaan kipua. Kokonaisvaltaisen (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) kivun voimakkuuden selvittämisessä iäkkäillä on hyvä käyttää arvioinnin tavoitteena päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja hoitomahdollisuuksiin vaikuttavia tekijöitä. (Salanterä ym. 2006, 199, 201.) Ikä siis vaikuttaa kivun kokemiseen ja monesti kipu muuttuu krooniseksi iän lisääntyessä. Se ei kuitenkaan sulje pois sitä, että lapsi ei voisi kokea kroonista kipua (esimerkiksi pitkäaikaisesti sairaat lapset).

Potilaan hoidossa on tärkeää, että hoitaja tunnistaa potilaan kyvyt ja resurssit toimia sekä voimavarojen hyödyntämisen mahdollisuuden potilaan parhaaksi silloin, kun hoitotyössä tehdään potilasta koskevia päätöksiä. Kipua koettaessa ja kivusta kärsittäessä nämä taidot saattavat olla rajallisia, eikä potilas ole silloin kykenevä ottamaan vastuuta itsestään ja tekemään päätöksiä hoitoonsa liittyen. Kivuliaan ihmisen kyky vastaanottaa tietoa on rajoittunut, ja hoitajan onkin oltava

valmis toistamaan ohjausta ja varmistaa siten, että potilas on saanut riittävästi tietoa. (Salanterä ym. 2006, 16.)

Kivun hoidon onnistumiseen vaikuttaa lisäksi hoitoympäristö, joka pitää sisällään fyysisen, sosiaalisen ja rakenteellisen ympäristön. Ne ovat hoitotyön puitteet, joissa hoitoa toteutetaan ja vaikuttavat myös kivun kokemiseen. (Salanterä ym. 2006, 15.) Tarvitaan myös riittävä henkilöstö, jolla on riittävät tiedot ja taidot kivusta sekä sen hoitamisesta. Oikea ja tutkittu tieto vaikuttaa hoitotyön asenteisiin. (Salanterä ym. 2006, 175-176.)

Fyysinen ympäristö tarkoittaa tiloja ja käytettäviä hoitovälineitä. Hoidon onnistumiseen ja hoitokokemuksiin vaikuttaa rauhallinen, selkeä ja toimintaa varten suunniteltu tila. Hoitovälineiden ja lääkevalikoiman ajanmukaisuus ja tarkoituksenmukaisuus sekä hoitohenkilökunnan ajantasaiset tiedot ovat tärkeitä elementtejä kivusta kärsivän henkilön hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 15-16.)

Sosiaaliseen ympäristöön kuuluvat omaiset ja läheiset sekä hoitotyön ammattilaiset, jossa sairaanhoitajan työn merkitys on suuri kokonaistilanteen huomioimisessa. Hän on paikalla toimenpiteessä ja siihen liittyvän kivun hoidossa sekä on usein osallisena vielä potilaan kotonakin tapahtuvassa kivunhoidossa. (Salanterä ym. 2006, 175.)

Rakenteellinen ympäristö käsittää lait, asetukset ja hallinnon sekä toimipaikkakohtaiset ohjeistukset kivunhoidosta. Kirjalliset ohjeet yhdenmukaistavat hoitoa ja ovat sairaanhoitajan apuna kivunhoidon toteuttamisen lisäksi puuttumisessa asiaan, mikäli hoidon tavoitteisiin ei päästä. (Salanterä ym. 2006, 175.)

Kivun hoidossa potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan asenteiden lisäksi onnistumiseen vaikuttaa ymmärrys kivun aiheuttajasta ja merkityksestä. Kivunhoito onnistuu parhaiten, kun kaikki osallistuvat aktiivisesti hoitoon. Tämä edellyttää, että hoitohenkilöstö on aidosti kiinnostunut potilaan kokemasta kivusta ja, että potilaalla ja hänen läheisillään on riittävästi tietoa haavakivun monipuolisista hoitokeinoista. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 101.)

3.3 Haavakipu ja II-asteen palovammat

2. asteen palovamman vaurioalue on punoittava, turvonnut ja erittäin kivulias (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007, 96). Palovamman aiheuttama ihon kipuherkkyyden lisääntyminen saattaa aiheuttaa sen, että jo pelkkä kosketus tuntuu kivuliaalta (Salanterä ym. 2006, 49). Akuutti kipu voidaan hoitaa lääkkeillä melko hyvin. Lääkityksen tehoa tulisi arvioida noin 20-30 minuuttia lääkkeen ottamisen jälkeen, kun kyseessä on akuutti kipu. (Salanterä ym. 2006, 101.)

Kipu, joka aiheutuu haavasta, kuuluu osana haavan normaaliin paranemisprosessiin. Haava-alueen kudosturvotus sekä avoimen haavan hermopäätteiden kuivuminen aistitaan kipuna. (Hietanen ym. 2002, 96.) Kohoasento vähentää turvotusta ja siten myös vamman aiheuttamaa kipua (Papp 2002, 14). Kivun voimistuminen tai sen muuttuminen sykkiväksi voi olla merkki infektiosta. Aina ensin täytyy kuitenkin sulkea pois mahdollisten ulkoisten tekijöiden aiheuttama kipu, esimerkiksi liian tiukka sidos tai kiristävät ompeleet. (Hietanen ym. 2002, 96.)

Tutkimuksen mukaan (Tengvall ym. 2006, 179-181) palovamman kivuliaisuus lisääntyi heti, mikäli haava oli tulehtumassa. Haava tulehtui keskimäärin neljän päivän sisällä tapaturmasta. Potilaat, joiden haava oli tulehtunut, kokivat kipua aamulla enemmän kuin iltapäivällä. Mittaukset tehtiin VAS - mittaria apuna käyttäen. Tämä selittynee sillä, että potilaat saivat lääkettä päivän aikana enemmän, esimerkiksi haavahoitojen yhteydessä. Kivun huomioimisessa tärkeänä nähtiin hoitohenkilökunnan ammattitaito käyttää VAS – mittaria sekä huomioida ja hoitaa potilaan kipu. (Tengvall ym. 2006, 179-181.) Erilaisia

Palovammakipua hoidettaessa potilas on lääkittävä niin, että hän ei koe haavahoitoa sietämättömän kivuliaana. Potilaan kokiessa kivun kohtuuttomana hän ei kestä tehokasta haavahoitoa. Kipulääkitys suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti, riittävänä ja ajoissa annettuna. (Hakala 2001, 26.) Palovammakipu muodostuu jäytävästä, koko ajan tuntuvalta taustakivusta sekä terävästä käsittelykivusta haavahoitojen yhteydessä. Lääkehoito on tyypillisin ja tärkein hoitomuoto palovammapotilailla kivun hoidossa. (Hakala 2001, 26.)

Haavan hoitaminen aiheuttaa käsittelyyn liittyvää kipua, esimerkiksi mekaaninen puhdistus, kiinni tarttuneet sidokset tai haavan puhdistukseen käytettävien aineiden aiheuttama kirvely tai polttelu. Etenkin kiinni tarttuneet sidokset aiheuttavat kipua ja rikkovat jo syntynyttä granulaatiokudosta, mikäli ne yritetään poistaa kostuttamatta. Haavan paraneminen hidastuu. Mikäli kipu on voimakkaimmillaan noin tunti haavan hoidon jälkeen, on syytä epäillä haavahoitotuotteiden sopivuutta. (Hietanen ym. 2002, 96.)

Pinnallinen palovamma on kivuliain, koska hermopäätteet ovat silloin paljaana. Kipulääkettä tulee antaa ennen haava-alueen suihkutusta ja hoitotoimenpiteitä. Käsittelykipua helpottavana lääkkeenä voidaan antaa esimerkiksi parasetamolia tai ibuprofeenia. Tarvittaessa voidaan käyttää opioidejakin. (Iivanainen & Syväoja 2008, 519.)

Käsittelykipuun vaikuttaa haavahoitokäytännöt. Haavahoidot palovammojen yhteydessä on tehtävä suunnitelmallisesti ja mahdollisimman nopeasti, jotta käsittelyyn liittyvä kipu olisi mahdollisimman lyhytaikaista. Tähän ovat tehokkaita apukeinoja paikallispuudutegeelit- tai voiteet. Lisäksi kannattaa kokeilla muita erilaisia kivunlievityskeinoja, muun muassa rauhallinen ympäristö, musiikki ja lapsille satukirjat. (Hakala 2002, 26.) Lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyvän, lyhytkestoisien kivun hoidossa käytetään yleensä puudutusaineita paikallisesti. Puudutusaineet ovat vaikutusajaltaan lyhytkestoisia, vain muutamia tunteja. (Vainio 2004, 83.)

Taustakipua tulee myös lääkittä, vaikka se on luonteeltaan lievempää, jäytävää kipua. Jos taustakipu jätetään huomioimatta, se voi lisätä potilaan traumasta aiheutunutta pelkoa ja kipua. (Iivanainen & Syväoja 2008, 519.)

Parantunutta palovamma-aluetta tulee rasvata usein, näin parantumassa oleva iho pysyy joustavana. Rasvaus helpottaa myös mahdollista alueella ilmenevää kutinaa. (Kallio ym. 2011, 22.) Kutina on voimakkaimmillaan heti haavan parantumisen alkaessa ja liittyen esimerkiksi fysioterapiaan. Vähitellen se lievenee ja loppuu. Toisinaan kuitenkin kutinaa voi esiintyä vielä pitkän ajan jälkeen, ikään kuin kroonisesti. (Hartford & Kealey 2007, 77.)

Yleisesti haavakivun hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, opioidit sekä mahdollisesti myös depressio- ja epilepsialääkkeet. Injektionesteitä ja pintapuudutevoiteita käytetään paikallispuudutteina. Kirurgia, erilaiset puudutukset sekä hermojen salpaukset ovat syvemmälle ulottuvia kivunhoitomenetelmiä. (Hietanen ym. 2002, 98.)

Itsehoitoon tarkoitettuja kipulääkkeitä on saatavana myös käsikauppa- valmistuksina. Pitkäkestoiset tai suuret määrät tulee kuitenkin aina olla lääkärin määräämiä. II-asteen palovammakivun hoidossa käytetään myös heikkoja opioideja. (Hietanen ym. 2002, 99-100.) Esimerkkejä yleisesti käytettävistä lääkkeistä palovammojen kivun hoidossa on esitelty taulukossa 1. Kipulääkkeiden käytössä huomioitavia asioita on listattu taulukkoon 2.

Taulukko 1. Palovammapotilaiden kivun hoidossa käytettävät lääkkeet sekä niiden kauppanimet. (Hietanen ym. 2002, 99-100 mukaan.)

Lääke	Kauppanimet	
Tulehduskipulääke	Burana®	Ketorin®
Parasetamoli	Panadol®	Para-tabs®
Heikko opioidi	Tramal®	Panacod®
Opioidi	Oxanest®	Oxynorm®
Depressio	Triptyl®	
Epilepsialääke	Lyrica®	
Injektioneste	Lidocain®	Xylocain®
Pintapuudutevoide	Xylocain®	EMLA®

Taulukko 2. Kipulääkkeiden käytössä huomioitavat asiat. (Hietanen ym. 2002, 98-99 mukaan.)

- kivun laatu, kesto ja aiheuttaja
- potilaan paino ja ikä (lapset – vanhukset)
- potilaan muut sairaudet ja muiden samanaikaisesti käytettävien lääkkeiden yhteisvaikutus
- lääkkeiden maksimiannokset
- kontraindikaatiot
- yliherkkyydet.

Potilaan kokeman kivun voimakkuutta on arvioitava ennen ja jälkeen kivunhoidon, jolloin hoidon vaikuttavuuden arviointi on totuudenmukaisempaa. Tässä hyvänä apuna on kipujana tai lapsilla kipua kuvaavat kasvot. (Hakala 2002, 26.) Haavakivun arvioinnin lähtökohtana, myös II-asteen palovammoissa, on potilaan subjektiivisesti kokema kipu. Hän tietää kivun sijainnin, voimakkuuden, laadun, ajankohdan ja sen vaihtelevuuden. (Hietanen ym. 2002, 96.)

Tulos on aina kirjattava selkeästi ja yksiselitteisesti, jotta se hyödyttäisi myös muita ammattiryhmiä, heidän suunnitellessaan ja arvioidessaan palovammapotilaan kivunhoitoa ja sen onnistumista (Hakala 2002, 26). Kirjaaminen toimii viestijänä henkilökunnan ja potilaan välillä ja on osa laadunvarmistusta sekä uusien hoitomenetelmien kehittämistä. Tarkka kirjaaminen on pohjana yksilölliselle kivun hoidolle, takaa potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden eri hoitopaikkojen välillä. (Sailo 2000, 97-99,107.) Esimerkiksi palovammahaavojen sekä niiden kivunhoito tapahtuu usein poliklinikalla tai kotisairaanhoidossa, jolloin tiedon välittyminen on kiinni hyvästä kirjaamisesta.

Tärkeää on yksilöllisyys ottaen huomioon hoidon tavoitteet ja mahdolliset esteet sen onnistumiseksi. Mihin kivun mittauksella keskitytään ja mihin sillä pyritään? (Kalso & Vainio 2002, 213.)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa käytetään sanallista (ei kipua – sietämätön kipu) tai numeerista (0 – 10) asteikkoa, kipumittaria. Mikäli potilas ei pysty kuvailemaan kipua sanoin tai numeroilla, voidaan hänelle näyttää visuaalista kipuasteikkoa, jossa kivun aste ilmaistaan kasvojen ilmeillä. Visuaalinen kipuasteikko on hyvä esimerkiksi lasten kivun mittauksessa. Kipumittarin avulla voidaan seurata potilaan kivun muuttumista. On kuitenkin huomattava, että potilaiden arviot ja arvot kivustaan eivät ole vertailukelpoisia keskenään, vaan ainoastaan saman potilaan kivun vertailussa. (Hietanen ym. 2002, 96-97.) Kivun sijainnin voi kertoa sanallisesti tai näyttäen kipukohdan. Tärkeää on seurata kivun sijaintia, laajeneeko se tai vaihtaako paikkaa. (Hietanen ym. 2002,96.)

Kivun ajankohta kertoo, milloin ja missä tilanteessa kipua on. Kuvaamisen apuna voi käyttää seuraavia kysymyksiä: Onko kipu jatkuvaa vai vaan toimenpiteiden yhteydessä? Liikkeellä ollessa vai levossa? Vaihteleeiko vuorokauden eri aikoina? (Hietanen ym. 2002, 96.)

3.4 Potilasohjaus kivunhoidossa

Potilasohjauksen tavoitteena on, että potilas saa riittävästi tietoa omasta kivustaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidoista sekä käytävissä olevista hoitomenetelmistä. Silloin hän kykenee tekemään kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä ja tuntemaan, että hallitsee elämäntilannettaan kivusta huolimatta. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Tärkeää on huomioida myös potilaan läheiset kivun hoidossa ja tiedon antamisessa, koska monesti epäonnistunut kivunhoito johtuu tietämättömyydestä, esimerkiksi väärät uskomukset lääkeriippuvuuden kehittymisestä tai lääkkeiden haittavaikutuksista. Asianmukainen, ajantasainen ja ristiriidaton informaatio ja sen perille menon varmistaminen edesauttaa hyvää kivunhoitoa. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Tietoa on hyvä antaa sekä suullisesti että kirjallisesti perustuen potilaan tarpeisiin ja tapaan ymmärtää ja oppia saamansa ohjaus. Kaikkea mahdollista tietoa ei kannata tarjota liikaa yhdellä kerralla. Kirjallinen materiaali pitää olla yhdenmukaista puhutun tiedon kanssa ja henkilökunnan tulee antaa samansisältöistä, toinen toistaan tukevaa tietoa. Potilaan omista mahdollisuuksista kivun lievityksessä ja mahdollisuudesta vaikuttaa hoitoonsa tulee antaa tietoa, kuten myös lisätiedon saantimahdollisuuksista, esimerkiksi vertaistukiryhmät. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Potilaat toivovat tietoa esimerkiksi toimenpiteeseen liittyvästä kivusta, kuinka kauan kipu kestää, milloin kuuluu kivusta kertoa tai mitä vaihtoehtoja kivun hoitoon on. Akuuttia kipua kokevan potilaan tulee tietää vaihtoehtoja, miten hän voi itsenäisesti toteuttaa kivunhoitoa itselleen sopivina aikoina. Ohjauksessa on huomioitava myös potilaan mahdollinen stressireaktio ja tilanteen vaikutukset

tiedon vastaanottamis- ja ymmärtämiskykyyn siinä hetkessä. (Salanterä ym. 2006, 92-93.)

Toimenpiteeseen liittyvän kivun hoidossa on sairaanhoitajan tekemällä tarkalla kivun arvioinnilla suuri merkitys. Hyvin dokumentoitu tieto kivun voimakkuudesta, luonteesta ja sijainnista on apuna hoidon suunnittelussa. Sähköisen potilaskertomuksen strukturoitu malli tehnee tämän työn tulevaisuudessa helpommaksi ja tarkemmaksi. Lääkehoidon toteuttaminen ja hoidon vaikutuksen seuraaminen on sairaanhoitajan vastuulla. Tarpeeksi tiheä kivun arviointi tekee mahdolliseksi sen, että kipua pystytään hoitamaan jo ennakolta niin, että se ei pääse voimistumaan sietämättömäksi. Toimenpiteeseen liittyvän kivun, hoidon ja sen vaikutuksen arviointi ovat sairaanhoitajan vastuulla kaikkina vuorokauden tunteina. Mitä nopeammin kipua huomioidaan ja hoidetaan, sitä tehokkaampaa ja helpompaa se on. Hyvä asento, huomion suuntaaminen muualle sekä läsnäolo ovat esimerkkejä hyvistä lääkkeettömistä menetelmistä kivun lievittämisessä. Hyvä hoito edellyttää, että välineet, lääkkeet, menetelmät ja henkilöresurssit ovat ajanmukaiset. (Salanterä ym. 2006, 176-177.)

4 HYVÄ POTILASOHJE JA POTILASOHJAUS

Potilasohjeita kirjoitetaan ainakin kahteen tarpeeseen; laitoksella on tarve ohjata potilaita toimimaan järjestelmän kannalta ”oikein” ja potilailla on tarve saada heitä koskevaa, heidän kysymyksiinsä vastaavaa tietoa. Ohjeiden ensisijainen tarkoitus on antaa tietyille potilaille tietoa heidän sairaudestaan, sen hoidosta ja hoidon järjestelyistä. Kohderyhmä ja aihe määrittävät ohjeen sisällön ja rakenteen. Potilasohje tulee kirjoittaa helposti ymmärrettävällä yleiskielellä. Lääketieteellistä sanastoa ja toisaalta liian yksinkertaista, holhoavaa kieltä tulee välttää. (Mäntyranta ym. 2003, liite 3.) Kirjallinen materiaali tulee olla loogista ja selkeällä suomenkielellä esitettyä. Visuaalinen ilme on suunniteltava huolellisesti. Hyvin aseteltu teksti ja selkeät kuvat tekstin yhteydessä auttavat tiedon ymmärtämisessä. (Salanterä ym. 2006, 92.)

Hyvässä potilasohjeessa tarina etenee loogisesti, yleensä tärkeysjärjestyksessä potilaan näkökulmasta katsottuna. Pääotsikko ja väliotsikot muodostavat juonen ja ne ovat parhaimmillaan kysymyksen tai väitteen muodossa. Tekstin on oltava selkeää ja kappaleiden lyhyitä, ei kuitenkaan luetteloita. Virkkeiden on oltava myös selkeitä ja sanojen yleiskieltä – helposti hahmottuvaa tekstiä. Oikeinkirjoitukseen on kiinnitettävä huomiota sekä asianmukaiseen ulkoasuun. Potilasohjeen neuvot ja ohjeet perustellaan hyvin. (Hyvärinen 2005.)

Hyvin suunniteltu potilasohje on oikein suunnattu, tehokas ja asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva, jolloin asiakas voi käyttää sitä itseopiskeluun. Kirjallisessa ohjausmateriaalissa olisi hyvä olla kuvausta seuraavista ulottuvuuksista; biofysiologinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, kokemuksellinen, eettinen ja ekonominen. Nämä ulottuvuudet huomioiden asiakas saa kokemuksen siitä, että hän hallitsee terveyttään ja siihen liittyviä ongelmia. (Kyngäs ym. 2007, 125-126.) Kirjallinen potilasohje täydentää ja vahvistaa suullista ohjaamista, koska potilas ei yleensä muista kuin osan suullisesta ohjauksesta (Chan ym. 2002, 1269-1274, Ali-Raatikaisen & Salanterän 2008, 63 mukaan).

Asiakkaan oikeutena on aina saada tutkittua ja luotettavaa tietoa ohjaustilanteessa. Hoitajalla on ohjaajana toimiessaan vastuu toimia eettisesti ja parhaan ammatillisen tieto-aidon mukaisesti. Myös asiakkaalta vaaditaan toisen ihmisen kunnioittamista. Tämä ilmenee ohjaussuhteeseen sitoutumisena, sovituista kellonajoista kiinnipitämisena ja asiallisena käytöksenä. Asiakkaan tulisi ilmaista selkeästi, mikäli ohjaus ei vastaa hänen tarpeitaan tai hän ei halua ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 154, 156.)

Ohjauksen onnistumiseksi on hyvä tunnistaa ja tietää, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulisi ja mitä hän haluaisi tietää, sekä hänelle paras tapa omaksua asioita. Potilasta voi pyytää kertomaan ohjauksen tarpeestaan, mitä hän odottaa siltä ja millaisia tuloksia. Yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä ohjaustilanteessa rakentuu riittävien taustatietojen varaan (potilaan ja hoitajan omat taustatiedot) ja siten potilaan hoitoon sitoutuminen sekä tyytyväisyys parantuvat. Ohjaus etenee muun muassa vuorovaikutuksen, luottamuksellisuuden, turvallisuuden tunteen ja aidon kiinnostuksen avulla. Motivoiva ohjaus koostuu empatian ilmaisemisesta, ristiriidan tuottamisesta, väittelyn välttämisestä, vastarinnan myötäilystä ja pysyvyyden tunteesta. (Kyngäs ym. 2007, 47-49.)

Tutkitun tiedon käyttäminen ohjauksen apuna vaatii, että tietoa on osattava muokata käyttökelpoiseen muotoon, potilaan tarpeita vastaavaksi. Tällöin hoitajan ammattitaito on tärkeä osa tutkitun tiedon ymmärtämiseksi ja soveltamiseksi. Tutkittu tieto pitäisi voida yhdistää hoitajan kokemustietoon ja potilaan tiedon tarpeeseen. (Kyngäs ym. 2007, 55,57.)

Potilaiden sairaalajaksojen lyhentyessä ja polikliinisten hoitojen sekä omahoidon lisääntyessä tulee haavapotilaan ja hänen läheistensä ohjaukseen ja neuvontaan kiinnittää erityistä huomiota. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on, että potilaalla on riittävät tiedot sairaudesta, sen hoidosta ja hoidon vaikutuksista sekä tilanteen vaatimista muutoksista potilaan elämässä. Ohjauksen ja neuvonnan on todettu vaikuttaneen pelkojen vähenemiseen, turvallisuudentunteen lisääntymiseen sekä omaan hoitoon osallistumiseen. Suurin osa potilaista haluaa tietää sairaudestaan ja sen hoidosta. Potilasta ei voi kuitenkaan pakottaa oppimaan uusia asioita tai tekemään omaa haavahoitoaan koskevia itsenäisiä valintoja. (Hietanen ym. 2005, 251.)

Ohjauksen lähtökohtana on potilaan ohjaustarpeen arviointi. Arvioinnissa huomioidaan haavan ja haavan hoidon asettamat vaatimukset potilaan päivittäiseen elämään. Näiden pohjalta laaditaan ohjaukselle tavoitteet, joiden asettelun lähtökohtana on potilas ja hänen mahdollisuutensa, tietonsa, taitonsa ja kykynsä ymmärtää ja oppia haavaan ja sen hoitoon liittyviä asioita. (Hietanen ym. 2005, 251.) Tavoitteet suunnitellaan yhdessä potilaan, hänen läheisten ja hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. Tavoitteiden tulee olla selkeitä ja niissä tulee olla vastaus potilaan kysymykseen; Miksi minun tulisi omaksua nämä asiat? (Hietanen ym. 2005, 252.)

Tiedollisen tason saavuttaminen ohjauksessa on helpompaa kuin asenteiden ja toiminnan muuttaminen. Elämäntapamuutokset ovat potilaalle haastavia toteutettavia. Muutos ei tapahdu muutaman ohjauskerran aikana ja pelkkä potilaan tiedon lisääminen ei muuta käyttäytymistä toivottuun suuntaan. Elämäntapojen muutos täytyy tuntua potilaasta mielekkäältä, että potilas ryhtyy sanoista tekoihin. Empowerment eli voimaantuminen on potilaan henkilökohtainen prosessi, jossa potilas yhdessä hoitohenkilökunnan tai lääkärin kanssa keskustellen ja pohtien löytää merkityksen niille elämäntapamuutoksille, joita onnistunut haavanhoito edellyttää. Potilaan tulisi itse ratkaista omahoitoonsa liittyvät ongelmat. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tunnistamaan hoitoon liittyvät ongelmat ja oppimistarpeet sekä tarjota potilaalle tietoa ja tukea. Ohjausprosessin vaiheet eli tavoitteet, toteutus ja arviointi tulee näkyä kirjattuna potilaan hoitosuunnitelmassa. (Hietanen ym. 2005, 252.)

Joskus potilas näkee oman roolinsa ohjaustilanteessa passiivisena vastaanottajana. Taustalla saattaa piileskellä halu säästää kiireisen hoitohenkilökunnan aikaa. Tällöin potilas hyväksyy rutiinomaiset hoitokäytännöt ja välttää kysymysten esittämistä. Potilaalta saattaa puuttua myös taustatiedot haavasta ja haavahoidoista, joita hän tarvitsisi kysymysten esittämiseen. (Hietanen ym. 2005, 252.) Hoitajan tehtävä on antaa potilaalle perustiedot haavasta ja haavahoidosta ohjausprosessin alussa (Hietanen ym. 2005, 252-253). Haavapotilaan ohjauksen keskeiset sisällöt ovat luetteloitu taulukkoon 3.

Taulukko 3. Haavapotilaan suullisen ja kirjallisen ohjauksen keskeiset sisällöt. (Hietanen ym. 2005, 254 mukaan.)

- tiedot haavasta ja sen aiheuttajasta
- miten elämäntapatekijät vaikuttavat haavan syntyyn ja miten uusien haavojen syntymistä voidaan ennaltaehkäistä
- tiedot haavan paranemisprosessista ja arvio odotetusta paranemisajasta
- palovammahaavan hoidon tavoitteet
- tiedot valituista hoidoista, haavasidoksista sekä niiden vaikutuksesta
- haavanhoitotuotteiden käyttö-ohjeet, eli yksityiskohtaiset toimintaohjeet potilaalle siitä, miten ja missä haavanhoitotuotteita säilytetään, käsitellään ja hävitetään
- haavanhoidon toteutus eli millaiset haavanhoitotekniikat ja kädentaidot ovat tarpeen, jos potilas tai läheinen hoitaa haavaa
- tiedot palovammasidosten kauppanimistä, geneerisistä nimistä sekä mahdollisesta hankintapaikasta
- palovamman ja palovammahoitojen vaikutus jokapäiväiseen elämään ja toimintoihin siinä, esimerkiksi haavanhoitokerrat, saunominen, uiminen ja liikkuminen
- eri oireet, joita havainnoida vammassa, esimerkiksi tulehduksen oireet, vuodot ja kipu
- oireet, joiden ilmaantuessa potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan
- mihin/keneen ja milloin, potilas voi ottaa yhteyttä jos hänellä on kysymyksiä palovamman hoitoon liittyen
- jatkohoitopaikka ja aika
- haavahoito-ohjeen laatijan nimi, organisaatio sekä päivämäärä, jolloin hoito-ohje on laadittu tai päivitetty.

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tavoitteena on saada uutta tietoa II-asteen palovammoista ja palovammakivun hoidosta sekä päivystyspoliklinikalle että potilaalle.

Tarkoituksena on tuottaa potilasohjeet II-asteen palovammojen sekä kivun hoitamisesta Virtain terveystieteiden keskuksen asiakkaille. Hoitotyönjohtajan pyynnöstä tuotetaan hoito-ohjeet erikseen Flamazinella ja Aquacel Ag:llä hoidettaville asiakkaille. Tarkoitus jakaantuu seuraaviin opinnäytetyön tehtäviin:

- 1) Miten palovammat hoidetaan hopeasulfadiatsiinivoiteella ja hopeaa sisältävällä hydrokuidulla?
- 2) Miten hoidetaan kipua palovammahaavojen hoidon yhteydessä poliklinikalla sekä kotona?
- 3) Miten palovammapotilas voi omalla toiminnallaan edistää haavan parantumista?
- 4) Millainen on hyvä palovammapotilaan kirjallinen ohje?

6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

6.1 Toiminnallisen opinnäytetyön teoriaperusta ja lähtökohdat

Toiminnallisena opinnäytetyönä toteutettu opas ei yksistään riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Ammattikorkeakouluopintojen ideana on, että osoitetaan kykyä yhdistää ammatillinen teoriatieto ammatilliseen käytäntöön. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys kuuluu tuotteen toteutustapaan. Toteutustapa tarkoittaa keinoja, joilla materiaali oppaan sisällöksi hankitaan, kuten myös keinoja, miten opas tai ohjeistus valmistetaan ja toteutetaan. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä ei ole välttämätöntä käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 41,56.)

Teoria kannattaa kuitenkin rajata keskeisten käsitteiden käyttöön, koska aina ei ole mahdollista toteuttaa toiminnallista opinnäytetyötä kaiken teorian näkökulmasta. Teoreettiseksi pohjaksi riittää toiminnallisessa opinnäytetyössä usein jokin alan käsite ja sen määrittely. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 43.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään ja valikoidaan uusimmasta tutkitusta tiedosta tätä opinnäytetyötä koskevaa, jo olemassa olevaa aineistoa. Oppaan tekemiseen liittyvä teoriatieto kerätään pääsääntöisesti kirjallisuudesta – kirjat, lehdet, artikkelit ja sähköisessä muodossa olevasta kirjallisuudesta sekä alan tutkimuksista. Tuotoksena eli produktina laaditaan potilas-ohje poliklinikkakäyttöön palovammahaavojen ja niiden kivun hoitoon.

Produktin laatimisessa tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta, produktin käyttötarkoitus ja erityisluonne. Produktin tekstin sävystä ja tyylistä on hyvä keskustella sekä toimeksiantajan että ohjaajan kanssa. Heidän on hyvä antaa tutustua luonnoksiin ja heiltä saa kenties kallisarvoista palautetta kirjoitusprosessin eri vaiheessa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 129.) Opinnäytetyön produktiin pyynnön on antanut hoitotyönjohtaja Virtain terveyskeskuksesta, mutta tavoitteena ja toiveena on, että siitä olisi hyötyä muidenkin poliklinikoiden potilaskäytössä.

Opinnäytetyöpäiväkirjan järjestelmällinen käyttäminen auttaa prosessin eteenpäin viemisessä. Siihen tulee kirjata muun muassa kaikki opinnäytetyön tekemiseen kuuluvat vaiheet, mahdolliset muutokset työn edetessä, käytyt keskustelut, käytetyt lähteet ja siihen voi liittää kuviakin. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 20-22.) Tämän työn opinnäytetyöpäiväkirjaan merkittiin edellä mainittuja asioita, mutta kuvia ei siinä ole käytetty.

6.2 Yhteistyöorganisaation kuvaus

Virtain terveyskeskuksen poliklinikan perustehtävänä on kunnan asukkaiden ja paikkakunnalla tilapäisesti oleskelevien sairaanhoito. Tähän luetaan lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus sekä ensiavun antaminen. Terveyskeskuksessa toimii ympärivuorokautinen päivystys. Välittömän hoidon tarpeessa olevat potilaat otetaan hoitoon heti vuorokauden ajasta riippumatta. Esimerkiksi laajat palovammat aiheuttavat välittömän hoidon tarpeen. Kiireellisissä sairaustapauksissa potilaalle annetaan aika, lääkärin päivystysvastaanotolle, hoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Kiireellistä hoitoa vaativia tilanteita ovat esimerkiksi tapaturmat, kuten pienialaiset palovammat. (Poliklinikka 2006.)

Palovammapotilaan hoitopolku Virtain terveyskeskuksessa käynnistyy, kun potilas tai läheinen soittaa hoitajalle tai saapuu aikaa varaamatta hoitajan vastaanotolle. Potilaan tai läheisen soittaessa poliklinikalle hoitajan tulee erottaa peruselintoimintoja uhkaava palovamma lievemmistä palovammoista asianmukaisen hoidon järjestämiseksi. Mikäli kyseessä on peruselintoimintoja uhkaava palovamma, ohjataan puhelu yleiseen hätänumeroon 112. Muissa tapauksissa pyydetään potilas hoitajan vastaanotolle. (Ristilä 2011a.)

Potilaan saapuessa hoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin, eli muun muassa selvittää tapahtumapaikan, tapahtuma-ajankohdan, vammamekanismin, potilaan perussairaudet, allergiat, rokotussuojan, arvioi palovamman laajuuden ja syvyyden sekä haavan syvenemisen sekä näiden tekijöiden vaikutuksen potilaan yleistilaan. Näiden tietojen perusteella hoitaja miettii soveltuvan hoitolinjan (rasvalappu /

silikoniverkko / Flamazine® / Aquacel Ag®) ja hoitopaikan. Jos kyseessä on esimerkiksi syvä palovamma, yli 2% laajuudella oleva palovamma, epäily pahoinpitelystä, työtapaturma, tai hoitolinjaksi soveltuu Flamazine®, siirtyy potilas päivystävän lääkärin vastaanotolle. Jos palovamma on alle 2% koko kehon pinta-alasta, ei sijaitse kasvoissa, genitaalialueella tai nivelten, jänteiden tms. lähetyvillä, voi hoitaja aloittaa hoidon esimerkiksi Aquacel Ag®:llä. Palovammasidosten vaihto toteutetaan hoitajavastaanotolla poliklinikalla tai jos palovamma on vähäinen, potilas voi vaihtaa sidokset myös kotonaan. Potilaan palovamman hoitolinjan varmistamiseksi lääkäri arvioi palovamman syvyyden kolmantena vamman jälkeisenä päivänä. Jos palovamma on konservatiivisesti hoidettavissa, potilas hoidetaan poliklinikalla hoitajanvastaanotolla päivittäin (Flamazine®) tai joka kolmas päivä (Aquacel Ag®). (Ristilä 2011a.)

Käynnit hoitajan vastaanotolla sekä vastaanotolla käytettävät haavanhoitotuotteet ja tarvikkeet ovat potilaalle maksuttomia. Poikkeuksen sääntöön aiheuttaa Flamazine®, joka on reseptivalmiste. Flamazinen potilas hakee itse reseptillä apteekista. Käytännössä Flamazine®-tuubi avataan poliklinikan varastosta. Seuraavalla käyntikerrallaan potilas tuo uuden, reseptillä ostamansa tuubin avatun tilalle. (Rantanen 2011.) Flamazine on pakattuna 50g tuubiin ja sen hinta on 14.58€. Hinnassa voi tapahtua pientä elämistä muutaman viikon välein, suuntaan tai toiseen, mutta yleensä hinta on noin 15€. (Kaltti 2011.) Potilaalla saattaa olla sairauden, heikkojen kulkuyhteyksien tai jostain muusta syystä johtuvia hankaluuksia käydä poliklinikalla hoitajan vastaanotolla. Näissä tilanteissa potilas voi ottaa yhteyttä Virtain kotihoidon kotipalvelunohjaajaan. Kertakäyntimaksu on hoitajan kotikäynnistä 8.70€. Jos hoitajan käyntejä tarvitaan useita, määräytyy hinta asiakaskäyntien ja asiakkaan tulojen mukaan. Haavanhoitotuotteet kotihoidon asiakas maksaa aina itse. (Liski 2011.)

6.3 Toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu ja tekeminen aloitettiin syksyllä 2010, heti opiskelun alettua kesätauon jälkeen. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat kesän aikana miettineet itseä kiinnostavaa, mielenkiintoista opinnäytetyön

aihetta, joten yllättävä käänne tuli koulun taholta ilmoituksella, että opinnäytetyöt oli toteutettava parityöskentelynä. Alustavasti toinen tekijöistä oli suunnitellut opinnäytetyön liittyvän kivun hoitoon vuodeosastolla ja toinen tekijä kroonisten säärihaavojen hoitoon poliklinikan potilaalla.

Tutkimuksen lopullinen aihe muotoutuu monien keskustelu- ja hankintavaiheiden jälkeen. Aiheen keksimiseen ja sen käsittelyyn olisi löydettävä ajankäytön suhteen keskitie, koska opiskelija ei voi käyttää määrättömästi aikaa aiheen miettimiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 66.) Käytiin useita keskusteluja opinnäytetyön aiheen valinnasta tekijöiden kesken sekä yliopettajan että opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Lopulta löydettiin yhteinen, molempia tekijöitä motivoiva opinnäytetyön aihe, joka palvelisi myös työelämän ja toimeksiantajan tarpeita.

Toiminnallisen opinnäytetyön tärkeä osa on löytää sille toimeksiantaja ja samalla tekijät voivat näyttää osaamistaan sekä herättää mahdollisesti kiinnostusta työelämässä ja työllistyä helpommin. Työelämästä lähtevä opinnäytetyön aihe tukee myös ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 16-17.) Toimeksiantajan edustajalla, Virtain terveyskeskuksen hoitotyönjohtajalla oli toivomuksena potilasohje Virtain terveyskeskuksen poliklinikan potilaille. Käytäväkeskusteluissa hoitotyönjohtajan kanssa sekä keskusteluissa opettajien kanssa nousi esiin aiheen laajuus sekä sen rajaaminen alkuperäisestä aiheesta ”haava ja kipu”. Yliopettajan ohjaamana päädyttiin rajaamaan se II-asteen palovammoihin ja niiden kivun hoitoon.

Aiheen rajaamisessa paras tapa on perehtyä aiempaan, aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Tiedon etsiminen katsaustyyppisistä artikkeleista ja uusimmista, mahdollisimman lähellä omaa aihetta olevista artikkeleista, on tuottoisa ja toimiva keino. (Hirsjärvi ym. 2010, 85.)

Syksyllä 2010 aloitettiin teoriaperustan keräys, mikä tietenkin jatkui koko prosessin ajan. Tiedon keruussa haasteeksi muodostui tiedon löytäminen juuri II-asteen palovammoista sekä niihin liittyvästä kivun hoidosta. Kivusta erillisenä tekijänä sekä III-asteen palovammoista olisi ollut runsaasti teoria- ja tutkimustietoa tarjolla, mutta opinnäytetyön aiheeseen suoraan liittyvää uusinta tietoa ei juurikaan

löytynyt. Tietoa hankittiin suomen- ja englanninkielisistä lähteistä, niin kirjallisuudesta, lehtiartikkeleista, internet- lähteistä kuin aikaisemmista tutkimuksista. Lisäksi apuna opinnäytetyön teorian hakemisessa ja ulkomuodon suunnittelussa käytettiin ammattikorkeakouluissa tehtyjä opinnäytetöitä. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja; kipu, palovamma, hoito, hoitotyö, potilasohje, potilasohjaus sekä näiden englanninkielisiä vastineita.

Lokakuussa 2010 opinnäytetyön ohjaaja hyväksyi aihe suunnitelman. Alustavasti suunnitelmassa oli toteuttaa tässä opinnäytetyössä myös pienehkö, kvantitatiivinen tutkimus palovammapotilaiden kokemuksista ja kivun huomioimisesta Virtain terveyskeskuksen poliklinikalla. Ohjaavan opettajan mukaan ammattikorkeakouluopinnoissa on kuitenkin hyvä toteuttaa vain yhden menetelmän opinnäytetyö, joten tutkimuksesta luovuttiin.

Produkti eli tuotos on osa toiminnallista opinnäytetyötä ja se toteutetaan kirjallisena. Kirjoittaminen on tyyliltään erilaista kuin opinnäytetyön raportointi, koska tuotoksella on kohderyhmä, jonka tarpeet pitää huomioida. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 65.) Tutkimuksen tilalla tähän toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotos, joka on suunnattu potilasohjaukseen palovammahaavojen sekä niihin liittyvän kivun hoitamiseen Virtain terveyskeskuksen poliklinikalla. Hoitotyönjohtaja toivoi erillistä ohjetta sekä Flamazinella että Aquacel Ag:lla hoidettaville palovammapotilaille.

Opinnäytetyön suunnitelman esitys pidettiin 14.12.10 ja lopullinen suunnitelma hyväksyttiin 11.4.11. Virtain terveyskeskuksen hoitotyönjohtaja vastaanotti hyväksytyn opinnäytetyön suunnitelman 13.4.11. Opinnäytetyön yhteistyösopimuksen voi allekirjoittaa vasta suunnitelman hyväksymisen jälkeen, joten allekirjoitus tapahtui 24.5.11. Väliseminaarit pidettiin toukokuussa 2011 ja seminaareissa saadun palautteen perusteella työn tekemisen oli tarkoitus jatkua kesällä 2011. Opinnäytetyön lopullinen nimi haki muotoaan koko prosessin ajan. Nimi selkiytyi vasta viimeisen ohjauskerran jälkeen lokakuun alussa.

6.4 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Toteutus alkoi teoriatiedon keräämisestä ja toimeksiantajan toiveiden huomioimisesta. Opinnäytetyöhön liittyvää teoriatietoa, II-asteen palovammat ja kipu, oli erittäin vaikea löytää. Erikseen molemmista aiheista tietoa on olemassa kyllä runsaasti, mutta samassa yhteydessä niistä ei juuri tietoa ole. Palovammoihin ja kipuun liittyvän tiedon lisäksi tarvittiin teoriaa opinnäytetyön tekemisestä ja hyvän potilasohjeen laatimisesta.

Opinnäytetyötä tehtiin yhdessä ja erikseen, mikä olikin tässä opinnäytetyössä sekä hyvä että huono asia. Väliseminaareissa saatu palaute koski juuri tätä asiaa, että opinnäytetyö on liian ”kaksijakoinen”- palovammat ja kipu. Kesän 2011 tapahtumien vuoksi oli hyvä, että opinnäytetyön työstäminen onnistui molemmilta erikseen ja kokoaminen yhtenäiseksi tekstiksi yhdessä. Kesä-, heinä- ja elokuu 2011 meni tekijöiltä surutyöksi ja vasta elokuun lopussa palattiin taas opinnäytetyön pariin.

Valmiiden aineistojen keruussa olisi pyrittävä tarkoituksenmukaisuuteen, eikä kaikkea tarvittavaa aineistoa tarvitse kerätä alusta alkaen itse, vaan voi hyödyntää jo valmiita aineistoja. On kuitenkin huomattava, että toisten keräämät aineistot ja tutkimustulokset ovat harvoin sovellettavissa suoraan omaan työhön. Aineiston hankintatapa ei vaikuta opinnäytetyön arvoon. (Vilkkä & Airaksinen 2010, 186.) Teoriaosuus palovammoista ja kivusta oli lähes valmis toukokuun 2011 väliseminaareihin mennessä. Tutkimustieto täydennettiin mukaan myöhemmin. Kappalejako ja muuta opinnäytetyön ulkoasua muokattiin koko prosessin ajan. Lopulliseen muotoonsa se saatiin vasta ennen ohjaajille menoa syyskuun lopussa 2011.

Toteutustapa toiminnallisessa opinnäytetyössä on yleensä kompromissi omien resurssien, toimeksiantajan toiveiden, kohderyhmän tarpeiden sekä koulun vaatimusten välillä (Vilkkä & Airaksinen 2004, 56-57). Tässä kiteytyy koko opinnäytetyöprosessin haasteellisuus! Kompromissien tekemisen yhteydessä on kuitenkin pidettävä kiinni siitä, että työn punainen lanka ja omat tavoitteet eivät katoa. Alkukesästä 2011 opinnäytetyön palovammat ja kipu- teoriaosuus yhdistettiin yhdeksi kappaleeksi ohjaajan väliseminaareissa esittämän ajatuksen

mukaan. Myöhemmin ne taas eriytettiin kahdeksi eri kappaleeksi, jotta opinnäytetyön ulkoasu ja kokonaisuus yhdenmukaistuisi.

Tietoturvallisuuteen perustuen Virtain terveyskeskuksessa on kiellettyä yhdistää omia muistitikkuja talon koneisiin (Kamppuri 2011). Kirjallisen tuotoksen käyttäminen ja jakaminen potilaille on Virtain terveyskeskukselle myös kustannuskysymys, joten päädyttiin sellaiseen muotoon, että sen voi tallentaa tiedostoksi muistitikulle ja tulostaa tarvittaessa sieltä. Tähän saatiin lupa ja muistitikku talon Atk-tukihenkilöltä (Kamppuri 2011). Näin ohjeen päivittäminen on helppoa ja nopeaa.

Lähdekritiikki on erityisasemassa, kun toiminnallisen opinnäytetyön tuotos on ohjeistus, opas, käsikirja tai tietopaketti. Mietittävä on, mistä lähteistä teoriatieto on hankittu sekä on pystyttävä kuvamaan, miten tiedon oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. (Vilka & Airaksinen 2004, 53.) Opinnäytetyön tuotoksen, potilasohjeen laatimiseen ei toimeksiantajalla ollut muita vaatimuksia, kuin erilliset ohjeet Flamazinelle ja Aquacell Ag:lle. Tekijöillä oli siis melko ”vapaat kädet” toteuttaa se parhaaksi katsomallaan tavalla. Potilasohjeen tekemisessä tärkeänä pidettiin sitä, että se on helppokäyttöinen ja selkeä. Se voidaan antaa potilaalle mukaan ja sitä voidaan hyödyntää hoitotyössä. Ohjeen mukana kuljetettavuus rajasi ohjeen A5-kokoon. Potilasohjeet ovat liitteenä A4 koossa alkaen liitteestä 2.

Tuotoksesta mielipiteitä ja kehittämisehdotuksia kerättiin 3.10.11 Virtain terveyskeskuksen poliklinikan hoitotyöntekijöiltä; perushoitajilta ja sairaanhoitajilta. Päädyttiin henkilökohtaiseen keskusteluun työntekijöiden kanssa. Keskustelut tapahtuivat työn lomassa, koska se teki palautteen antamisen helpommaksi työntekijöille. Vaihtoehtona olisi ollut kerätä palaute poliklinikkakokouksessa.

Työntekijät (yksi sairaanhoitaja oli vapaapäivällään, hänen mielipidettään ei saatu) kertoivat mielipiteensä ja erityisesti etusivulla oleva vastaanottoaikataulukko sai runsaasti kiitosta. Keskustelujen yhteydessä varmistui myös, että työntekijät olivat samaa mieltä tuotteen tekijöiden kanssa; suun kautta otettavista kipulääkkeistä on tarkoituksenmukaista mainita vain tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Tuotteen nimeä myös ehdotettiin vielä uudelleen mietittäväksi. Opinnäytetyöntekijät olivat jo sokeutuneet tuotteelleen. Otsikkona oli; Aquacel®

Ag Hydrofiber® - ohje potilaalle, jolla on II-asteen palovamma ja Flamazine® - ohje potilaalle, jolla on II-asteen palovamma. Otsikot muutettiin potilaslähtöisemmäksi palautteen perusteella.

Tuotokset tarkasti ja hyväksyi Virtain terveyskeskuksen ylilääkäri 10.10.2011. Hänen antamansa ohjeen mukaan kipulääkkeiden kaupanimiä ei saisi näkyä potilasohjeessa (Ristilä 2011b). Sen vuoksi ohjetta muokattiin niin, että siinä mainitaan vain kipulääkkeiden vaikuttavat aineet.

Hyvä tiivistelmä on suppea, tarkka ja itsenäisesti ymmärrettävä. Se on kieliasultaan luettava ja etenee sujuvasti. Sen pitää myös tarkasti vastata työn tai tutkimuksen tarkoitusta ja sisältöä. (Hirsjärvi ym. 2010, 262.) Opinnäytetyön ohjaaja tarkisti tiivistelmän 19.8.11 ja toisen kerran 7.9.11. Tiivistelmän englanninkielisen version tarkistaminen jäi syksylle 2011, koska opettaja vaihtui kesän aikana. Lopulta se kuitenkin saatiin ajoissa mukaan.

6.5 Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi

Osa opinnäytetyön tekemistä on sen arviointi. Arvioinnin kohteena on toteutustapa, keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ja aineiston keräämiseksi (Vilkkä & Airaksinen 2004, 157). Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä tekijät valitsivat produktin tekemisen haastattelun sijaan, sillä he kokivat konkreettisen tuotoksen palvelevan käytännön hoitotyötä paremmin.

Aiheen löydyttyä aineiston kerääminen on hyvä aloittaa ajatuksilla, mitä haluaa tietää tai mitä haluaa osoittaa. Etsimällä katsaustyyppisiä ja muita omaa työtä lähellä olevia, uusimpia artikkeleita saa tietoa siitä, miten aihetta on aikaisemmin käsitelty. (Hirsjärvi ym. 2010, 81,85.) Prosessin rajausta epä määräisestä aiheesta ”palovammat ja kipu” onnistui toimeksiantajan tarpeiden mukaan sekä hyvän opinnäytetyön ohjauksen avulla. Kieliasun arviointiin saatiin myös hyviä neuvoja ohjauksen yhteydessä.

Vilkkä & Airaksisen (2004, 19) mukaan opinnäytetyöpäiväkirja toimii muistin tukena pitkässä prosessissa. Opinnäytetyön ajalta pidettiin opinnäytetyöpäiväkirjaa, jonka mukaan kuvattiin toiminnallisen opinnäytetyön

prosessin eteneminen. Päiväkirjan pitämisen merkitys tosin selvisi paljon myöhemmin ja näin jälkeenpäin ajateltuna muistiinpanojen tekemisessä olisi pitänyt olla vielä tarkempi.

Produktin laatimisessa tulee ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta, produktin käyttötarkoitus ja erityisluonne. Produktin tekstin sävystä ja tyylistä on hyvä keskustella sekä toimeksiantajan että ohjaajan kanssa. Heidän on hyvä antaa tutustua luonnoksiin ja heiltä kenties saa kallisarvoista palautetta kirjoitusprosessin eri vaiheessa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 129.)

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli tuottaa potilasohjeet II-asteen palovammojen sekä kivun hoitamisesta Virtain terveyskeskuksen potilaille. Toimeksiantajan pyynnöstä hoito-ohjeet tuotettiin erikseen Flamazinella ja Aquacel Ag:llä hoidettaville asiakkaille.

Tehtävänä oli vastata seuraaviin kysymyksiin; miten palovammoja hoidetaan Flamazinella ja Aquacel Ag:llä, miten potilaan kipua hoidetaan poliklinikalla ja kotona, miten potilas voi itse vaikuttaa haavan parantumiseen omalla toiminnallaan? Opinnäytetyön yhtenä tehtävänä oli selvittää, millainen on hyvä kirjallinen potilasohje palovammojen ja kivun hoidossa.

Opinnäytetyön tehtäviin saatiin vastaukset sellaisessa muodossa kuin haluttiinkin, paitsi potilaan osuus haavan parantumisen osalta jäi hieman alkuperäistä tavoitetta vajaammaksi. Yhtenä syynä lienee se, että haastatteluja ei tässä opinnäytetyössä tehty, jolloin potilaiden omat kokemukset jäivät puuttumaan.

Opinnäytetyön laaja teoriaperusta tulee palvelemaan uusia työntekijöitä sekä opiskelijoita Virtain terveyskeskuksen poliklinikalla. Teoreettinen viitekehys toimii siten perustana produktin käytölle. Opinnäytetyön ohjaajan lausetta lainaten ”Mikään ei palvele käytäntöä paremmin kuin hyvä teoria”. Produkti yhtenäistää palovammapotilaiden saamaa ohjausta sekä toimii potilaan muistin tukena.

Lähteiden lukumäärä ei ole ratkaiseva tekijä käytännönläheisessä toiminnallisessa opinnäytetyössä, vaan tärkeämpää on lähteiden laatu, soveltuvuus ja se, miten ne palvelevat opinnäytetyötä (Vilkkä & Airaksinen 2004, 76). Kirjallisuuden valinnassa käytetään harkintaa ja suhtaudutaan lähteisiin kriittisesti (Hirsjärvi ym. 2010, 113).

Muita ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä ja Pro graduja hyödynnettiin pääosin taustietojen keräyksessä. Suurin osa teoreettisen viitekehyksen tiedoista koottiin kirjallisuudesta. Jonkin verran hyödynnettiin internetin luotettaviksi katsottavia lähteitä ja viimeisimpiä aiheeseen liittyviä, ajan tasalla olevia lehtiartikkeleita.

7 POHDINTA

7.1 Pohdintaa opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekemisen aloittaminen jo syksyllä 2010 tuli hieman yllätyksenä, koska keväällä sen tekemisen vaiheista tai valmistumisen ajankohdasta ei ollut vielä mitään puhetta. Toki tiedossa oli, että se on yksi ammattikorkeakoulun tehtävistä ennen valmistumista. Seinäjoen ammattikorkeakoulun uuden ohjeistuksen mukaan aikaa työn tekemiseen oli lyhennetty puolella vuodella ja opinnäytetöiden oli tarkoitus olla valmiita ennen viimeistä lukukautta (kevät 2012).

Toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Siinä on tärkeää, että aihe kiinnostaa ja motivoi tekijöitä. Aiheen on hyvä olla sellainen, että siinä voi käyttää ja syventää jo olemassa olevaa asiantuntemustaan. Lisäksi aiheen tulisi olla sen verran ajankohtainen nyt ja tulevaisuudessa, että myös toimeksiantaja siitä kiinnostuu. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 23.) Aiheen valinnan selkiytyessä ja varmistuessa, työ aloitettiin mahdollisimman pian. Ensimmäiset ajatukset olivat varsin harhailevia ja tietoa haalittiin monen eri opinnäytetyön verran, mutta hyvän ohjauksen ja seminaarien avulla juuri tähän opinnäytetöihin sopiva teoretieto vähitellen muovautui ja tiivistyi.

Tutkimussuunnitelma toimii ohjaajan ja seminaariryhmän kanssa keskustelujen pohjana sekä ohjaa tekijää etenemään suunnitelmallisesti työssään. Se on myös taloudellisen tuen saamisen perusedellytys. (Hirsjärvi ym. 2010, 174.) Suunnitelman laatiminen huolellisesti helpotti tehtävän opinnäytetyön kokonaisuuden hahmottamista. Aina ei siltä toki tuntunut, kun suunnitelmaa hiottiin uudestaan ja uudestaan, mutta niin se vain on, että hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Hyväksytyyn suunnitelmaan oli hyvä peilata ja palata, kun ajatus opinnäytetyön tavoitteesta, tarkoituksesta tai tehtävästä lähti harhailemaan.

Huolimatta siitä, että opinnäytetyön tekeminen aloitettiin reippaasti ja hyvissä ajoin, työn luovuttamispäivä lähestyi uhkaavasti. Kesä ei mennyt suunnitelmien

mukaan ja se loi heti uudenlaisia haasteita opinnäytetyön tekemisen ajoitukseen. Koulun antamat tunnit opinnäytetyön tekemiseen osuivat huonoon ajankohtaan, eikä niitä siten voitu hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi harjoittelut keväällä ja syksyllä veivät myös aikaa opinnäytetyön tekemiseltä. Aikuisopiskelija on opiskelun ohessa mukana työelämässä, mikä tuo lisää haasteita aikataulujen sovittamiseen.

Kirjallisen ohjeen tulisi olla asiakkaan tietojen ja tarpeiden mukainen, hyvin suunniteltu, tehokas, oikein suunnattu ja asiakkaan oppimiskyvyn huomioiva niin, että hän voi käyttää sitä myös itseopiskeluun (Kyngäs ym. 2007, 124-125). Tuotoksen tekemiseen saatiin hyvät ja selkeät vinkit toimeksiantajan edustajalta. Tarvetta oli kahdelle eri potilasohjeelle, palovammojen hoitaminen Flamazinella ja Aquacell Ag:lla. Kivunhoito osana niitä on mukana molemmissa ohjeissa. Pääosin yhteydenpito toimeksiantajaan hoitui sähköpostin välityksellä tai henkilökohtaisilla tapaamisilla. Teoriatieto tuotoksen tekemiseen saatiin kirjallisuudesta. Tuotoksen ulkoasua muotoiltiin ohjauksetojen yhteydessä saadun opastuksen ja palautteen perusteella.

Opinnäytetyön tekeminen on suuri ja aikaa vievä prosessi, joten ei ole yhdentekevää, mitä kirjaat ylös ja miten, jotta muistaisit vielä loppuvaiheessa alkuvaiheen ratkaisujen perusteet (Vilkkä & Airaksinen 2004, 19). Päiväkirjan pitämistä opinnäytetyön tekemisen eri vaiheista pidettiin ensin outona ja tavallaan turhana, mutta matkan varrella sen tarkoitus selkiytyi ja sen hyödyllisyys koettiin konkreettisesti. Olisi ollut vaikea hahmottaa kaikkia tapahtumia prosessin aikana, elleivät ne olisi muistiin merkattuina! Opinnäytetyön tekemisessä kun on ollut melko pitkiä taukoja. Päiväkirjan lisäksi prosessin etenemisessä auttoi suunnitelma, johon oli määritelty opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tehtävät.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettiseksi ratkaisuksi voidaan katsoa jo aiheen valinta, ja silloin jo kysytään, kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi (Hirsjärvi ym. 2010, 24). Eettisyyteen ja luotettavuuteen kuuluu, että opinnäytetyön toimeksiantajan tarpeet huomioidaan opinnäytetyön tekemisen eri vaiheissa, potilasohjeen eli tuotoksen olisi siten oltava

riittävän ajan tasalla oleva ja toimiva. Sopimus opinnäytetyöstä toimeksiantajan kanssa velvoittaa tekijöitä noudattamaan eettisesti hyvää työskentelytapaa ja luotettavuutta.

Tiedon luotettavuuteen ja tarkistettavuuteen kuuluu olennaisesti aineiston keruu, käsittely ja asianmukainen arkistointi (Kuula 2006, 24). Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä eettisyyteen ja luotettavuuteen kiinnitettiin erityisesti huomiota, koska käytössä oli paljon jo kirjoitettua tietoa, jolloin vaarana oli vilppi tai jopa plagiointi. Huolimatta siitä, että käytettiin jo olemassa olevaa teoriaa, tavoitteena ja tarkoituksena oli myös tehdä tästä opinnäytetyöstä ”oman näköinen”, yhdistämällä nämä kaksi asiaa, palovammat ja kipu. Palovammoista erikseen ja kivusta erikseen on olemassa paljon tietoa, mutta yhteistä teoriaa näistä ei ollut paljoakaan saatavilla.

Ei ole yhdentekevää, millaisia lähteitä käytetään ja siksi olisikin hyvä käyttää lähinnä alkuperäisiä julkaisuja eli ensisijaisia lähteitä. Toissijaisten lähteiden käyttö lisää tiedon muuntumisen mahdollisuutta. (Vilka & Airaksinen 2004, 73.) Lähdekirjallisuutena tässä työssä käytettiin tunnettuja ja yleisesti hyväksytyjä sekä tieteelliseksi aineistoksi katsottua materiaalia, muun muassa ammattikirjallisuutta ja -lehtiä tai internet-sivustoja. Toisinaan jouduimme käyttämään toissijaisia lähteitä, sillä alkuperäisten lähteiden käyttö olisi tullut kohtuuttoman kalliiksi, niistä saatuun hyötyyn nähden, esimerkiksi yhden virkkeen vuoksi. Jonkin verran hyödynnettiin muita opinnäytetöitä tai Pro graduja, lähinnä lähteiden etsimiseen tai ulkoasuun liittyviin asioihin.

Kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten tarkoituksena on näyttää, miten aihetta on aikaisemmin tutkittu ja miten se liittyy muihin olemassa oleviin tutkimuksiin. Niissä olevien lähdeviitteiden perusteella lukija voi tarkistaa tiedot alkuperäisistä kirjoituksista ja arvioida niistä saatua tiedon käyttöä uudessa tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2010, 121.)

Internet on edelleen osittain harmaata aluetta teorian tiedon keruussa ja sitä käyttävä tekee ja perustelee eettiset ratkaisunsa itse. Keskeinen kysymys internetiä hyödynnettäessä onkin se, miten kaiken tarjolla olevan materiaalin pystyy mielekkäästi rajaamaan ja jäsentämään opinnäytetyön tarpeita vastaavaksi.

Kaiken saatavan tiedon käytettävyys ja luotettavuus on toinen olennainen kysymys tässä yhteydessä. (Kuula 2006, 169-170.)

Tämän opinnäytetyön lähdemateriaali on pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhaa. IASP 1994 ja McCaffery & Pasero 1999 ovat lähteinä vuosiluvuistaan huolimatta puhuttaessa kivun määritelmästä. Näissä teoksissa olevia ajatuksia siteerataan edelleen, kun puhutaan kivusta ja sen hoidosta. Toissijaisia lähteitä on käytetty, mutta pyritty siihen, että niidenkin tieto on alle kymmenen vuotta vanhaa. Kaikki aiheesta saatavilla oleva tieto ei ole ollut luotettavaa tai tutkimuksen kautta saatua, jolloin sellaista tietoa ei ole käytetty. Opinnäytetyön ulkoasu, tekstiviitteet ja lähdemerkinnät on tehty Seinäjoen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti.

7.3 Oma oppimiskokemus ja jatkokehittämishaasteet

Tengvallin ym. (2006, 181) mukaan palovammapotilaan kokemasta kivusta on kirjoitettu vain vähän. Tulehduksiin sekä tulehtuneisiin haavoihin liittyvä kipu tiedostetaan hoitotyössä poliklinikoilla, mutta tiedossa on vain muutama kirjallinen raportti siitä. Tulevaisuudessa tutkimukset sisältänevät kivun hoidon merkityksen potilaalle osana palovammojen hoitoa. (Tengvall ym. 2006, 177, 181.)

Ensimmäinen sairaanhoitajien kivunhoidon asiantuntijakoulutus on järjestetty 2000-luvun alussa Suomen kivuntutkimus ry:n ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Sen avulla sairaanhoitajat kykenevät kansainvälisestikin toimimaan asiantuntijoina kivunhoidossa terveydenhuollon eri alueilla ja kouluttamaan muita sekä osallistumaan tutkimustyöhön. (Kalso & Vainio 2002, 388.) Vielä nykyään kivunhoidon korostaminen koulutuksessa sekä siihen liittyvien hoitotyön auttamismenetelmien kehittäminen olisi tärkeää. Sillä voitaisiin vaikuttaa hoitohenkilökunnan, usein virheellisiin, käsityksiin potilaiden kokemasta kivusta.

Hoitotyön kirjaaminen on tällä hetkellä monimuotoista, eikä selkeää yhtenäistä käytäntöä ole vielä olemassa. Se vaikuttaa siihen, että potilaan hoidon jatkuvuus eri hoitopaikkojen välillä saattaa kärsiä ja aiheuttaa siksi ylimääräistä harmia – kipua, vääriä hoitotoimenpiteitä tai jopa hoitoketjun katkeamisen.

Opinnäytetyön tekemisen prosessi oli tekijöille uutta ja haasteellista kaikkine eri vaiheineen. Alussa olleen ajatusten sekavuuden hävittyä ja tekijöiden yhteisten tavoitteiden selkiytymisen jälkeen työtä lähdettiin tekemään innolla ja jopa pienen jännityksen kera, mitä tästä saadaan aikaiseksi. Työn edetessä selkeni samalla korkeakoulutasoisen opinnäytetyön vaatimukset ja se, kuinka tarkasti kaikki on kirjattava raporttiin prosessin vaiheista. Teksti- ja lähdeviitteet on oltava pilkulleen oikein, että työn laatu ja uskottavuus eivät kärsi.

Jatkokehittämisen haasteet liittyvät lähinnä tuotoksen käyttökelpoisuuden ylläpitämiseen tulevaisuudessa. Potilasohjeen pitää olla helposti käytettävissä ja ajan tasalla, joten sen päivittäminen pitää olla helppoa. Lisäksi potilasohjeen kustannukset eivät saa olla korkeat. Alkuperäisenä tavoitteena oli myös potilasohjeen hyödyntäminen mahdollisesti muilla poliklinikoilla. Potilasohje on pyritty laatimaan niin, että sitä voidaan hyödyntää palovammojen hoidon yhteydessä myös muualla kuin Virroilla.

Tulevaisuudessa yhdeksi tutkimusaiheeksi voisi mielestämme nostaa II asteen palovammat ja niihin kuuluvan kivun hoidon. Palovammat vaikuttavat kuitenkin vuosittain monen ihmisen elämään, joten niiden hoitoa ja ennaltaehkäisyä voisi kehittää uusien tutkimustulosten avulla. Tehdessämme tätä opinnäytetyötä huomasimme, että palovammoista ja kivusta on saatavilla hyvin vähän tuoretta tietoa. Tutkimustieto jota löysimme, oli usein niin vanhaa, että sitä ei voinut hyödyntää tai käyttää. Puolueetonta, vertailevaa tutkimusta eri haavanhoitotuotteiden merkityksestä haavan paranemisen prosessissa oli myös niukasti.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista ja opettavaista. Tiedon etsiminen ja sen kriittinen tarkasteleminen on opettanut tekijöitä erottelemaan luotettavan tiedon muusta tiedosta, etenkin internet-lähteiden käytön yhteydessä. Lähdekritiikki oli yllättävän haasteellinen toteuttaa, koska monista hyvistä lähteistä puuttuivat tekstiviitteet tai lähdemerkinnät. Englannin kielen ja oman alan erityissanasto on kehittynyt.

Ajan puute oli oikeastaan ainoa asia, mikä hidasti ja vaikeutti työn etenemistä. Kun aika kirjoittamiseen löytyi, työn tekeminen tuntui mielekkäältä. Yhdessä tekeminen

on ollut mukavaa, eikä prosessi ole tuntunut liian raskaalta, kun on voinut jakaa ajatuksia ja mielipiteitä tai kysyä tarvittaessa apua. Toisinaan yhteistyöhetket toimivat myös terapiatuokioina. Yhteenvetona opinnäytetyön tekemisestä voidaan todeta, että tekijät joutuivat luopumaan alkuperäisistä tavoitteistaan jonkin verran aikataulullisista syistä, joita aiheutti kesän 2011 surulliset tapahtumat. Kaikesta huolimatta opinnäytetyöstä tuli tekijöilleen mieleinen ja se sisältää ne kohdat, jotka siihen haluttiin.

Tämän opinnäytetyön valmistumisesta suuri **kiitos** kuuluu taustajoukoille, perheille ja ystäville, jotka toimivat pyyteettömästi muun muassa mikrotukihenkilöinä vuorokauden ajoista riippumatta!

LÄHTEET

- Ali-Raatikainen, P. & Salanterä, S. 2008. Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallisista potilasohjeista. Teoksessa: Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Uniprint, 56-63.
- Andersson, K. 2001. Palovammarakkuloiden hoito. Haava (1), 16-17.
- Bjålie, G.Jan., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, V. Øystein & Toverud, C. Kari. 2008. Ihminen: Fysiologia ja anatomia. Suomentaja Meditrans Oy. 1.-5.p. Helsinki:WSOY.
- Chan, Y., Irish, J.C., Wood, S.J., Rotstein, L.E., Brown, D.H., Gullane, P.J. & Lockwood, G.A. 2002. Patient education and informed consent in head and neck surgery. Archives of Otolaryngology-Head & Neck surgery 128 (11), 1269-1274.
- ConvaTec Inc. 2010. Aquacel Ag® Hydrofiber® pakkausseloste. USA.
- Finley, G.A. & McGrath, P.J. 2001. Acute and procedure pain in infants and children. Progress in pain research and management. Vol 20. IASP Press. Seattle.
- EWMA (European Wound Management Association). 2006. Management of wound infection. [Verkkokirja]. Suomentaja Riitta Kankkunen, Salla Seppänen & Anna Hjerpe. London: MEP Ltd. [Viitattu 15.5.11]. Saatavana: <http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ewma-haavainfektion-hoito.pdf>
- Greenhalg, D.G. 2007. Wound healing. In: D.N. Herndon (ed.) Total Burn Care. 3. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 578 – 595.
- Hakala, P. 2002. Palovammapotilaan haavahoidon periaatteet. Haava (1), 25-27.
- Hakala, N. 30.8.2011. Leikkauksen jälkeen. [Verkkosivusto]. Vaasan keskussairaala. [Viitattu 6.11.2011]. Saatavana: http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat_asiakkaat_omaiset/Paivakirurgia/Anestesia/Leikkauksen_jalkeen
- Hartford, C.E. & Kealey P. 2007. Care of outpatient burns. In: D.N. Herndon (ed.) Total Burn Care. 3. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 67-80.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1.-2. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.

- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. 1.-3. p. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. p. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15-16. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uud. p. Helsinki: WSOY.
- Hyvärinen, R. 2010. Millainen on toimiva potilasohje? [Verkkolehtiartikkeli]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 9.2.11]. Saatavana: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&doAsUserId=luzlvkoapes&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95167&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- IASP. 1994. Classification of chronic Pain. In: Merskey, H. & Bogduk, N (ed.) Task Force on Taxonomy 2nd ed. Seattle: IASP Press.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Juutilainen, V. 2005. Sädehoidon jälkeinen haava. Teoksessa: Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. 1.-3.p. Porvoo: WS Bookwell Oy, 213-214.
- Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. [Verkkosivu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 10.9.10]. Saatavana: 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=uusinnumero
- Kallio, H., TYKS haavatyöryhmä, VSSHP Kroonisen haavahoitoketjun alatyöryhmä, VSSHP Hygieniayksikkö. 20.3.2011. Haavanhoito-opas. [Verkköjulkaisu]. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. [Viitattu 10.9.2011]. Saatavana: ohjepankki.vsshp.fi/fi/dokumentit/28329/HYPERLINK
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

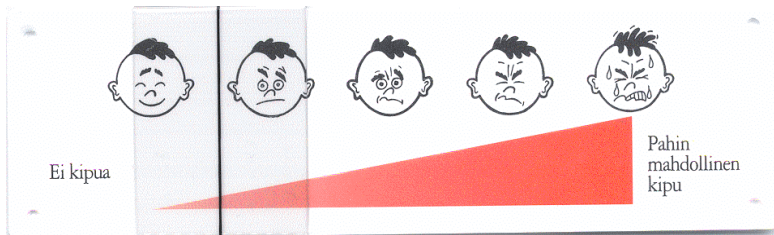
- Kaltti, H. 2011. Farmaseutti. Virtain apteekki. Puhelinkeskustelu 4.11.2011.
- Kamppuri, O. 2011. Atk-tukihenkilö. Virtain terveyskeskus. Puhelinkeskustelu 25.10.2011.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Koljonen, V. 2009. Saunailman aiheuttamat palovammat. [Verkkosivu]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 26.9.10]. Saatavana: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?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=duo98137&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero
- Laaksonen, M. 2011. Effica-pääkäyttäjä. Virtain terveyskeskus. Yleisterveysthuollon käytäntöerittely. Tuloste 26.5.2011.
- Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1999. Kliininen hoitotieteellinen tutkimus. Hoitotiede (6), 346-357.
- Liski, U. Kotipalveluohjaaja. Virtain kotihoito. Puhelinkeskustelu 4.11.2011.
- McCaffery, M. & Pasero, C. 1999. Opioid Analgesics in Pain. Clinical Manual. New York: Mosby.
- Muangman, P., Pundee, C., Opananon, S. & Muangman, S. 2010. A prospective, randomized trial of silver containing hydrofiber dressing versus 1% silver sulfadiazine for the treatment of partial thickness burns. International wound journal 7 (4), 271-276.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R.P & Lappalainen, J. 9.4.2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. [Verkkosivu]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 8.1.11]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74>
- Paile, Wendl. 12.11.2009. Säteilövammat. [Verkkokirja]. STUK. [Viitattu 19.4.11]. Saatavana: http://www.stuk.fi/julkaisut_maaraykset/kirjasarja/fi_FI/kirjasarja4/files/12222632510021058/default/kirja4_04.pdf

- Pajarre, S. 10.6.2003. Syövyttävät aineet. [Verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 27.5.11]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Imy00005
- Papp, A. 2002. Palovammojen ensihoito tapaturmapaikalla. Haava (1), 14-16.
- Papp, A. 16.10.2009. Palovammat. Lääkärin käsikirja. [Verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim.[Viitattu10.9.10].Saatavana: www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=palovamma. Vaatii käyttö-oikeuden.
- Papp, A. & Härmä, M. 2010. Infektiot palovammapotilaan hoidossa. Teoksessa: Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuonto, R. (toim). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6.p. Porvoo: WS Bookwell Oy, 241-248.
- Papp, A., Koljonen, V. & Vuola, J. 2007. Vaikeiden palovammojen hoito. [Verkkosivu]. Aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 10.9.10]. Saatavana: www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=palovammojen.
- Puolakka, J. 2002. Palovammat. Teoksessa: Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 689-699.
- Pohjolainen, T., Haanpää, M. & Lindgren, L. 2004. Kipu. Duodecim (2), 111-247.
- Poliklinikka. Virtain kaupunki. 29.4.2006. [Verkkosivu]. [Viitattu 24.8.11]. Saatavana: <http://www.virrat.fi/77/>
- Raappana, M. 2004. Kipu päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Teoksessa: Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M (toim.) Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Kuopio: Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35, 145-164.
- Rantanen, S. Hoitotyön johtaja. Virtain terveyskeskus. Puhelinkeskustelu 3.11.2011.
- Rautiainen, H. 9.11.2002. Kivun arviointi ja mittaus. [Verkkójulkaisu]. Pohjois-Karjalan ensihoitajat RY. [Viitattu 6.11.2011]. Saatavana: http://www.pokehot.net/luennot/huhmari/Hillevi_Rautiainen.PDF
- Ristilä, K. 2011a. Ylilääkäri. Virtain terveyskeskus. Henkilökohtainen tiedonanto 6.9.2011.
- Ristilä, K. 2011b. Ylilääkäri. Virtain terveyskeskus. Henkilökohtainen tiedonanto 10.10.2011.

- Ritala, S. 2001. Palovammojen hoito terveystieteissä. *Haava* (1), 11-14.
- Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2007. *Ensiapuopas*. 5.-7. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa: Varti, A-M (toim.) *Kivunhoito*. Tampere: Tammi, 97-110.
- Salanterä, S. 2003. Lähtökohtia näyttöön perustuvalle kivuliaan potilaan hoitotyölle. Teoksessa: Lauri, S. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 106-116.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- Simons, J. & Roberson, E. 2002. Poor communications and knowledge deficits: obstacles to effective management of children`s postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing* (7), 23-27.
- Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. [Verkkokirja]. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta / Edita Publishing Oy. [Viitattu 1.10.11]. Saatavana: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Tengvall, O.M., Björnhagen, V.C., Lindholm, C., Jonsson, C-E. & Wengström, Y. 2006. Differences in Pain Patterns for Infected and Noninfected Patients with Burn Injuries. *Pain Management Nursing*, 7 (4), 176-182.
- Vainio, A. 2004. *Kivun hallinta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, A. 2009. *Sattuu! Kroonisen kivun hallinta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2004. Hoitotieteellinen tutkimus kivun hoidon perustana. Teoksessa: Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M (toim.) *Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua?* Kuopio: Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. *Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet* 35, 17-34.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.
- Vuola, J. 2005. *Palovamma*. Teoksessa: Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. *Haava*. 1.-3.p. Porvoo: WS Bookwell Oy. 125-131.

Väestörekisterikeskus. 30.4.11. Väestötietojärjestelmä. [Verkkosivu].
Väestörekisterikeskus. [Viitattu 27.5.11]. Saatavana:
<http://vrk.fi/default.aspx?docid=5060&site=3&id=0>

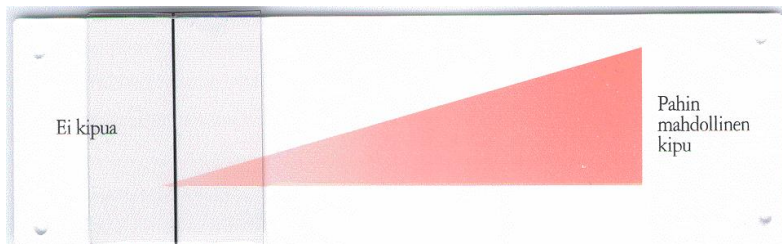
LIITE 1; Erilaisia kipumittareita



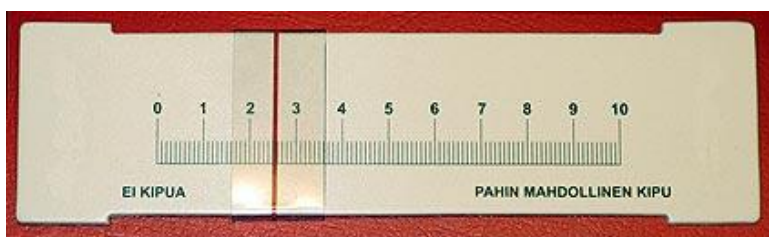
Kuva 1. Lasten kipumittari. (Rautiainen 2002, 3.)



Kuva 2. Lasten kipumittari. (Hakala 2011.)



Kuva 3. Aikuisten kipukiila. (Rautiainen 2002, 3.)



Kuva 4. Aikuisten kipujana. (Hakala 2011.)

LIITE 2 (8): II Asteen palovamma-ohje potilaalle (Aquacel® Ag Hydrofiber®)

II Asteen palovamma - ohje potilaalle (Aquacel® Ag Hydrofiber®)



Virtain Terveyskeskus, Poliklinikka

Sairaalantie 3, 34800 Virrat.

Puhelin hoitajille; 03-4853208

Seuraava käyntinne hoitajan vastaanotolle;

Päivä	Klo	Päivä	Klo	Päivä	Klo

Mikä on palovamma?

Olette saanut ihollenne II-asteen palovamman, jonka yleisin aiheuttaja on kuuma vesi. Ihon rakenteessa on kolme eri kerrosta; orvaskesi (epidermis), verinahka (dermis) ja ihonalainen kerros (subcutis).

II-asteen pinnallinen palovamma on vaurioittanut ihoanne verinahkanne yläosaan asti. Jos teillä on II-asteen syvä palovamma, on vammanne koko verinahan syvyinen. Ihon tehtävänä on suojella elimistöä bakteereilta, viruksilta ja nestehukalta. Näiden lisäksi iho suojelee ja viestittää kuumasta, kylmästä ja kivusta. II-asteen palovamma hankaloittaa näitä ihonne toimintoja.

Tarvitsetteko sairauslomaa?

Keskustelkaa lääkärin tai hoitajan kanssa mahdollisesta sairausloman tarpeesta. Sairausloman tarpeen voi aiheuttaa esimerkiksi hyvin bakteeripitoiset työolosuhteet tai työ kylmissä, kuumissa tai pölyisissä olosuhteissa.

Miten huolehditte kehonne puhtaudesta?

Terveessä ihossa on bakteereja, osa hyödyllisiä, osa haitallisia. Tavoitteenamme on pitää terveen ihon bakteerikanta kohtuullisena. Tämä estää omalta osaltaan palovamma-aluetta tulehtumasta. Tässä onnistutte käymällä päivittäin tai joka toinen päivä suihkussa ja vaihtamalla puhtaat vaatteet. Toisinaan palovammasidokset vaikeuttavat suihkussa käyntiä. Keskustelkaa hoitajan kanssa, miten suihkussa käynti on teidän kohdallanne mahdollista.

Voitteko saunoa ja uida?

Saunominen ja uinti ei ole suositeltavaa niin kauan, kunnes palovammanne on täysin parantunut. Haavan parantuminen on nopeinta, kun se pysyy jatkuvasti kehonlämpöisenä. Saunominen voi syventää palovammaa, sillä vammasta johtuen iho ei kykene suojautumaan kuuman ilman vaikutukselta.

Kauanko palovammanne parantuminen kestää?

II-asteen pinnallinen palovamma paranee noin kahdessa viikossa. II-asteen syvän palovamman parantuminen kestää viikkoja ja vaatii toisinaan ihonsiirron parantumisen nopeuttamiseksi.

Miten ravinto vaikuttaa haavanne parantumiseen?

Riittävän ravinnon merkitys haavan parantumisessa on tunnettu vuosisatojen ajan. Haavanne tarvitsee parantuakseen;

- Proteiineja, joita saatte esimerkiksi lihasta, kalasta, kanasta ja kananmunista.
- Hiilihydraatteja, joita saatte esimerkiksi täysjyvätuotteista, puuroista ja leivistä.
- Rasvoja, joita ovat erilaiset kasvirasvaväsitteet ja -öljyt.
- Vitamiineja, joita saatte marjoista, hedelmistä ja kasviksista.
- Kivennäisaineita, joita saatte esimerkiksi maitotuotteista, kasvi- ja eläinkunnan tuotteista.

Miten hoidatte mahdollista palovammakipuanne?

Ensimmäiset palovamman jälkeiset päivät ovat usein kivuliaimmat. Kohoasento helpottaa vamma-alueen turvotusta ja siten myös kipua. Palovammasta toipuvan käden tai jalan voi tukea tyynyillä koholle päivälevon tai yöunien ajaksi.

Suosittelemme suun kautta otettavan kipulääkkeen käyttöä mielenne ja kehonne hyvinvoinnin vuoksi. Kipu vamma-alueella aiheuttaa verisuonten läpimitan pienentymistä ja siten heikentää hapen ja ravinto-aineiden kuljetusta vamma-alueelle. Tavoitteenamme on mahdollisimman hyvä kivunhoito, jolloin arkielämäenne sujuminen on mahdollista ja palovammanne parantuu ripeästi.

Itsehoitoon tarkoitettuja kipulääkkeitä on saatavana käsikauppavalmisteena. Keskustelkaa hoitajanne kanssa teille sopivasta kipulääkityksestä ja kiputuntemuksistanne sekä kotona että hoidon yhteydessä.

Kipulääkityksenne;

Ibuprofeini, esimerkiksi Burana®, Ibumetin®

Lääke ja annostus; _____/_____

Ketoprofeini, esimerkiksi Ketorin®, Orudis®

Lääke ja annostus; _____/_____

Naprokseeni (reseptivalmiste), esimerkiksi Pronaxen®

Lääke ja annostus; _____/_____

Parasetamoli, esimerkiksi Panadol®, Para-tabs®

Lääke ja annostus; _____/_____

Jokin muu, mikä?

Lääke ja annostus; _____/_____

Mitkä ovat palovammanne hoitotavoitteet?

Tavoitteenamme on suojata haava, pitää yllä sopivaa kosteustasapainoa, tukea haavan parantumista, säilyttää nivelten liikelaajuudet, vähentää kipua ja ehkäistä haavan tulehtumista.

Mitä on Aquacel® Ag Hydrofiber®?

Aquacel® Ag on valkoinen, hopealla kyllästetty imukykyinen sidos. Koostumukseltaan se on pehmeä, steriili, kuitukankainen tyyny tai – nauha. Aquacel® Ag pystyy imemään suuria määriä haavaeritettä ja bakteereita itseensä, jolloin se muodostaa pehmeän, koossa pysyvän geelin. Sidoksessa olevalla hopealla on laajakirjainen, erilaisia bakteerikantoja tappava vaikutus.

Aquacel® Ag muotoutuu tiiviisti haavan pinnan mukaiseksi, pitäen haavanne kosteana ja näin edistäen haavanne parantumista. Aquacel® Ag vaatii päälleen peittositeen, erityksestä riippuen joko Solvaline-sidoksen (kalvoitettu, kiinnittymätön sidos) tai kosteutta pidättävän kiinnittyvän sidoksen. Aquacel® Ag sisältää hopeaa, joten sitä ei tule käyttää, jos olette allerginen hopealle tai natriumkarboksimeetyyliselluloosalle.

Mitä tapahtuu saapuessanne poliklinikalle?

Ilmoittautukaa saapuessanne ilmoittautumistiskillä ja tämän jälkeen istuutukaa aulaan, josta hoitaja pyytää teidät nimellänne toimenpidehuoneeseen. Huoneessa sidokset poistetaan, palovammanne suihkutetaan ihonlämpöisellä vedellä tai puhdistetaan 0.9% keittosuolalla. Kumpikaan puhdistusmuoto ei kirvele tai ole kivulias.

Tämän jälkeen hoitaja poistaa vammastanne kuolleen kudoksen. Useimmiten tämä on täysin kivuton toimenpide, mutta jos koette kipua, on palovammanne mahdollista puuduttaa haavalle laitettavalla Xylocain-geelillä. Xylocain levitetään voiteena vammallenne ja annetaan vaikuttaa noin 15 minuuttia.

Kuollut kudus poistetaan vammasta, että se ei toimisi mikrobien kasvualustana ja hidastaisi palovammanne parantumista. Tämän jälkeen jälkeä Aquacel® Ag-sidoksia levitetään haavallenne niin monta kerrosta kuin on päiviäkin seuraavaan sidevaihtoon. Useimmiten sidokset vaihdetaan kolmen päivän välein, mutta palovammastanne johtuen, vaihtoväli voi olla lyhyempi tai pidempikin.

Lopuksi sidokset peitetään haavallenne sopivalla peittositeellä. Vastaanoton lopuksi sovitaan seuraava hoitopäivä kellonaikoineen. Tämä uusi aika löytyy kansilehdeltä. Tästä syystä teidän on hyvä kuljettaa tätä ohjetta aina mukana hoitajan vastaanotolla. Toivomme teidän saapuvan palovammanne hoitoon sovittuna ajankohtana. Mikäli teille tulee este, voitte perua ja sopia uuden vastaanottoajan soittamalla poliklinikan hoitajille.

Miten suojaatte parantunutta palovammaanne parhaiten?

Parantunutta palovamma-aluetta on hyvä rasvata perusvoiteella ihon joustavuuden säilyttämiseksi ja mahdollisen kutinan lievittämiseksi. Auringossa oleskellessanne, suojatkaa parantunut palovammaanne joko vaattein tai mahdollisimman korkean kertoimen omaavalla aurinkovoiteella.

Kuinka paljon haavanhoidot tulevat maksamaan teille?

Käynnit hoitajan vastaanotolla ja poliklinikalla käytettävät haavanhoidotuotteet ovat potilaille maksuttomia. Mikäli teidän on hankalaa käydä poliklinikalla haavahoidoissa, voitte ottaa yhteyttä Virtain kaupungin maksulliseen Kotihoitoon, kotipalveluohjaaja Ulla Liski, puhelinnumeroon; 03-4851354. Tällöin teille maksullisia ovat kotikäynnit ja palovammaanne hoitotuotteet.

Missä tilanteessa toivomme teidän ottavan yhteyttä hoitajiin?

- Sidoksenne irtoaa tai vuotaa sidosten läpi.
- Palovammassanne on punotusta, turvotusta tai kipua.
- Teihin nousee kuume tai jos tunnette muuten olotilanne huonovointiseksi.

Poliklinikan hoitajat ovat tavoitettavissa maanantaista lauantaihin klo 7-20 ja sunnuntaisin klo 8-20. Hoitajiin voitte luonnollisesti ottaa yhteyttä aina, jos teillä on kysyttävää hoidostanne. Hoitajien puhelinnumero on 03-4853208, jos palovammaanne tilanne vaatii lääkärin vastaanottoa, päivystysajanvaraus lääkärille onnistuu samasta numerosta.

Lisätietoja;

Tekijät; sairaanhoitajaopiskelijat,
Virpi Kulju ja Rita Winter, Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
10.10.2011

Potilasohjeen tarkastanut ja käyttöön hyväksynyt;
Ylilääkäri, Kirsti Ristilä
Virtain terveystieteiden keskus
10.10.2011

LIITE 3 (8): II Asteen palovamma-ohje potilaalle (Flamazine®)

II Asteen palovamma - ohje potilaalle (Flamazine®)



Virtain Terveyskeskus, Poliklinikka

Sairaalantie 3, 34800 Virrat.

Puhelin hoitajille; 03-4853208

Seuraava käyntinne hoitajan vastaanotolle;

Päivä	Klo	Päivä	Klo	Päivä	Klo

Mikä on palovamma?

Olette saanut ihollenne II-asteen palovamman, jonka yleisin aiheuttaja on kuuma vesi. Ihon rakenteessa on kolme eri kerrosta; orvaskesi (epidermis), verinahka (dermis) ja ihonalainen kerros (subcutis).

II-asteen pinnallinen palovamma on vaurioittanut ihoanne verinahkanne yläosaan asti. Jos teillä on II-asteen syvä palovamma, on vammanne koko verinahan syvyinen. Ihon tehtävänä on suojella elimistöä bakteereilta, viruksilta ja nestehukalta. Näiden lisäksi iho suojelee ja viestittää kuumasta, kylmästä ja kivusta. II-asteen palovamma hankaloittaa näitä ihonne toimintoja.

Tarvitsetteko sairauslomaa?

Keskustelkaa lääkärin tai hoitajan kanssa mahdollisesta sairausloman tarpeesta. Sairausloman tarpeen voi aiheuttaa esimerkiksi hyvin bakteeripitoiset työolosuhteet tai työ kylmissä, kuumissa tai pölyisissä olosuhteissa.

Miten huolehditte kehonne puhtaudesta?

Terveessä ihossa on bakteereja, osa hyödyllisiä, osa haitallisia. Tavoitteenamme on pitää terveen ihon bakteerikanta kohtuullisena. Tämä estää omalta osaltaan palovamma-aluetta tulehtumasta. Tässä onnistutte käymällä päivittäin tai joka toinen päivä suihkussa ja vaihtamalla puhtaat vaatteet. Toisinaan palovammasidokset vaikeuttavat suihkussa käyntiä. Keskustelkaa hoitajan kanssa, miten suihkussa käynti on teidän kohdallanne mahdollista.

Voitteko saunoa ja uida?

Saunominen ja uinti ei ole suositeltavaa niin kauan, kunnes palovammanne on täysin parantunut. Haavan parantuminen on nopeinta, kun se pysyy jatkuvasti kehonlämpöisenä. Saunominen voi syventää palovammaa, sillä vammasta johtuen iho ei kykene suojautumaan kuuman ilman vaikutukselta.

Kauanko palovammanne parantuminen kestää?

II-asteen pinnallinen palovamma paranee noin kahdessa viikossa. II-asteen syvän palovamman parantuminen kestää viikkoja ja vaatii toisinaan ihonsiirron parantumisen nopeuttamiseksi.

Miten ravinto vaikuttaa haavanne parantumiseen?

Riittävän ravinnon merkitys haavan parantumisessa on tunnettu vuosisatojen ajan. Haavanne tarvitsee parantuakseen;

- Proteiineja, joita saatte esimerkiksi lihasta, kalasta, kanasta ja kananmunista.
- Hiilihydraatteja, joita saatte esimerkiksi täysjyvätuotteista, puuroista ja leivistä.
- Rasvoja, joita ovat erilaiset kasvirasvaväsitteet ja -öljyt.
- Vitamiineja, joita saatte marjoista, hedelmistä ja kasviksista.
- Kivennäisaineita, joita saatte esimerkiksi maitotuotteista, kasvi- ja eläinkunnan tuotteista.

Miten hoidatte mahdollista palovammakipuanne?

Ensimmäiset palovamman jälkeiset päivät ovat usein kivuliaimmat. Kohoasento helpottaa vamma-alueen turvotusta ja siten myös kipua. Palovammasta toipuvan käden tai jalan voi tukea tyynyillä koholle päivälevon tai yöunien ajaksi.

Suosittelemme suun kautta otettavan kipulääkkeen käyttöä mielenne ja kehonne hyvinvoinnin vuoksi. Kipu vamma-alueella aiheuttaa verisuonten läpimitan pienentymistä ja siten heikentää hapen ja ravinto-aineiden kuljetusta vamma-alueelle. Tavoitteenamme on mahdollisimman hyvä kivunhoito, jolloin arkielämäanne sujuminen on mahdollista ja palovammanne parantuu ripeästi.

Itsehoitoon tarkoitettuja kipulääkkeitä on saatavana käsikauppavalmisteena. Keskustelkaa hoitajanne kanssa teille sopivasta kipulääkityksestä ja kiputuntemuksistanne sekä kotona että hoidon yhteydessä.

Kipulääkityksenne;

Ibuprofeini, esimerkiksi Burana®, Ibumetin®

Lääke ja annostus; _____/_____

Ketoprofeini, esimerkiksi Ketorin®, Orudis®

Lääke ja annostus; _____/_____

Naprokseeni (reseptivalmiste), esimerkiksi Pronaxen®

Lääke ja annostus; _____/_____

Parasetamoli, esimerkiksi Panadol®, Para-tabs®

Lääke ja annostus; _____/_____

Jokin muu, mikä?

Lääke ja annostus; _____/_____

Mitkä ovat palovammanne hoitotavoitteet?

Tavoitteenamme on suojata haava, pitää yllä sopivaa kosteustasapainoa, tukea haavan parantumista, säilyttää nivelten liikelaajuudet, vähentää kipua ja ehkäistä haavan tulehtumista.

Mitä on hopeasulfadiatsiinivoide eli Flamazine®?

Flamazine® on valkoinen voide, jonka vaikuttavat aineet ovat hopeanitraatti ja natriumsulfadiatsiini. Voide on pakattu putkiloon, joka on henkilökohtainen ja joka säilyy avattuna 7 vuorokautta. Flamazine® on erilaisille mikrobeille haitallinen ja estää siten palovammaanne tulehtumasta. Voide ja sen päällä olevat peittositeet vaihdetaan päivittäin poliklinikalla.

Flamazinea ei voida käyttää, jos teillä on sulfa-allergia tai allergiaa jollekin voiteen sisältämälle aineelle tai olette raskaana tai imetätte. Flamazineä ei tule käyttää keskosilla, eikä vauvoilla ensimmäisten elinkuukausien aikana. Yleisin voiteen haittavaikutus on ihon ärsytys, kutina tai ihottuma. Näitä haittavaikutuksia ilmenee 1% käyttäjistä.

Mitä tapahtuu saapuessanne poliklinikalle?

Ilmoittautukaa saapuessanne ilmoittautumistiskillä ja tämän jälkeen istuutukaa aulaan, josta hoitaja pyytää teidät nimellänne toimenpidehuoneeseen. Huoneessa sidokset poistetaan, palovammanne suihkutetaan ihonlämpöisellä vedellä tai puhdistetaan 0.9% keittosuolalla. Kumpikaan puhdistusmuoto ei kirvele tai ole kivulias.

Tämän jälkeen hoitaja poistaa vammastanne kuolleen kudoksen. Useimmiten tämä on täysin kivuton toimenpide, mutta jos koette kipua, on palovammanne mahdollista puuduttaa haavalle laitettavalla Xylocain-geelillä. Xylocain levitetään voiteena vammallenne ja annetaan vaikuttaa noin 15 minuuttia.

Kuollut kudos poistetaan vammasta, ettei se toimisi mikrobien kasvualustana ja hidastaisi palovammanne parantumista. Tämän jälkeen Flamazine®-voidetta levitetään palovammaanne n.5mm kerros ja se peitetään Solvaline-siteellä. Solvaline on kalvoitettu, imutehoinen side, joka ei tartu palovammaanne kiinni.

Vastaanoton lopuksi sovitaan seuraava hoitopäivä kellonaikoineen. Tämä uusi aika löytyy kansilehdeltä. Tästä syystä teidän on hyvä kuljettaa tätä ohjetta aina mukana hoitajan vastaanotolla. Toivomme teidän saapuvan palovammanne hoitoon sovittuna ajankohtana. Mikäli teille tulee este, voitte perua ja sopia uuden vastaanottoajan soittamalla poliklinikan hoitajille.

Flamazine® on reseptivalmiste, jonka hinta on noin 15€. Jos teille on avattu Flamazine-putkilo Virtain terveyskeskuksesta, olkaa hyvä ja palauttakaa reseptillänne hakemanne Flamazine® avaamattomana seuraavalla käynnillänne hoitajan vastaanotolle.

Miten suojaatte parantunutta palovammaanne parhaiten?

Parantunutta palovamma-aluetta on hyvä rasvata perusvoiteella ihon joustavuuden säilyttämiseksi ja mahdollisen kutinan lievittämiseksi. Auringossa oleskellessanne, suojatkaa parantunut palovammaanne joko vaattein tai mahdollisimman korkean kertoimen omaavalla aurinkovoiteella.

Kuinka paljon haavanhoidot tulevat maksamaan teille?

Käynnit hoitajan vastaanotolla ja poliklinikalla käytettävät tuotteet ovat potilaalle maksuttomia (paitsi Flamazine®). Mikäli teidän on hankalaa käydä poliklinikalla haavahoidoissa, voitte ottaa yhteyttä Virtain kaupungin maksulliseen Kotihoitoon, kotipalveluohjaaja Ulla Liski, puhelinnumeroon; 03-4851354. Tällöin teille maksullisia ovat kotikäynnit ja palovammaanne hoitotuotteet sekä haavasidokset.

Missä tilanteessa toivomme teidän ottavan yhteyttä hoitajiin?

- Sidoksenne irtoaa tai vuotaa sidosten läpi.
- Palovammassanne on punotusta, turvotusta tai kipua.
- Teihin nousee kuume tai jos tunnette muuten olotilanne huonovointiseksi.

Poliklinikan hoitajat ovat tavoitettavissa maanantaista lauantaihin klo 7-20 ja sunnuntaisin klo 8-20. Hoitajiin voitte luonnollisesti ottaa yhteyttä aina, jos teillä on kysyttävää hoidostanne. Hoitajien puhelinnumero on 03-4853208, jos palovammaanne tilanne vaatii lääkärin vastaanottoa, päivystysajanvaraus lääkärille onnistuu samasta numerosta.

Lisätietoja;

Tekijät; sairaanhoitajaopiskelijat,
Virpi Kulju ja Rita Winter, Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
10.10.2011

Potilasohjeen tarkastanut ja käyttöön hyväksynyt;
Ylilääkäri, Kirsti Ristilä
Virtain terveyskeskus
10.10.2011