
HAAVAHOIDON OSAAMINEN KOTIHOIDOSSA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, kevät 2017

Nina Niemi



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja

Tekijä Nina Niemi **Vuosi** 2017

Työn nimi Haavahoidon osaaminen kotihoidossa

TIIVISTELMÄ

Kroonisten haavojen hoito aiheuttaa Suomessa miljoonien eurojen kustannuksia terveydenhuollolle ja kotihoidon asiakkaille. Kroonisten haavojen esiintyvyys tulee lisääntymään entisestään väestön ikääntymisen ja lisääntyvien haavoille altistavien sairauksien myötä. Terveystenhoitaja on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tarvittava pätevyys toimia kotihoidossa. Kotihoidossa terveydenhoitaja toimii asiantuntijana ja keskittyy kokovaltaiseen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kroonisten haavojen hoitoa kotihoidossa sekä arvioida haavahoitoon liittyvän lisäkoulutuksen tarvetta ja sisältöä. Työn teoriaosuus käsitteli kroonisten haavojen hoidon osa-alueita sekä haavojen hoitoa kotihoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Tutkimus toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella Webropol-ohjelmalla. Kyselyyn vastasi 11 kotihoidon henkilökuntaan kuuluvaa hoitajaa. Vastaukset analysoitiin Webropol-ohjelman antaman raportin avulla. Aineisto kuvattiin sanallisessa muodossa sekä osa tuloksista havainnollistettiin myös taulukoin.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon henkilökunnalla on tarvetta haavahoidon lisäkoulutukselle. Lisäkoulutusta tarvitaan erityisesti haavanhoitotuotteiden valinnasta ja markkinoille tulleista uusista tuotteista. Tulosten perusteella yhtenäiset käytännöt ja selkeät haavanhoito-ohjeet auttaisivat parantamaan haavahoidon laatua. Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia haavahoidon lisäkoulutuksen vaikuttavuutta haavahoidon laatuun sekä kotihoidon asiakkaiden kokemuksia haavahoidon toteutuksesta.

Avainsanat Haava, haavahoito, kotihoito, krooninen haava, haavahoidon osaaminen

Sivut 40 s. + liitteet 5 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Public Health Nursing

Author	Nina Niemi	Year 2017
Subject of Bachelor's thesis	Wound care expertise in home care	

ABSTRACT

Treating chronic wounds causes a cost of millions of euros in Finland for healthcare and homecare clients. The prevalence of chronic wounds will continue to increase due to the aging of population and with diseases that expose to wounds.

The nurse is licensed by a healthcare professional with the necessary qualifications to act as a home care provider. In home care, the nurse acts as an expert and focuses on full-time care planning and implementation.

The goal of this thesis was to develop the treatment of chronic wounds in home care and to evaluate the need and content of additional training in wound care. The theoretical part of the thesis deals with aspects of chronic wound care and wound care in home care. The thesis was carried out as a quantitative survey to Hämeenlinna's home care nurses and practical nurses. The survey was carried out using a questionnaire for electronic research using the Webropol program. The questionnaire was answered by 11 members of homecare staff. The responses were analyzed using the report provided by Webropol. The material was represented in verbal form and some of the results were also illustrated by charts.

Based on the results of the thesis it can be stated that home care staff have a need for additional training in wound care. Additional training is needed especially for the selection of wound care products and the new products that are introduced to the market. Based on the results consistent practices and clear wound care guidelines would help to improve the quality of the wound care. A further research proposal could explore the effectiveness of additional treatment for wound care in the quality of wound care and the experiences of home care clients on wound care.

Keywords Wound, wound care, home care, chronic wound, wound care expertise

Pages 40 p. + appendices 5 p.



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TERVE IHO JA SEN KERROKSET.....	2
3	HAAVA.....	3
3.1	Akuutti ja krooninen haava.....	4
3.2	Haavan paranemisen vaiheet.....	4
3.3	Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät.....	5
3.4	Haavojen väriluokitus.....	6
4	KROONISEN HAAVAN HOITO.....	7
4.1	Haavan paikallishoito.....	8
4.2	Infektoituneen haavan hoito.....	8
4.3	Haavahoitotuotteet.....	9
4.4	Aseptiikka haavanhoidossa.....	9
4.4.1	Henkilökohtainen hygienia ja suojaimet.....	10
4.4.2	Käsihygienia.....	10
4.5	Kivun hoito.....	11
4.6	Asiakkaan ohjaus.....	11
4.6.1	Hoitoon sitoutuminen.....	12
4.6.2	Ravitsemus.....	13
4.7	Haavan arviointi ja kirjaaminen.....	14
5	HAAVAHOITO KOTIHOIDOSSA.....	14
5.1	Hoitajien osaaminen.....	15
5.2	Haavahoidon osaamisen koulutus.....	15
5.3	Yleisimmät haavat kotihoidossa ja niiden ennaltaehkäisy.....	16
5.3.1	Krooniset alaraajahaavat.....	16
5.3.2	Painehaavat.....	17
5.3.3	Diabeettiset jalkahaavat.....	18
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	18
7	KYSELYN TOTEUTUS HAAVAHOITO-OSAAMISESTA.....	18
7.1	Kyselylomakkeen syntyminen.....	19
7.2	Aineiston keruu.....	20
7.3	Aineiston analysointi.....	21
8	TULOKSET.....	21
8.1	Vastaajien taustatiedot.....	21
8.2	Haavahoidon toteuttaminen kotihoidossa.....	21
8.3	Haavahoidon osaamisen kokeminen.....	23
8.4	Haavahoito kotihoidossa.....	27
8.5	Lisäkoulutus.....	28
9	POHDINTA.....	30

9.1 Tulosten pohdinta	30
9.1.1 Haavahoidon toteuttaminen kotihoidossa	30
9.1.2 Haavahoidon osaaminen	31
9.1.3 Haavahoidon yhtenäisyys.....	32
9.1.4 Lisäkoulutus	33
9.2 Luotettavuus	34
9.3 Eettisyys	35
9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	35
LÄHTEET	36

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake



1 JOHDANTO

Haavahoito aiheuttaa Suomessa vuosittain satojen miljoonien eurojen hoitokulut. Erityisesti painehaavojen ja muiden kroonisten haavojen hoito vievät 2—4 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Suurin osa kustannuksista tulee hoitohenkilökunnan käyttämästä työajasta ja palkasta. Lisäksi kustannuksia aiheutuu yhteiskunnalle ja potilaalle itselleen. Kroonisia alaraajahaavoja sairastavia arvioidaan olevan Suomessa 0,09-0,8 prosenttia. Väestöstä 1,3—3,6 prosentilla on krooninen alaraajahaava josakin elämänvaiheessa. (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012, 8.)

Kotihoito on palvelukokonaisuus, johon kuuluvat kotipalvelut, tukipalvelut ja sairaanhoitopalvelut. Kotihoidon avulla autetaan kotona asuvia erikäisiä henkilöitä, joiden toimintakyky on huonontunut tilapäisesti tai pysyvästi. Kotisairaanhoidon on asiakkaan kotiin vietyä sairaanhoitoa, joita ovat lääkärin määräämät toimenpiteet. Tavoitteena on helpottaa kotiutumista sairaalasta, tukea henkilön kotona selviytymistä sekä omaisia kotihoidossa. (Ikonen 2015, 15-18; Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Kroonisten haavojen hoito kuormittaa terveydenhuoltoa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Kotisairaanhoidon rooli on merkittävä erityisesti kroonisten haavojen ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa. (Hietanen, Iivainen, Seppänen ja Juutilainen 2002, 3.) Tämä opinnäytetyö keskittyy kroonisten haavojen hoitoon kotihoidossa.

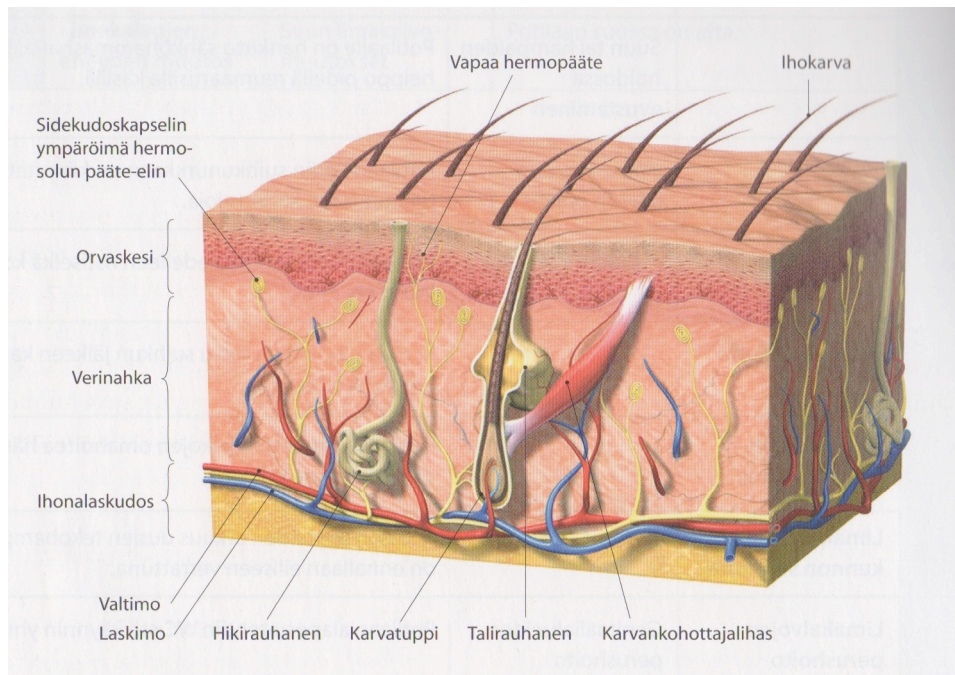
Terveydenhoitaja on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on laillistettu oikeus käyttää nimeä ja harjoittaa ammattiaan (Valvira 2017). Kotihoidossa terveydenhoitaja keskittyy kokonaisvaltaiseen hoidon suunnitteluun sekä ennaltaehkäisyyn. Kotihoidon terveydenhoitaja toimii ryhmän- tai tiiminvetäjänä suunnitellen työtä kokonaisvaltaisesti. (Kyyvyt.fi n.d.) Kotisairaanhoidossa asiakkaan haavojen hoito jatkuu sairaalan hoitosuunnitelman mukaan (Kiura ym 2012, 5).

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Hämeenlinnan kaupungin kotihoito. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien kroonisten haavojen hoidon osaamista kyselytutkimuksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on kroonisten haavojen hoitotyön kehittäminen sekä haavahoitoon liittyvän lisäkoulutuksen tarpeen arviointi. Opinnäytetyön aiheen lähtökohtana oli oma kiinnostus haavahoitoon sekä aiheen ajankohtaisuus.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä väestön vanhetessa erityisesti krooniset haavat yleistyvät. Arvioidaan, että yli 65-vuotiaiden osuus nousee 19,9 %:sta 26 %:iin vuoteen 2030 mennessä ja vuoteen 2060 mennessä luku on 29 % (Tilastokeskus 2015). Lisäksi haavoja aiheuttavat sairaudet kuten diabetes ja verenkiertosairaudet lisääntyvät. Haavahoidosta tulee entistä haastavampaa, minkä takia hoitohenkilökunta tarvitsee jatkuvaa koulutusta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 3.) Aihe on ajankohtainen myös, koska Hämeenlinnan sairaanhoitopiiri on lanseeraamassa kuntien käyttöön tulevan haavanhoito-opiaan.

2 TERVE IHO JA SEN KERROKSET

Iho eli cutis on elimistön suurin elin, ihonalaiskudos mukaan luettuna se painaa noin 10 kg (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 226). 70. ikävuoden jälkeen iho ohenee huomattavasti. Ihon kokonaispinta-ala on 1,5—2 neliometriä aikuisella ja sen pH on 5,5. (Iivainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 736.) Iholla on lukuisia tehtäviä, sillä se muun muassa ehkäisee nestehukkaa ja suojaa elimistöä ulkoisia vaaratekijöitä kuten bakteereja ja viruksia vastaan. Sillä on myös keskeinen osa elimistön lämmönsäätelyssä. Iho toimii rasva- ja nestevarastona, sekä umpierityselimenä muuttamalla auringonvalon vaikutuksesta kolesterolia D-vitamiiniksi. Ihossa on eri kerroksia, jotka ovat orvaskesi, verinahka ja ihonalaiskudos (Kuva 1). (Haug, Sand & Sjaastad 2009, 147.)



Kuva 1. Ihon rakenne (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2015, 270).

Orvaskesi eli epidermis on ihon uloin kerros, joka koostuu viidestä eri kerroksesta, jotka ovat sarveiskerros, kirkassolukerros, jyväissolukerros, okasolukerros ja tyvisolukerros. Epidermiksen paksuus on noin 0,05-0,6 mm. Paksuinta sen on kämmenissä ja jalkapohjissa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 17-18.) Epidermis uusiutuu jatkuvasti, kun kuolleet solut hilseilevät pois iholta. Ihosolun elinkaari on kokonaisuudessaan 45-75 päivää. (Hietanen ym. 2002, 10.)

Sarveiskerros koostuu litteistä, kuolleista, kreatiinin täyttämistä soluista, jotka ovat sarveistuneet. Se sisältää liukenematonta proteiinia, jonka ansiosta se suojelee ihoa lämpötilan ja pH:n muutoksilta. Sarveiskerros myös tekee ihosta vesitiiviin ja suojaa sitä tulehduksien aiheuttajilta. Kirkassolukerros sisältää myös kuolleita soluja ja sitä on vaan niissä kehon osissa, jotka tarvitsevat erityistä tukea ja vahvistusta. Jyväissolukerros sijaitsee heti kirkassolukerroksen alla ja se koostuu 2-3 jyväisestä litteästä solukerroksesta. Tämän alla oleva okasolukerros koostuu 8-10 solukerroksesta,

joka sisältää eläviä soluja, jotka voivat muuttua sarveis-, kirkas-, tai jyväsolumukerrokseksi. Epidermiksen alin kerros, tyvisolumukerros, sijaitsee tyvikalvon pinnalla ja se muodostuu vain elävistä soluista. Okasolumukerros-
sen kanssa yhteistyössä se muodostaa ihosoluja tuottavan osan, joka jakaa soluja tauotta. Solujen muodostuttua ne siirtyvät sarveiskerrokseen asti. Tyvisolumukerrossa sijaitsee verisuonia. Orvaskesi kiinnittyy verinahkaan tyvikalvon välityksellä. (Hietanen ym. 2002, 10; Juutilainen & Hietanen 2012, 17—18.)

Verinahka eli dermis on 0,5-1,5 mm paksu ja se sijaitsee epidermiksen ja tyvikalvon alapuolella. Sen tärkeimmät tehtävät ovat pinnallisen ihon ravitseminen sekä ihon mekaaninen tukeminen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 20.) Dermis koostuu sidekudoksesta, hikirauhasista, talirauhasista, karvatupista, verisuonista ja hermopäätteistä (Hietanen ym. 2002, 11). Verinahka on paksu ja joustava ihon kerros, joka koostuu nystykerroksesta ja verkkokerroksesta. Nystykerros muodostaa orvasketeen aaltomaisen rajan. Se koostuu sidekudoksesta, kapillaarisuonista sekä elastisista ja verkko-
maisista säikeistä. Nystykerrosta sijaitsee ihon alueilla, jossa rasitus on suurta. Verkkokerros sijaitsee nystykerroksen alla. Se on syvä ja paksu kerros, joka erottaa verinahan ihonalaisesta rasvakudoksesta. Verinahan rakenneosat ovat elastiini ja kollageeni, jotka tekevät ihosta vahvan ja joustavan yhdistämällä kudokset. Näihin rakennesiin vaikuttavat ulkoiset tekijät sekä ikääntyminen. Ikääntymisen myötä rakennesiien tuotanto hidastuu ja iho menettää kimmoisuutensa. Verinahassa sijaitsevat myös imusuonet, aistinreseptorit ja hiusjuuret. (Juutilainen & Hietanen 2012, 20.)

Ihonalaiskudos eli subcutis alkaa vähitellen verinahasta ilman tarkkaa rajalinjaa (Sand, Sjaastad, Haug & Bjälje 2015, 100). Se koostuu löysästä sidekudoksesta, rasvasoluista sekä verisuonista. Rasvakudos kiinnittää ihon sen alla oleviin kiinteisiin rakenteisiin eli lihaskalvoihin, jänteisiin ja luihin. Sen tärkeä tehtävä on myös suojata elimistöä iskuilta ja eristää lämpöä. Sukupuoli vaikuttaa rasvakerroksen määrään. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 227.)

3 HAAVA

Haava määritellään ihon tai sen alaisen kudoksen äkilliseksi vioittumaksi, kudoksien puutteeksi tai irtoamiseksi toisistaan, jotka aiheuttavat vamman. Haava voi olla muodoltaan erilainen riippuen siitä miten se on syntynyt, mihin kudokseen asti se ulottuu sekä onko se suljettu vai avoin. Haava voi myös syntyä sairauden aiheuttamasta ihon tai limakalvon puutoksesta sekä epäterveen kudoksen irtoamisesta. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 227.)

Haavat eroavat toisistaan niiden sijainnin ja syntyvän perusteella. Pelkät ihon haavat ovat harvoin vaarallisia, mutta esimerkiksi pinnalliset haavat voivat aiheuttaa vaurioita myös hermoihin ja verisuoniin. Haavat jaotellaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin riippuen niiden aiheuttajasta, paranemisprosessista, kestosta ja iästä. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 227; Saarelma 2016.)

3.1 Akuutti ja krooninen haava

Ulkoisen fyysikaalisen voiman vaikutus aiheuttaa akuutin haavan. Syynä on tavallisesti puhtaasti mekaaninen voima kuten kitka ja hankaus, terävä leikkaava mekanismi tai kudoksia ruhjova, repivä tylppä tai venyttävä voima tai näiden yhdistelmä. Akuutteja haavoja ovat myös leikkauksista aiheutuvat haavat. Tällaisten kirurgisten haavojen paraneminen on kuitenkin usein ongelmattomampaa niiden aseptisen synnyn takia. Akuutti haava voi myös syntyä palo- tai paleltumavammasta, säteilyn aiheuttamista akuuteista ihovaurioista tai kemikaalien aiheuttamista syöpymisvammoista. Akuutit haavat jaetaan puhtaisiin ja likaisiin haavoihin niiden syntymekanismin perusteella. Puhtaita haavoja ovat esimerkiksi leikkaushaavat, kun taas likaisia ovat muun muassa puremahaavat ja infektiot. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 229; Juutilainen & Hietanen 2012, 26.)

Krooninen haava on pitkäaikainen ja usein jatkuva joko sisäisen tai ulkoisen tekijän aiheuttama haava. Sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa diabetes ja verisuonitulehdukset. Ulkoisia tekijöitä taas ovat esimerkiksi pitkäaikainen vuodelepo, joka aiheuttaa painetta ihoon ja kudoksiin. Haava määriteltessä krooniseksi, on se yleensä ollut avoimena vähintään kuukauden. Aikaraja on kuitenkin epäselvä, koska myös akuutin haavan paraneminen voi kestää kuukauden ajan. Lisäksi akuutti haava voi muuttua krooniseksi infektion, väärän hoidon tai paranemista jarruttavien prosessien epätasapainon seurauksena. Kroonisten haavojen riski kasvaa iän, verisuonisairauksien ja diabeteksen ilmaantumisen myötä. On tyypillistä, että kroonisen haavan paranemisaikaa on vaikea arvioida ja se voi myös herkästi uusiutua samaan paikkaan. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 230; Juutilainen & Hietanen 2012, 28.)

3.2 Haavan paranemisen vaiheet

Hietanen ym. (2002, 30) mukaan haavan paraneminen on monimutkainen biologinen tapahtuma, joka sisältää kolme vaihetta, jotka ovat tulehdusvaihe, uudelleenmuodostumisvaihe ja kypsymisvaihe. Nämä vaiheet ovat toisistaan riippuvaisia ja osin päällekkäisiä. Jokainen vaihe on kuitenkin selkeästi tunnistettavissa haavan paranemisen aikana. Haavan paranemisen vaiheet tulee tietää, jotta osataan arvioida sen paranemisprosessia (Iivainen & Syväoja 2012, 343).

Tulehdusreaktiovaihe eli inflammaatiovaihe on elimistön normaali tapa reagoida ärsytykseen tai kudonvaurioon. Tulehdusreaktio käynnistää haavan paranemisen puhdistamalla haavaa kuolleista soluista ja soluväliaineista. Inflammaation tunnuspiirteitä ovat punoitus, kuumotus, turvotus, kipu ja toimintakyvyn heikkeneminen. Vaiheen alussa verenkierto haavassa tyrehtyy, jolloin vaurioituneet verisuonet alkavat supistua, verihitautulppa syntyy ja veri alkaa hyytyä. Tämä tapahtuu välittömästi vamman tapahduttua, mikä aiheuttaa verenhukan vähenemisen. Vaihe voi kestää jopa 20 minuuttia. (Anttila ym. 2015, 272.)

Tulehdusreaktiovaiheessa valkosolut tulevat puolustamaan ja puhdistamaan vaurioitunutta aluetta, kun hyytymään jääneet verihitautleet ja neut-

rofiilit vapauttavat välittäjäaineita kutsuen valkosoluja. Vaurioalueelle verisuonesta ensimmäiset valkosolut saapuvat jo muutamissa minuuteissa. Tulehdusreaktio on kuitenkin voimakkaimmillaan 1—3 vuorokauden kulluttua vamman saamisesta. Verisuonten laajeneminen ja niiden läpäisevyys auttavat valkosoluja siirtymään verenkierrasta suonen ulkopuoliselle vaurioalueelle. Valkosoluista vaurion jäljet siivoavat neutrofiilit ja makrofagit. Ne nielevät kuollutta kudosta sekä vierasmateriaalia ja myös tappavat mikrobeja, jotka ovat tunkeutuneet alueelle. Tulehdusreaktio rauhoittuu muutaman päivän kuluessa, jos haava ei ole infektoitunut. (Juutilainen & Hietanen 2012, 31—32.) Tulehdusvaihetta ei esiinnyt sääri- ja painehaavoissa (Iivainen & Syväoja 2012, 343).

Hietanen ym. (2002, 31) mukaan korjausvaihe eli granulaatiovaihe on haavan paranemisen toinen vaihe, joka sisältää granulaatiokudoksen synnyn, haavojen reunojen lähestymisen toisiaan kohti sekä epiteelin yhteen kasvun. Korjausvaiheessa fibroblastit ovat vallitsevia soluja, jotka tulevat haavalle toisena päivänä sen synnystä. Korjausvaiheen alussa vaurioitunut kudosalue on täyttynyt verihyytymästä muodostuneella väliaikaisella soluväliainineella. Kun haava alueen pohja täyttyy granulaatiokudoksella samalle tasolle ympäröivän terveen ihon kanssa, alkaa epiteelisolukko kasvaa haavan reunoilta. Haava peittyy vähitellen epiteelisoluilla, kun muun muassa verisuonet ja kollageenisäikeet kasvavat. Noin 2—4 vuorokautta kudosaaurion synnystä käynnistyy korjausvaiheen prosessit sytokiiniin ja kasvutekijöiden ohjaamina. (Juutilainen & Hietanen 2012, 33-34; Anttila ym. 2015, 272.)

Korjausvaihe päättyy, kun haava on täynnä läpikuultavaa, vaaleanpunaista granulaatiokudosta. Tämä kudoksest suojaa haavaa ulkoiselta kontaminaatiolta. Haavan paraneminen granuloimalla voi kestää liian pitkän ajan, jolloin haavan paranemisen nopeuttamiseksi tehdään korjausleikkaus. (Hietanen ym. 2002, 31.)

Muokkausvaihe eli kypsymisvaihe alkaa 2—3 viikon kuluttua vammasta ja se voi kestää kuukausista vuosiin. Muokkausvaiheessa tyypin III kollageenia sisältävää soluväliainetta muokataan ja hajotetaan. 6—12 kuukauden aikana se korvataan tyypin I kollageeni-painotteisella soluväliainineella. Kollageeni ei siis lisäännä vaan sen rakenne muokkautuu vahvistamalla ja kiinteyttämällä sitä. Muokkausvaihe vaikuttaa kudoksen vetolaajuuteen, vähentyneeseen punoitukseen ja arpikudosmassaan sekä parantuneen arven lopulliseen ulkonäköön. Vetolaajuus on 60—70% alkuperäisen kudoksen vetolaajuudesta. Ihokarvoja, hikirauhasia tai talirauhasia ei ole kypsyvässä haavakudoksessa. (Hietanen ym. 2002, 32; Juutilainen & Hietanen 2012, 37.)

3.3 Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät

Haavan paranemisessa suuressa roolissa ovat paikalliset tekijät. Paikallisia tekijöitä ovat haavan aiheuttaja, ikä, koko, sijainti ja kudosaaurion syvyys sekä haava-alueen verenkierto, kudoksen hapetus ja paranemista hidastavat tekijät. Haavan paraneminen saattaa vaikeutua, jos haava sijaitsee venytykselle tai liikkeelle alttiissa paikassa. Jotta haava paranisi ilman

komplikaatioita, pitää haavan saada tarpeeksi happea verenkierron mukana. Paranemista hidastavia tekijöitä voivat myös olla esimerkiksi vierasesine, kudoskuolio, turvotus ja infektio. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 115—116.)

Haavan paranemiseen vaikuttavia systemaattisia tekijöitä ovat asiakkaan ikä, perussairaudet ja lääkitykset, perintötekijät sekä ravitsemus. Ikä vaikuttaa ihmisen kudoksen korjaantumiseen kuluvaan aikaan, koska ikäännytyessä verisuonien määrä alenee. Perussairaudet voivat vaikuttaa muun muassa asiakkaan verenkiertoon ja immuunijärjestelmään. (Ahonen ym. 2013, 116; Pajunen 2012, 4.)

Psykososiaalisia tekijöitä ovat hoitoon sitoutuminen, elämäntavat, taloudelliset seikat sekä asumisolot ja omaistentuki. Erityisesti jälkimmäiset vaikuttavat kotihoidon haavahoidon onnistumiseen. (Ahonen ym. 2013, 116.) Elintavoista erityisesti tupakointi heikentää haavan paranemista, koska se häiritsee paranemisprosessia solutasolla useassa eri vaiheessa sekä heikentää kudoshapetusta. Tupakointi supistaa verisuonia, jolloin kudoksen verenkierto vähenee. Tupakan sisältämät myrkylliset aineet salpaavat soluhengitystä ja syrjäyttävät hapen hemoglobiinista. Lisäksi tupakointi heikentää elimistön infektiopuolustusta. Myös haavan reepitelisaatio hidastuu tupakoinnin takia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 40-41.) Alkoholin käyttö lisää myös ihon rappeutumista estämällä hapen kulua tai kuivattamalla ihoa entisestään (Pajunen 2012, 7). Liikunta edistää haavan paranemista ja parantaa verenkiertoa (Ahonen ym. 2013, 329).

3.4 Haavojen väriluokitus

Suomen haavanhoitoyhdistys Ry:n (2011) mukaan avoimet haavat jaetaan haavan värin mukaan neljään eri kategoriaan. Väriluokitus VPK-M on vaaleanpunainen, punainen, keltainen ja musta/ruskea. Yhdistys on suunnitellut väriluokituksen apuvälineeksi taskukokoisen ”helpperin”. Helpperin A-puolella on VPK-M väriluokitus ja väriä kuvaileva kudostyyppi sekä haavan hoidon tavoite. B-puolella on infektoituneen haavan kuva ja sen oireet. Taulukossa 1 esitetään haavojen värien mukainen hoidon tavoite.

VPK-M soveltuu haavojen luokitukseen, jotka ovat avonaisia pinnallisia tai syviä pinnallisia konservatiivisesti hoidettavia haavoja. Samassa haavassa voi olla eri paranemisvaiheessa olevaa kudosta. Punaiseksi luokiteltu haava voi olla infektoitunut, joten haavasidoksen valinta pelkän haavan värin perusteella voi olla virheellinen. Myös mustan haavan hoito-ohje voi olla ongelmallinen, sillä ohjeen mukaan nekroottinen kudος tulee poistaa, mutta nekroosin alla oleva haava voi ulottua syvälle ihonalaiskudoksiin. Värin lisäksi haavasta tulee siis myös huomioida muut oireet. (Hietanen ym. 2002, 23—24.) Taulukossa 1 esitetään haavojen väriluokitusten ominaispiirteet sekä paikallishoidon toteutus.

Taulukko 1. VPK-M-väriluokitus (Hietanen ym. 2002, 24; sairaanhoitopiirin kuntaryhmä 2014, 8; Pulkkinen n.d).

Haavan kuvaus	Hoidon tavoite
Vaaleanpunainen <ul style="list-style-type: none">• Eitelisaatiokudos• Ihon pintakerros epitelisoituu• Epiteeli kasvaa karvatuppien ympäriltä ja haavareunoilta, joten vaaleanpunaisia saarekkeita voi olla	Haava tulee suojata paikallishoitotuotteiden avulla mekaaniselta ärsytykseltä sekä venyttämiseltä. Ei tarvitse päivittäistä puhdistamista
Punainen <ul style="list-style-type: none">• Granulaatiokudos• Haava on puhdistunut epätoivotusta kudoksesta• Pinnaltaan ryynimäinen, kirkkaan punainen• Voi olla runsaasti erittävä tai infektioitunut	Haava tulee suojata paikallishoitotuotteiden avulla, jotka pitävät haavan kosteana ja edistävät uudiskudoksen muodostumista. Ei tarvitse päivittäistä puhdistamista
Keltainen <ul style="list-style-type: none">• Fibriinikate (kermanvalkoisesta keltavihreään)• Voi erittää runsaasti tai vähän• Voi olla infektioitunut tai märkiä	Haava tulee 1-2 päivän välein mekaanisesti puhdistaa fibriinikatteesta sekä siihen tulee käyttää paikallishoitotuotetta, joka tukee elimistön omaa kykyä puhdistaa haava
Musta <ul style="list-style-type: none">• Nekroottinen (harmaasta ruskeaan)• Voi erittää tai olla kuiva• Voi olla infektioitunut tai märkiä• Elotonta, kiinni tarttunutta, kuollutta kudosta	Nekroottinen kudos tulee 1-2 päivän välein puhdistaa poistamalla nekroosi mekaanisesti. Lisäksi tulee käyttää paikallishoitotuotetta elimistön oman haavan puhdistuskyvyn tukemiseksi

4 KROONISEN HAAVAN HOITO

Haavan hoito vaatii monen eri osa-alueen tuntemusta. Tärkeää on tietää ihon anatomia ja fysiologia, haavan etiologia, haavahoidon tavoite sekä haavan paranemisen vaiheet. Lisäksi tulee ottaa huomioon haavan ominaisuudet kuten sen sijainti, koko, ulkonäkö, turvotus, infektiot sekä tietää haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät. Tärkeää on myös osata ohjata potilasta haavahoidossa, seurata haavan paranemista, toimia aseptisesti sekä osata dokumentoida oikein. (Iivainen & Syväoja 2012, 342.)

Haavan hoidossa on tärkeää ensisijaisesti vaikuttaa haavan etiologisiin tekijöihin, joita ovat esimerkiksi verenkierron parantaminen, paineen poistaminen haavan alueelta, inkontinenssin hoito tai paranemista hidastavien taustalla olevien tekijöiden poistaminen. Näiden avulla tuetaan haavan paikallishoitoa sekä ennalta ehkäistään haavojen syntymistä ja uusiutumista

ta. Haavanhoidon tavoitteena on haavan parantaminen mahdollisimman nopeasti parhaalla mahdollisella tavalla. (Hietanen ym. 2002, 65.)

4.1 Haavan paikallishoito

Haavan paikallishoidon ja haavasidoksen tavoitteena on suojata haavaa kontaminaatiolta sekä tukea haavan puhdistumista. Haavan paranemisprosessia tulee tukea luomalla sille optimaaliset olosuhteet. Tärkeää on myös minimoida potilaan kipua. Kosteaa haavan hoidossa tulee huomioida optimaaliset olosuhteet, kuten haavan lämpö, sidokset, kosteus ja sidosten hoitoväli. Puhdas pohjaisen haavan hoitoväli voi olla useita päiviä, kun taas tulehtunut, katteinen tai runsaasti erittävä haava tulee puhdistaa ja hoitaa tarvittaessa päivittäin. (Pulkkinen n.d.; Viljamaa & Vaalasti 2014.)

Jotta haava ei pääsisi jäähtymään, haavasidokset poistetaan haavalta juuri ennen sen puhdistamista. Jos sidokset ovat tarttuneet haavaan, irrotetaan ne suihkuttamalla kehonlämpöisellä vedellä, keittosuolaliuoksella, Ringerin liuoksella tai ihoöljyn avulla pehmittämällä sidos irti haavapinnasta. Haava tulee puhdistaa kaikesta kuolleesta kudoksesta ja vierasmateriaalista. Kroonisten haavojen puhdistuksessa voi käyttää myös erilaisia haavanpuhdistusliuoksia. (Kallio 2011, 5; Pulkkinen n.d.)

Puhdistettaessa haavaa mekaanisesti, tulee kuollut kudoksesta poistaa haavalta esimerkiksi atuloilla, saksilla tai veitsellä. Mekaaninen puhdistus tulee tehdä haavoille päivittäin tai muutaman päivän välein sidosvaihdon yhteydessä. Jotta mekaaninen puhdistus ei vaurioittaisi tervettä kudosta, vaatii se hoitajalta ammattitaitoa tunnistaa haavassa oleva kudoksesta. Toimenpide voi olla asiakkaalle kivulias, mitä voidaan lievittää kipulääkkeillä ja pintapuudutteilla. (Kallio 2011, 5; Juutilainen 2011.) Autolytyttisessä puhdistuksessa hyödynnetään elimistön omaa kykyä hajottaa kuolleita kudoksia. Toimiakseen se vaatii hyvän verenkierron haavassa sekä kostean ympäristön. Entsymaattisessa puhdistuksessa käytetään entsyymaattista haavanhoitovalmistetta, joka hajottaa nekroottista kudosta. Haava voidaan myös puhdistaa kirurgisella puhdistuksella tai poistolla. Myös biologista puhdistusta voidaan käyttää, jossa haavalle laitetaan steriilistä viljeltyä karpäsen toukkia. (Kallio 2011, 6-7.)

4.2 Infektoituneen haavan hoito

Avoin tai suljettu haava voi infektoitua. Tämä voi tapahtua missä paranemisen vaiheessa tahansa. Infektoituneen haavan paikallisoireita ovat punoitus, kuumotus, turvotus ja kosketusarkuus. Kun haava infektoituu, kipua lisääntyy, haava laajenee ja syvenee, haavaeritteen haju muuttuu pahaksi, vuotoherkkyys lisääntyy ja haavan paraneminen hidastuu. Infektoituneen haavan hoidossa tärkeää on aseptinen työskentely, josta tulee huolehtia kontaminaation ehkäisyssä, työjärjestyksessä ja tuotteiden käytössä. Infektoitunut haava tulee puhdistaa päivittäin eikä käytössä olevat sidokset saa läpäistä haavaeritettä. Tarvittaessa haavalta otetaan bakteeriviljelynäyte. Kotihoidon henkilökunnan tulee toteuttaa lääkärin antamia hoito-ohjeita yhtenäisesti, jotta haava ei infektoituisi. Myös asiakkaalle ja hänen per-

heenjäsenilleen tulee antaa ohjausta ja tukea infektioiden torjumiseksi. (Iivainen ja Syväoja 2012, 346; Anttila, Hellstén, Rantala, Routamaa, Syrjälä & Vuento 2010, 392.)

Infektoituneen haavan paraneminen mahdollistetaan konservatiivisella hoidolla. Hoidon tavoitteena on haavan puhdistaminen infektoituneesta ja kuolleesta kudoksesta. Hoitona käytetään haavan tehokasta pesua ja mekaanista puhdistusta tai kirurgista hoitoa, joiden tarkoituksena on kuolleen kudoksen poistaminen. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys n.d.a.)

4.3 Haavahoitotuotteet

Haavanhoitoon tarkoitettuja tuotteita on useita erilaisia. Oikean tuotteen valinnassa tulee kiinnittää huomiota haavan tyyppiin, syvyyteen, ympäröivän ihon kuntoon, haavan erityksen määrään sekä siihen missä vaiheessa haavan paraneminen on. Haavahoitotuotteiden tulee olla asiakkaalle miellyttäviä ja kohtuullisen hintaisia sekä haavapintaa vahingoittamattomia ja miellyttäviä käytössä. (Viljamaa & Vaalasti 2014; (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.)

Haavahoitotuotteen valinnassa on tärkeää valita sidos, joka suojaa haavaa ympäröivää ihoa ja imee haavaeritettä. Haavapohjan katteisuuden, haavan erityksen ja mahdollisen infektion lisäksi sidoksen valinnassa tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei sidos aiheuttaisi hankausta ja se pysyisi haavassa paikoillaan mahdollisimman hyvin. Näiden lisäksi haavahoitotuotteiden valinnassa tulee huomioida kustannustehokkuus, jota määrittäessä otetaan huomioon tuotteen käytön helppous, haavan paikallishoitoon käytetty aika, yksittäisen haavahoitotuotteen hinta sekä haavan paranemisaika. (Suomen haavahoitoyhdistys Ry n.d.a.)

4.4 Aseptiikka haavanhoidossa

Aseptiikka tarkoittaa kaikkia hoitotyöhön liittyviä toimenpiteitä ja toimintatapoja, joiden tarkoituksena on pyrkiä ehkäisemään ja estämään infektioiden syntyä ja leviämistä. Aseptiikan tavoitteena on estää mikrobien pääsy asiakkaaseen, hoitoympäristöön, hoitovälineistöön sekä asiakkaasta hoitavaan henkilöstöön. Aseptiikan lähtökohtana on aseptinen omatunto, mikä tarkoittaa hoitotyön ammattilaisen omaksumaa toimintatapaa, jossa hoitohenkilö toimii aseptisen työjärjestyksen ja steriilien periaatteiden mukaisesti. Käytännössä aseptinen omatunto tarkoittaa henkilön sitoutumista aseptiseen työskentelyyn, vaikka muita työntekijöitä ei olisi valvomassa asiaa. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2009, 59.)

Aseptinen toiminta auttaa estämään kudosten ja steriilin materiaalin kontaminaation mikrobeilla. Henkilökunnalta tämä edellyttää suunnitelmallista aseptista työskentelyä, tietoa, taitoa sekä eettistä vastuuntuntoa. Aseptiikkaa tulee noudattaa myös kiireessä ja sen työtavat tulisi omaksua osaksi jokapäiväistä työskentelyä. Haavanhoidossa toteutetaan aseptista työjärjestystä mikä tarkoittaa, että työtä tehdään puhtaimmasta kohteesta kohti likaisinta. Käytännössä tämä tarkoittaa, että puhtausluokaltaan erilaiset

samalla asiakkaalla olevat haavat hoidetaan puhtaasta aloittaen. Lisäksi jos haavapotilaita on useita päivän aikana, hoidetaan ensin potilaat, joilla on infektoitumattomia haavoja ja viimeiseksi potilaat, joiden haavat ovat infektoituneet tai potilas on kosketuseristyksessä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 115.) Tavanomaisiin varotoimiin kuuluu oikea käsihygienia, suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat sekä pisto- ja viiltovahinkojen välttäminen (Rautava-Nurmi ym. 2013, 98). Haavanhoidossa haavanhoitotuotteet ja haavanhoitovälineet tulee olla henkilökohtaisia (Krooninen alarajahaava: Käypä hoito -suositus 2014).

4.4.1 Henkilökohtainen hygienia ja suojaimet

Henkilökohtainen hygienia kuuluu hoitajan ammatillisuuteen. Se tarkoittaa tietoista hoitajan omatoimista puhtauden ylläpitoa. Siihen kuuluu ihon säännöllinen peseminen, intiimihygienia, hiusten pesu, suuhygienia, iho- karvojen hoito, käsihygienia, käsien hoito sekä puhtas vaatetus. Myös omasta terveydestä huolehtiminen kuuluu hyvään henkilökohtaiseen hygieniaan. Työoloissa on tärkeää välttää näppylöiden ja ihon turhaa koskettelua sekä osata oikeat yskimis- ja niistämistavat. Lisäksi pitkät hiukset tulee pitää kiinnitettynä. Mikrobikasvustoja lisääviä rannekelloja tai koruja ei saa käyttää hoitotyössä. Kynnet eivät saa olla pitkät eikä niissä saa olla rakennekynsiä, koska kynsien alle jää likaa ja mikrobeja, ne hankaloittavat työntekoa, rikkovat herkästi suojakäsineet sekä muodostavat turvallisuusriskin asiakkaalle. Kynsilakan käyttöä ei suositella, koska käsihuuhteet rikkovat lakkapinnan, jolloin mikrobit pääsevät pesiytymään lohkeamiin. Lävistyksen suositellaan poistettaviksi, koska ne ovat infektioriski. Myös hajusteiden käyttöä tulee välttää, koska ne voivat aiheuttaa yliherkkyysoireita allergisille ja astmatikoille. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 88-89; Karhumäki ym. 2009, 60—61.)

Suojakäsineiden tarkoitus on suojata asiakkaita ja henkilökuntaa tartunnoilta sekä niiden leviämiseltä. Suojakäsineitä on moni- tai kertakäyttöisiä. Kertakäyttöiset suojakäsineet laitetaan aina puhtaisiin käsiin ja ne tulee vaihtaa aina siirryttäessä asiakkaasta tai työtehtävästä toiseen. Suojakäsineiden käytön jälkeen käytetään aina käsihuuhdetta. (Karhumäki ym. 2009, 67—68.) Työ- ja suojavaatetuksen tehtävänä on estää omien vaatteiden likaantuminen vereltä, roiskeilta tai eritteiltä, estää infektioiden tarttumista asiakkaan ja työntekijän välillä sekä estää mikrobien siirtyminen asiakkaasta toiseen. Työasu tulisi vaihtaa puhtaaseen päivittäin. (Anttila ym. 2010, 155.)

4.4.2 Käsihygienia

Hyvällä käsihygienialla pyritään vähentämään mikrobien siirtymistä käsiin välityksellä henkilökunnalta asiakkaasta toiseen sekä ympäristöstä asiakkaaseen tai henkilökuntaan. Hyvään käsihygieniaan sisältyy käsien pesu, desinfiointi sekä hyvä käsien ihon kunto ja suojakäsineiden käyttö. Käsissä on väliaikaista ja pysyvää mikrobiflooraa. Väliaikainen mikrobifloora siirtyy henkilökunnan käsiin asiakkaasta tai ympäristöstä. Se sijaitsee iholla orvaskeden sarveissolukerroksen uloimmassa osassa, minkä takia se

on helppo poistaa käsien desinfektiolla. Pysyvä mikrobifloora eli normaalifloora sijaitsee ihon syvemmissä kerroksissa, minkä takia sitä ei voi poistaa kokonaan rikkomatta ihon rakenteita. Pysyvä mikrobifloora aiheuttaa harvemmin infektioita. (Lukkari ym. 2007, 92-94; Karhumäki ym. 2009, 60—61.)

Käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta on yleisin infektioiden leviämistapapa, minkä takia sillä on olennainen osa infektioiden torjunnassa. Kansainvälinen suositus on, että käsihuuhdetta tulisi käyttää ennen ja jälkeen jokaisen asiakaskontaktin sekä aina ennen uusia toimenpiteitä. Kädet desinfioidaan alkoholipitoisella huuhteella tai geelillä. Suomessa käytetään 80 prosenttista etanolia sisältäviä valmisteita, joihin on lisätty ihonhoitoaineena 1-2 prosenttista glyserolia tai muuta ihonhoitoainetta. Kädet tulisi pestä vedellä ja saippualla töihin tullessa sekä lähtiessä ja kun ne ovat likaiset tai käsihuuhteiden glyseroli on kerrostunut niihin. Kädet tulee kuivata pesun jälkeen huolellisesti, sillä kosteat kädet levittävät eri bakteereja. Kädet tulisi kuivata pesun jälkeen nopeasti paperilla. (Lukkari ym. 2007, 94; Karhumäki ym. 2009, 61-63.)

4.5 Kivun hoito

Haavakipu jaetaan kahteen tyyppiin, jotka ovat nosiseptiivinen eli kudonsvauriokipu ja neuropaattinen eli hermovauriokipu. Nosiseptiivinen kipu on luonteeltaan repivää, terävää ja pistävää. Se paikallistuu kudonsvaurioalueelle. Neuropaattinen kipu on puolestaan voimakasta, polttavaa, kihelmöivää kipua. Sitä aiheuttavat vauriot ääreishermoissa. (Wound Care Centers n.d.)

Haavakipua aiheuttavat ympäristötekijät ja psykososiaaliset tekijät. Haavakipuun liittyy erilaisia vaiheita, jotka ovat taustakipu, liikekipu, toimenpiteeseen liittyvä kipu ja operatiivinen kipu. Haavakivun hoidossa voidaan käyttää kipulääkkeitä tai puudutteita. Lisäksi erilaisia lääkkeettömiä hoitoja, kuten asentohoitoa ja kylmähoitoa, voidaan käyttää kivun hoidossa. (Ojala 2014.)

Kivun hoidossa oleellinen osa on kivun arviointi sekä mahdollisten haittavaikutusten ja kipulääkkeen vasteen seuranta. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna kipumittaria tai arviointia ja havainnointia. Kipulääkkeen vasteen seurantaan kuuluu asiakkaan sekä hoitajan arvio kivun voimakkuudesta, tyypistä, sijainnista, kestosta sekä kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnista. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 566.)

4.6 Asiakkaan ohjaus

Hoitajalla on velvollisuus ohjata asiakasta lakien, ohjeiden, suositusten ja asetusten, asiakkaan kunnioittamisen, hyvien ammattikäytänteiden ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Hoitajalta tämä edellyttää lainsäädännön tuntemusta, hyviä ohjausvalmiuksia sekä työn filosofista ja eettistä pohdintaa. Hoitajan tulee päivittää tietojansa ja taitojaan, jotta asiakas saa asianmukaista tietoa päätöksentekoon ja valintoihinsa. Laadukkaaseen oh-

jaukseen lähtökohta on asiakaslähtöisyys, aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta sekä vuorovaikutteisuus. (Lipponen, Ukkola, Kanste & Kyngäs 2008, 3.)

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa vapautta päättää omasta elämästään ja terveydestään sekä vapautta toimia oman päätöksensä mukaisesti. Hoitajalla on ammatillinen oikeus ja vastuu antaa asiakkaalle tietoa ja vuorovaikutusta sekä ohjata potilasta tiedottamalla eri vaihtoehtojen seurauksista. Asiakkaalla on kuitenkin mahdollisuus kieltäytyä hoidosta, jolloin hänellä on vastuu tehdyistä valinnoistaan. (Kyngäs & Hentinen 2008, 47.)

Haavahoidon ohjaus on tärkeä osa asiakkaan kokonaisuhoitoa. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 239). Asiakkaan haavahoidon ohjauksessa tulee ottaa huomioon asiakkaan kokonaisuus, johon kuuluu haavan lisäksi potilas, läheiset ja ympäristötekijät (Ewma 2014). Ohjauksen tavoitteet tulee suunnitella yhdessä asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Ohjauksessa tietojen antaminen on helppoa, mutta hoitajan tulee saada asiakas omaksuma toiminnan ja elämäntapojen muutos. Tärkeää on tukea ja rohkaista asiakasta itsehoitoon ja hoidon välttämättömyyteen. On todettu, että asiakkaat sitoutuvat hoitoonsa paremmin, jos he voivat osallistua hoidon päätöksentekoon. Hoitajan tulee antaa asiakkaalle haavahoidon ohjausta muun muassa haava-alueen seurannasta, infektiioireiden tarkkailusta, haavan paranemisesta sekä elämäntapojen muutoksista. (Rautava-Nurmi ym. 2013 239—240.)

4.6.1 Hoitoon sitoutuminen

Ohjaus ja asiakkaan hoitoon sitoutuminen ovat sidoksissa asiakkaan sekä hoitajan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja eettisiin taustatekijöihin. Hoitajien toimintaan vaikuttaa ikä, koulutus ja sukupuoli, miten he asennoituvat ohjaukseen sekä siinä tarvittaviin tietoihin ja taitoihin. Ohjaajan tulee tunnistaa omat fyysiset taustatekijät ja niiden mahdolliset vaikutukset ohjaukseen. Lisäksi hänen tulee olla motivoitunut sekä olemaan valmis muuttamaan toimintatapojaan. Ohjauksessa on tärkeää luoda vuorovaikutuksellinen suhde asiakkaan ja hoitajan välille. Toimivaan vuorovaikutukseen kuuluu läsnäolo, odottaminen, vastaaminen, ilmaisun mukauttaminen ja tulkinnan tarkastaminen. Ohjauksessa tulee huomioida potilaan elämäntilanne sekä vastata asiakkaan tarpeisiin. (Lipponen, Ukkola, Kanste & Kyngäs 2008, 4; Kyngäs & Hentinen 2008, 86—87, 97.)

Omahoidon onnistumisen takaamiseksi asiakkaalla tulee olla riittävä tieto sairaudesta, sen hoidosta sekä vaikutuksesta ja muutoksista hänen elämässään. Lähtökohtana on asiakkaan ohjaustarpeen arviointi niin, että huomioidaan sairauden asettamat vaatimukset asiakkaan päivittäisessä elämässä. Näiden pohjalta laaditaan ohjaukselle tavoitteet. (Hietanen ym. 2002, 251.)

Asiakkaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa muun muassa ikä, terveydentila ja sairauden laatu. Potilaan fyysiset taustatekijät määrittävät esimerkiksi sen, miten potilas ottaa ohjausta vastaan sekä unohtaako ja kieltäkö hän asioita. Aikuinen, joka kykenee huolehtimaan itsestään, on itse vastuussa

omasta hoidostaan ja siihen sitoutumisestaan. Läheisen rooli voi kuitenkin olla merkittävä, jos aikuisella on rajalliset valmiudet oppimiseen ja itses-
tään huolehtimiseen. Haavanhoito vaatii yleensä pitkäaikaista hoitoon si-
toutumista, koska se edellyttää moneen eri asiaan sitoutumista ja uuden
oppimista. Pitkäaikainen hoito on huomioitava asiakkaan ohjausta suunni-
tellessa sekä hoitoon sitoutumiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Täl-
löin tulee miettiä keinoja, joiden avulla hoitoon sitoutumista voidaan tu-
kea. Hoitoon sitoutuminen tulee varmistaa jokaisella ohjauskerralla, jotta
mahdollisiin repsahduksiin voidaan puuttua ajoissa. (Lipponen, Ukkola,
Kanste & Kyngäs 2008, 4; Kyngäs & Hentinen 2008, 84-87.)

Psyykkiset ominaisuudet kuten motivaatio, onnistumisodotus, oppimistyy-
lit ja terveystuskomukset vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Motivaatio on
keskeinen osa hoitoon sitoutumisen kannalta. Se vaikuttaa potilaan haluun
omaksua hoitoonsa liittyviä asioita sekä kokeeko hän ohjauksen itselleen
tärkeäksi. Motivaation kannalta tärkeää on, että asiakas voi itse ottaa osaa
oman hoitonsa suunnitteluun sekä päätöksentekoon. Hoitajan tulee yhdes-
sä asiakkaan kanssa sopia sopivan haasteelliset tavoitteet, suunnitella yh-
dessä tapa toteuttaa hoitoa sekä selvittää onnistumisodotus. Yhdessä sovi-
tun hoidon avulla asiakas voi itse kontrolloida keinoja, jotka johtavat ta-
voitteen saavuttamiseen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 87-88.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat myös sosiaaliset ja muut ympäristöön
liittyvät taustatekijät kuten kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät. Nämä
muodostavat oleellisen osan asiakkaan arkea, jonka mukaan hän toteuttaa
hoitonsa. Sosiaaliset tekijät kuten perhe voi merkittävästi edistää asiak-
kaan hoitoon sitoutumista. Erityisesti kotihoidossa läheisten tuki on tärkeä
parantumiseen ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttava voimavara. Perhe antaa
henkistä tukea, mutta voi myös vaikuttaa hoitoon konkreettisesti esimer-
kiksi ravitsemuksen toteuttamisessa. Jos asiakkaan perhe osallistuu hoi-
toon, tulee myös heidän ohjaustarpeet ja tuen tarve huomioida. Kulttuurin
ja uskonnon näkökulmasta asiakkaan erityistarpeet tulee kartoittaa, jotta
omahoito osataan sovittaa niiden mukaan. (Kyngäs & Hentinen 2008,
93—96.)

4.6.2 Ravitseminen

Riittävä terveellinen ja monipuolinen ravitseminen ovat haavan paranemisen
edellytyksiä ja ne auttavat ihoa pysymään kunnossa (Pajunen 2012, 10).
Monipuolista ravintoa tarvitaan uuden kudoksen muodostamiseen ja haa-
van paranemiseen. Lisäksi esimerkiksi tulehdukset tai runsas haavaneritys
lisäävät ravinnon tarvetta. Monipuolisen ruokavalion puute lisää haavan
paranemista haittaavaa vajaaravitsemusta. Energiankulutus voi myös kas-
vaa, jos potilaalla on esimerkiksi infektio tai muu sairaus. Haavan para-
nemiseen tarvitaan riittävästi energiaa, proteiinia ja vitamiineja. Erityisesti
ikäntyneitä, jotka ovat riippuvaisia toisten avusta, tulee auttaa riittävän
ravinnon saannissa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015; Kymen-
laakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntaryhmä 2015.)

Asiakkaan ravitsemushoidossa tulee määrittää hänen ravitsemustilansa,
joka perustuu pituuteen, painoon ja arviointiin vajaaravitsemuksen riskis-

tä. Asiakkaan ravitsemuksensaannin riittävyys ja ruoankäyttö arvioidaan, minkä perusteella suunnitellaan oikean ravitsemuksen toteuttaminen. Hänelle annetaan ravitsemusohjausta sen toteuttamiseksi. Ravitsemushoidon toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti ja tarvittaessa muutetaan ravitsemushoitosuunnitelmaa. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.) Kotihoidossa ravitsemustilan arviointi voi olla ongelmallista, sillä hoitaja voi käy asiakkaan luona harvemmin (Ewma 2014).

4.7 Haavan arviointi ja kirjaaminen

Kirjaamisen avulla kotihoidon asiakastyön tavoitteet, sisällöt, toiminnot ja saavutetut tulokset tehdään näkyviksi. Kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkuvuuden, laadun ja tiedon välittymisen muille. Kotihoidon kirjaamiskäytännöt vaihtelevat eri kunnissa eikä käytössä ole rakenteista hoitokertomusta. Kirjaamisen lisäksi kotihoidossa on käytössä asiakkaan kotihoitokansiot, joihin kirjataan asiakkaan hoitoa ja läheisiä koskevat tiedot. (Ikonen 2015, 165, 169.)

Haavahoidossa tärkeää ovat haavan arviointi valokuvien, mittaamisen ja piirtämisen avulla sekä yhtenäinen systemaattinen kirjaaminen haavan hoidon tuloksellisuuden arvioinniksi. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014.) Haavasta tulee kirjata jokaisen hoitokerran jälkeen haavan koko, eritteen laatu, väri, ympäröivän kudoksen kunto sekä kipu. Haavahoidossa on tärkeää, että kirjaaminen on yhtenäistä, täsmällistä ja virheetöntä. Yhtenäisen kirjaamisen avulla mahdollistetaan, että jokaisella asiakkaan hoitoon osallistuvalla on yhtenäinen käsitys asiakkaan haavanhoidon tilanteesta. Epäjohdonmukainen ja riittämätön kirjaaminen voivat johtaa haavan paranemisen arvioinnin monimutkaisuuteen. Tämä korostuu erityisesti, jos asiakkaalla on useampia haavoja samaan aikaan. (Brown 2006, 155-156; Jalonen & Ylönen 2016, 36.)

5 HAAVAHOITO KOTIHOIDOSSA

Kotihoidossa asiakkaina on eri-ikäisiä ihmisiä ja heidän läheisiään. Asiakkaan koti on hoitoympäristönä vaativa ja siellä toimitaan asiakkaan ehdoilla. Lisäksi ergonomian toteuttaminen ja esimerkiksi ympäristön valaistus aiheuttavat haasteita hoitajalle. Tämän takia työntekijällä tulee olla vahva ammattitaito, laaja-alainen näkemys hoitotyöstä sekä kyky soveltaa osaamistaan eri ympäristöissä ihmisen hyvinvointia tukien. Kotihoidossa asiakkaan hoito on yksilöllistä, minkä takia hoito vaatii tietoa hänen hoitosuunnitelmastaan ja sen toteuttamisesta toiminnassa. Tämä ilmenee asiakkaan näkökulman huomioimisena, asiakaslähtöisen näkökulman tarkasteluna ja asiakkaan tuntemisena. Hoitotyö on yksilövastuista, minkä takia asiakaslähtöisyys on tärkeää. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 8, 18; Anttila ym. 2010, 392.)

Jokaisella haavoja hoitavalla hoitajalla tulee olla haavanhoidon edellyttämä perusosaaminen, mikä mahdollistaa asiakaslähtöisen ja turvallisen hoidon. Haavojen hoito on erityisen haastavaa kotihoidossa, koska haavoja hoidetaan erilaisissa toimintaympäristöissä. Ennaltaehkäisyn apuvälineitä

ei välttämättä ole kotona saatavilla, haavojen hoito voi olla haasteellista ympäristön takia ja pesutiloissa voi olla puutteita. Lisäksi kotikäynneillä paikalla ei ole muuta henkilökuntaa, joten konsultointi tarpeen vaatiessa ei ole välttämättä mahdollista. Kotihoidossa potilaan yksilöllisen tilanteen huomioiminen ja tieto haavasta korostuvat. (Jalonen & Ylönen 2016, 34-36.)

5.1 Hoitajien osaaminen

Sairaan- ja terveydenhoitajan ammattikorkeakoulututkinto mahdollistaa kotihoidon hoitotyön asiantuntijana toimimisen. Työ on terveyttä edistävää, hoitavaa, sairauksia ehkäisevää ja kuntouttavaa työtä, joka perustuu hoitotieteeseen. (Ikonen 2015, 173.) Kotihoidossa työntekijä tarvitsee vahvaa kliinistä osaamista, joka perustuu teoreettiseen osaamiseen. Hoitajalla tulee olla taidot esimerkiksi asiakkaan voimien, elintoimintojen ja toimintakyvyn arvioimiseen. Kotihoidossa kliinisten taitojen soveltaminen vaatii itsenäistä päätöksentekokykyä sekä hyviä yhteistyö-, viestintä- ja ammattieettisiä taitoja. Kotihoidon tärkeä osa on asiakkaan ja läheisten opettaminen ja ohjaus. Asiakkaan hoitoon sitouttaminen voi olla haasteellista ja sen toteutumisen seuraaminen voi olla hankalaa, koska asiakasta ei välttämättä tavata päivittäin. (Hägg ym. 2007, 22)

Kotihoidon vastuulliset tehtävät vaativat jatkuvaa itsensä kehittämistä ja opiskelua, minkä takia oman ammattitaidon ylläpitäminen on tärkeää (Ikonen 2015, 174). Tulevaisuudessa kotihoito tulee yhä vaativammaksi, koska väestö on tulossa yhä vanhemmiksi. Väestön ikämuutoksen myötä sairaudet lisääntyvät, ihmisten liikuntakyky alenee ja terveystarpeet tulevat moninaisemmiksi. Hoitajilta tullaan vaatimaan yhä enemmän koulutusta ja yhteistyötä eri ammattilaisten kanssa. (Ewma 2014.)

5.2 Haavahoidon osaamisen koulutus

Suomen Haavanhoitoyhdistys on sitoutunut kehittämään haavanhoidon osaamista Valtakunnallisten Haavapäivien, alueellisten koulutusten, opetusmateriaalien tuottamisen sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan avulla. Yhdistys tekee yhteistyötä kansainvälisten ja kansallisten yhdistysten sekä terveydenhuollon koulutusta toteuttavien oppilaitosten kanssa. (Suomen haavanhoitoyhdistys Ry n.d b.)

Valtakunnalliset Haavapäivät on kaksipäiväinen tapahtuma, jonka tarkoituksena on tarjota uutta ja monipuolista tietoa haavahoidosta. Tavoitteena on haavahoidon hoidon tason, osaamisen ja tutkimustyön kehittäminen. Tapahtumassa on mahdollista tutustua haavahoidossa käytettäviin apuvälineisiin ja haavahoidon tuotteisiin. Alueellisia koulutuspäiviä järjestetään vuosittain kahdella tai kolmella eri paikkakunnalla. Koulutuspäivien tavoitteena on vahvistaa haavahoidon osaamista sekä luoda mahdollisuuksia verkostoitumiseen haavahoitotyön ammattilaisten välillä. Koulutuspäivien aiheen valinta määräytyy alueellisen koulutuksen tarpeesta, joka selvitetään haavahoidon yhdyshenkilöiden saamista palautteesta. Haavahoidosta järjestetään myös kansainvälisiä koulutuksia. (Suomen haavanhoitoyhdis-

tys Ry n.d b.) Haavahoidosta voi suorittaa asiantuntijan erikoistumiskoulutuksen, jonka laajuus on 30 opintopistettä. Erikoistumiskoulutuksen tavoitteena on kehittää omaa sekä työyhteisön haavahoidon osaamista. Koulutusta järjestetään eri ammattikorkeakouluissa. (Suomen haavanhoitoyhdistys Ry 2017.)

5.3 Yleisimmät haavat kotihoidossa ja niiden ennaltaehkäisy

Kotihoidon asiakkuuteen johtaa yleensä infektoitunut leikkaushaava tai kroonisen haavan hoito. Yleisimmät krooniset haavat ovat painehaavat, diabeettiset jalkahaavat sekä säärihaavat, jotka jaetaan laskimoperäisiin ja valtimoperäisiin säärihaavoihin. (Anttila ym. 2010, 392.) Krooniset haavat tarvitsevat hoitoa viikkoja, kuukausia tai jopa vuosia. Tämän takia haavahoidon suunnittelu on tärkeä osa kotihoidon työtä. (Ewma 2014.)

Haavojen hoidossa tärkein osaamisalue on ennaltaehkäisy. Haavojen syntymisen ennaltaehkäisy on tärkeää, koska haavojen hoito aiheuttaa kustannuksia ja kärsimystä asiakkaalle. (Jalonen & Ylönen 2016, 34.) Joidenkin kroonisten haavojen syntyä voidaan ehkäistä hoitamalla perussairauksia hyvin. Terveyskäyttäytyminen on myös tärkeä osa haavojen ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Kotihoidossa asiakkaalle annetaan kirjallinen materiaali liikunnan ja ravitsemuksen vaikutuksista haavojen ennaltaehkäisyyn. Lisäksi tupakoimattomuuteen tulee kannustaa. Haavojen ennaltaehkäisyssä ensisijaista on asiakkaan ohjaaminen omatoimiseen tarkkailuun ja hoitoon. (Anttila ym. 2015, 294-295.) Haavojen ennaltaehkäisyn perusta on ihon hoidon säännöllisyys, johon kuuluu ihon pesu ja rasvaus perusvoiteilla. Pesun jälkeen iho tulee kuivata huolellisesti taputellen pehmeällä pyyhkeellä. Perusvoiteen käytön tarkoituksena on ihon kosteuttaminen ja sen suojaustoiminnan parantaminen. (Pajunen 2012, 9.)

5.3.1 Krooniset alaraajahaavat

Kroonisten alaraajahaavojen ilmaantumiseen ja huonoon paranemiseen vaikuttavat yleensä sisäiset tai ulkoiset tekijät. Suurimman osan kroonisista alaraajahaavoista aiheuttavat alaraajan verenkiertohäiriöt kuten laskimovajaatoiminta ja valtimoverenkierron vajoaus tai näiden esiintyminen yhdessä samanaikaisesti. Alaraajahaavan hoidossa ensisijaista on korjata etiologiset tekijät. Tärkein hoitotoimenpide laskimohaavoilla on sääriturvotuksen poistaminen sekä turvotuksen esto. Valtimoperäisiä säärihaavoja tulee hoitaa asianmukaisella perussyyn hoidolla sekä haavan paikallishoidolla. Alaraajahaavan paikallishoidossa tavoitteena on haavan puhdistaminen, optimaalinen paranemisympäristö sekä haavan suojaaminen kontaminaatioilta. (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2014; Anttila ym. 2015, 288.)

Valtimoperäisen säärihaavan ennaltaehkäisyssä on tärkeää, että hoitaja tunnistaa riskipotilaat ja antaa heille asianmukaista itsehoito-opastusta. Koska valtimoperäinen säärihaava syntyy yleensä taustatekijöiden, kuten diabeteksen tai kohonneiden rasva-arvojen vaikutuksesta, on tärkeää kiinnittää huomioita niiden hoitoon. Laskimoperäisten säärihaavojen ennalta-

ehkäisyssä oleellista on kuivan ihon säännöllinen rasvaaminen, ylipainoit-
ten kannustaminen liikkumaan ja laihduttamaan sekä perussairauksien pi-
täminen tasapainossa. (Anttila ym. 2015, 283, 287—288.)

5.3.2 Painehaavat

Painehaavojen hoidon kulmakivi on paineen poistaminen haavalta. Jos asiakas ei itse kykene vaihtamaan asentoaan, käytetään asentohoitoa. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota asiakkaan päivittäiseen hygieniaan. Painehaava ja haavaympäristö tulee suojata eritteiltä, jos asiakkaalla on virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyyttä. Lisäksi asiakkaan yleiskuntoravitsemus ja perussairaudet pyritään korjaamaan. Painehaavaa hoidetaan VPKM-väriluokituksen mukaan (Taulukko 1) jos iho on rikkoutunut. Painehaavan antibiootin tarve riippuu infektion kliinisestä asteesta. Selvä infektio liittyy yleensä nekroottiseen haavaan. Jos haava ei parane konservatiivisella hoidolla, voidaan asiakkaalle tehdä kielekesiirto. Siirron jälkeen haavaa hoidetaan paikallishoidolla sekä asiakasta yleishoidolla, jotta haava saataisiin granuloivaan vaiheeseen. (Iivainen & Syväoja 2012, 346; Juutilainen & Hietanen 2012, 327.)

Painehaavan paikallishoito suunnitellaan ja toteutetaan haavan syvyysasteen mukaisesti. Lisäksi huomioon otetaan haavan aiheuttaneet taustatekijät. 1. Asteen painehaavassa iholla on vaalenematon punoitus. Punoittavalta alueelta poistetaan paine. Ihoa tulee tarkkailla päivittäin ja sitä rasvataan kevyesti taputtelemalla. Aluetta voi suojata hankaukselta ja kosteudelta haavakalvolla tai ohuella hydrokolloidilevyllä. Ihon muutoksia tulee seurata päivittäin. 2. Asteen painehaavassa iholla on pinnallinen vaurio, joka yleensä paranee asianmukaisella paikallishoidolla sekä paineen poistolla. Haavaa hoidetaan epitelisoivan haavan hoitoperiaatteiden mukaisesti ja se suojataan kosteudelta. 3. Asteen painehaavassa on tapahtunut koko ihon läpäisevä vaurio ja 4. Astepainehaavassa on ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio. Nämä haavat infektoituvat helposti ja erittävät runsaasti. Haava puhdistetaan ja onkalo tulee huuhdella syvän ja onkaloituneen haavanhoidon periaatteiden mukaisesti. Lisäksi haavaympäristö suojataan kosteudelta. Hoidetun infektion ja poistetun kudoksen jälkeen syviä painehaavoja voidaan hoitaa alipaineimuhoidolla. Usein 3—4. asteen painehaavat vaativat kirurgista hoitoa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 328-330; Suomen verisuonikirurginen yhdistys n.d.)

Painehaavat syntyvät paineen, ihon venymisen ja hankauksen seurauksena. Tämän takia painehaavojen hoidossa tärkeää on ennaltaehkäisy. Painehaavariskiluokituksen avulla kartoitetaan asiakkaan riskiä saada painehaava. Painehaavojen ehkäisyssä tärkeää on hyvä hygienia, liikkuminen, ravitsemus, nesteytys ja asentohoito. Tärkeää on myös, etteivät vaatteet hankaa painehaavoille alttiita alueita. Painehaavojen ehkäisyssä voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä, joita ovat esimerkiksi erilaiset patjat ja tyynyt. (Anttila ym. 2015, 288-290; Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntaryhmä 2014, 13.)

5.3.3 Diabeettiset jalkahaavat

Diabeettisten jalkahaavojen hoito perustuu paikallishoitoon, verenkierron parantamiseen, paineen vähentämiseen sekä tarvittaessa kirurgiseen hoitoon. Neuropaattisen haavan paikallishoito toteutuu muuten saman lailla kuten muu kroonisten haavojen hoito, mutta infektioiden havaitsemiseksi haava tulee tarkistaa tarpeeksi usein. Iskemisiä haavoja hoidetaan kuivan paikallishoidon mukaan. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito -suositus 2009.)

Diabeetikoiden jalkahaavojen ennaltaehkäisyyn tärkein tavoite on asiakkaan ohjaus jalkojen omatoimiseen hoitoon. Ohjauksessa korostuvat omahoitotottumusten tarkistus, jalkojen perushoito ja päivittäistarkistus sekä ohjeet poikkeavien löydösten ilmaantuessa. Seurantaä tarvitsevat asiakkaat, joilla on suuri riski jalkaongelmiin. (Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito -suositus 2009.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien kroonisten haavojen hoidon osaamista. Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon sairaanhoitajille ja lähihoitajille tehtiin kvantitatiivinen survey-tutkimus, joka oli muodoltaan sähköinen kyselytutkimus.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kroonisten haavojen hoitotyötä kotihoidossa sekä selvittää millaista on haavahoitoon liittyvän lisäkoulutuksen tarve. Kyselytutkimuksen vastauksien avulla pyrittiin löytämään vastauksia haavahoidon tämän hetkiseen osaamiseen kotihoidossa ja lisäkoulutuksen sisällön tarpeellisuuteen. Kyselytutkimuksen vastaukset analysoitiin ja niiden perusteella selvitettiin henkilökunnan kokema haavahoidon osaaminen kotihoidossa.

Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset olivat

1. Millaiseksi kotihoidon sairaanhoitajat ja lähihoitajat kokevat oman kroonisten haavojen hoidon osaamisensa?
2. Miten kotihoidon sairaanhoitajat ja lähihoitajat kehittäisivät haavahoidon osaamistaan?
3. Millaisen haavahoidon lisäkoulutuksen kotihoidon sairaanhoitajat ja lähihoitajat kokevat tärkeäksi?

7 KYSELYN TOTEUTUS HAAVAHOITO-OSAAMISESTA

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Hämeenlinnan kotihoidon hoitohenkilökunnalle. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa selvitetään kysymyksiä lukumäärien ja prosenttiosuuksien avulla. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävään edustavaa ja suurta otosta. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan yleistää tutkituja asioita tilastollisen päättelyn keinoilla laajempaan joukkoon. Tutkimuksen aineiston keruun vaikuttaa tutkimusongelma, kohderyhmä ja nii-

hin soveltuva tiedonkeruumenetelmä. Tutkimuksen aineiston keruussa käytetään useimmiten valmiita vastausvaihtoehtoja sisältäviä tutkimuslomakkeita. (Heikkilä 2013, 15, 17.) Tässä opinnäytetyössä käytin tiedonkeruumenetelmänä internetin kautta tehtävää kyselyä, koska siihen vastaaminen on nopeaa ja helppoa työaikana.

Opinnäytetyön kvantitatiivinen tutkimusprosessi alkoi tutkimusongelman määrittämisellä, johon kuului aiheen valinta ja taustatietojen hankkiminen. Tämän jälkeen laadittiin tutkimussuunnitelma, joka sisälsi tutkimusmenetelmän ja otantamenetelmän valitsemisen sekä aineiston käsittelytavan päättämisen. Näiden jälkeen laadittiin tiedonkeruuväline, joka tässä opinnäytetyössä oli sähköinen kyselylomake. Tietojen keräämisessä käytettävään kyselylomakkeeseen annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa, jonka jälkeen vastaukset käsiteltiin ja analysoitiin. Viimeiseksi tulokset raportoitiin ja niiden perusteella tehtiin johtopäätöksiä ja pohdittiin tutkimuksen onnistumista kokonaisuudessaan. (Heikkilä 2013, 23.)

Tutkimuksen perusjoukkona oli kaikki Hämeenlinnan kotihoidon sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Kyselytutkimus toteutettiin otantatutkimuksena, sillä saatekirje (Liite 1) ja kyselylomake (Liite 2) lähetettiin 27 kotihoidon henkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä. Otantatutkimuksen etuna oli, että kyselyyn saatiin nopeasti tietoja ja opinnäytetyön aikataulun takia tulosten analysointi helpottui. Työelämän edustajana toiminut yhteyshenkilö lähetti kyselytutkimuksen sattumanvaraisesti perusjoukon jäsenille. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja nimetöntä. Ennen kyselytutkimuksen toteuttamista anoin tutkimuslupaa Hämeenlinnan kaupungilta.

7.1 Kyselylomakkeen syntyminen

Kvantitatiivisen tutkimuksen yleisin käytetty aineistonkeruutapa on kyselylomake. Kyselylomakkeen laatiminen on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkein vaihe, sillä sen tulee olla riittävän täsmällinen, kattava ja mitata tutkittavaa aiheita riittävän tarkasti. Tämän takia on tärkeää, että taustalla olevan kirjallisuuskatsauksen tulee olla luotettava ja kattava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114.)

Tein opinnäytetyössä aluksi kirjallisuuskatsauksen, jonka pohjalta muodostin kyselylomakkeen kysymykset (Liite 2). Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat myös toimeksiantajan edustajan kanssa yhdessä sovittuihin aiheisiin. Edustaja toivoi kyselylomakkeeseen erityisesti tarkentavia kysymyksiä haavahoidon lisäkoulutuksen tarpeen arvioimiseksi.

Kyselytutkimus lähetettiin Hämeenlinnan alueen kotihoidon sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Kyselylomakkeessa käytin enimmäkseen suljettuja eli vaihtoehtoja antavia kysymyksiä. Tällaisia kysymyksiä kutsutaan myös strukturoiduiksi kysymyksiksi. Suljettujen kysymysten etuna on vastaamisen nopeus ja tulosten tilastollisen käsittelyn helppous. Suljetut kysymykset sisälsivät myös monivalintakysymyksiä eli vastaaja pystyi valitsemaan useita vastausvaihtoehtoja. Kyselylomake sisälsi lisäksi sekamuotoisia kysymyksiä, joiden valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi oli mahdollista vastata avoimella vastauksella. Kyselylomakkeessa oli myös avoimia ky-

symyksiä, jotka liittyivät edeltävään kysymykseen. (Heikkilä 2013, 31, 47—50.)

Kyselylomakkeessa oli suljettuja kysymyksiä yhteensä 10 kappaletta. Sekamuotoisia kysymyksiä oli 5 kappaletta, joihin oli mahdollista vastata kysymykseen vaihtoehdolla, jota ei kyselylomakkeesta löytynyt. Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeessa oli 4 kappaletta. Kyselytutkimus sisälsi myös 3 kappaletta tosiasiakysymyksiä, jotka käsittelivät vastaajien ikää sekä työkokemusta hoitoalalla ja kotihoidossa. Kyselylomakkeen kaikki kysymykset oli mahdollista nähdä samaan aikaan, jotta vastaaja pystyi halutessaan muuttamaan vastauksiaan.

7.2 Aineiston keruu

Ennen kyselyn toteuttamista kyselylomake tulee esitellä 5—10 henkilölle. Kyselylomakkeen testaajien tehtävänä on selvittää kysymysten ja ohjeiden selkeys, yksiselitteisyys, vastausvaihtoehtojen toimivuus sekä vastaamiseen kuluva aika ja raskaus. Lisäksi heidän tulee miettiä, onko kyselylomakkeessa turhia kysymyksiä tai onko jotakin olennaista jäänyt kysymättä. Testaamisen pohjalta kyselylomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset rakenteeseen, vastausvaihtoehtoihin, kysymysten järjestykseen ja muotoiluun. (Heikkilä 2014, 58.)

Kyselylomake arvioitiin sanallisesti opintopiiriryhmälläni (n=6), koska he ovat myös tekemässä omia opinnäytetöitään ja heillä on jo jonkin verran kokemusta haavahoidosta työharjoitteluiden ja työkokemuksen kautta. Esitestauksen vastausprosentti oli 100 % (n=6). Opintopiiriryhmän palautteen perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin kaksi muutosta, jonka seurauksena toisen ja kolmannen kysymyksen vastausvaihtoehdot muutettiin avoimiksi. Tämän jälkeen kyselylomaketta muutettiin vielä työelämän edustajan ja ohjaavan opettajan pyynnöstä, jolloin kyselylomakkeesta poistettiin kokonaan yksi kysymys ja viimeisen avoimen kysymyksen muotoa muutettiin. Esitestauksen jälkeen hain tutkimuslupaa Hämeenlinnan kaupungilta, jonka myöntämisen jälkeen kyselytutkimus toteutettiin.

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin huhti-toukokuussa 2017. Aineiston keruun toteutin opinnäytetyön tutkimusta varten tehdyllä sähköisellä kyselylomakkeella Webropol-ohjelmalla (Liite 2). Tutkimuksen työelämän edustajana toiminut sairaanhoitaja lähetti opinnäytetyön tutkimuksen kyselyn kohdehenkilöille sähköpostilla. Sähköpostin mukana oli saattekirje (Liite 1), jossa kerroin tutkimukseni taustan, tavoitteen, kyselyn ajankohdan sekä tuloksien raportoinnin. Sähköposti sisälsi suoran linkin kyselytutkimukseen.

Kyselytutkimukseen oli mahdollista vastata kahden viikon ajan. Vastausaikana kyselyyn vastasi 11 henkilökunnan jäsentä, jolloin kyselytutkimuksen vastausprosentti kokonaisuudessaan oli 40 (n=11).

7.3 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä analysoin kyselylomakkeen vastaukset Webropol-ohjelman tuloksien raportoinnin jakaumien avulla. Ohjelma antoi valmiin raportin, joka sisälsi tuloksien prosenttijakaumat sekä valmiit taulukot. Vein valmiin raportin Microsoft Exceliin ja Wordiin, josta kopioin taulukot opinnäytetyön tuloksiin.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tarkoittaa tekstin ryhmittelyä, jossa tekstistä etsitään samankaltaisuuksia. Samankaltaisuudet ryhmitellään ja yhdistetään kokonaisuuksiksi. (Silius 2005.) Esitän kyselyn tulokset sanallisesti ja havainnollistan osan tuloksista myös taulukoin. Kyselytutkimus sisälsi myös muutaman avoimen kysymyksen, joiden analysoinnissa käytin sisällönanalyysiä.

8 TULOKSET

Kyselyyn vastasi 11 kotihoidon sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Kyselyssä ei eritelty sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksia tulosten luotettavuuden helpottamiseksi. Tässä opinnäytetyössä kyselytutkimuksen tulokset on esitelty sanallisessa muodossa ja tärkeimmät tulokset on havainnollistettu myös taulukoin. Kyselyn tulokset on esitetty kokonaislukuina luotettavuuden ja niiden havainnollistamisen helpottamiseksi.

8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselytutkimuksen alussa vastaajilta kysyttiin taustatietoja, jotka koskivat vastaajien ikää sekä työkokemusta vuosina hoitoalalta ja kotihoidosta. Kyselytutkimukseen vastanneiden henkilöiden ikä vaihteli 27 ja 60 ikävuoden välillä, jolloin vastaajien keski-ikäksi saatiin 50 vuotta.

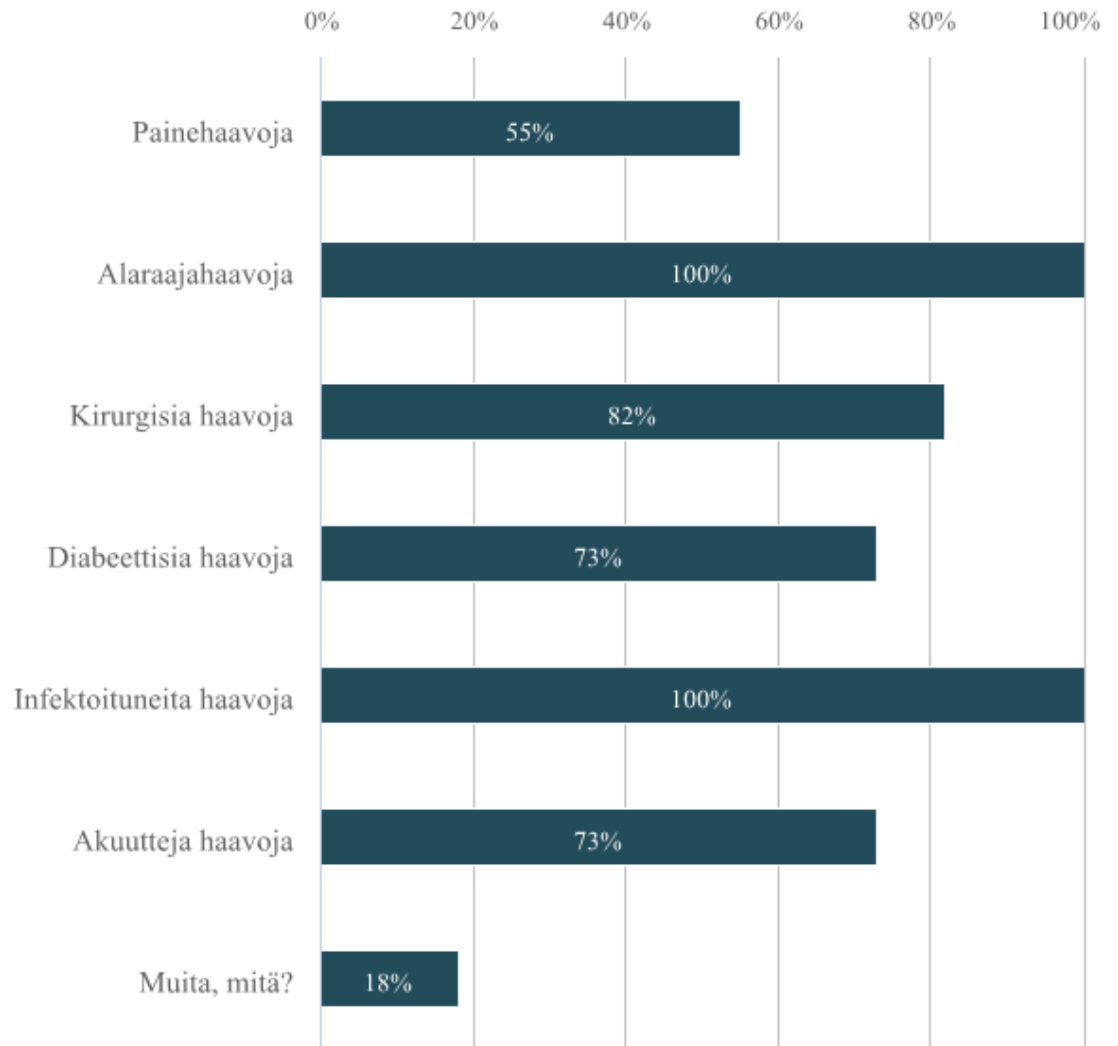
Vastaajien työkokemuksen hoitoalalta keskiarvoksi saatiin 28 vuotta, ja se vaihteli vuosina 6 ja 45 vuoden välillä. Työkokemusta kotihoidosta vastaajilla oli kertynyt yhden vuoden ja 34 vuoden välillä, jolloin työkokemuksen keskiarvo oli 18 vuotta.

8.2 Haavahoidon toteuttaminen kotihoidossa

Vastaajien taustatietojen jälkeen kysyttiin kysymyksiä haavahoidon toteuttamisesta kotihoidossa. Kysymykseen ”Kuinka usein hoidat työssäsi haavoja?” sai valita yhden vastausvaihtoehdoista. Vastaajista 82 % (n=9) valitsi vaihtoehdon ”Viikoittain” ja 18 % (n=2) vastasi kysymykseen vaihtoehdolla ”Kuukausittain”.

Seuraavana kysymyksenä kysyttiin millaisia haavoja vastaajat hoitavat työssään (Kuvio 1), johon sai valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdoista. Vastaajista 55 % (n=6) valitsi vaihtoehdon ”Painehaavoja”, 100 % (n=11) valitsi ”Alaraajahaavoja”, 82 % (n=9) ”Kirurgisia haavoja”, 73 % (n=8) ”Diabeettisia haavoja”, 100 % (n=11) ”Infektoituneita haavoja” ja 73 % (n=8) ”Akuutteja haavoja”. Kysymyksessä oli myös vastausvaihto-

ehto ”Muita, mitä?”, johon vastaajista 18 % (n=2) olivat vastanneet omin sanoin ”Ihonsiirtoja” ja ”Kroonisia haavoja”.



Kuvio 1. Vastaajien työssä hoidettavat haavatyypit (yksi tai useampi).

”Mitkä asiat kirjaat haavahoidon toteuttamisesta?” -kysymykseen sai valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdoista. Vastaajista 100 % (n=11) olivat valinneet seuraavat vaihtoehdot: Haavan haju, haavan kipu, haavan ulkonäkö, haavan koko, haavan sijainti, tehdyt hoitotoimenpiteet ja käytetyt haavanhoitotuotteet. Kysymyksessä oli myös avoin kohta ”Jokin muu, mikä?”, johon 45 % (n=5) olivat vastanneet ”Synty, erityis, lääkitys, tukisidosten käyttö”, ”Muutokset haavalla”, ”Haavan mitat” sekä ”Asiakkaan yleistila”.

Avoimen haavan VPK-M-väriluokitusta vastaajista työssään käytti 27 % (n=3). Vastaajista 73 % (n=8) vastasi ettei käytä avoimen haavan väriluokitusta.

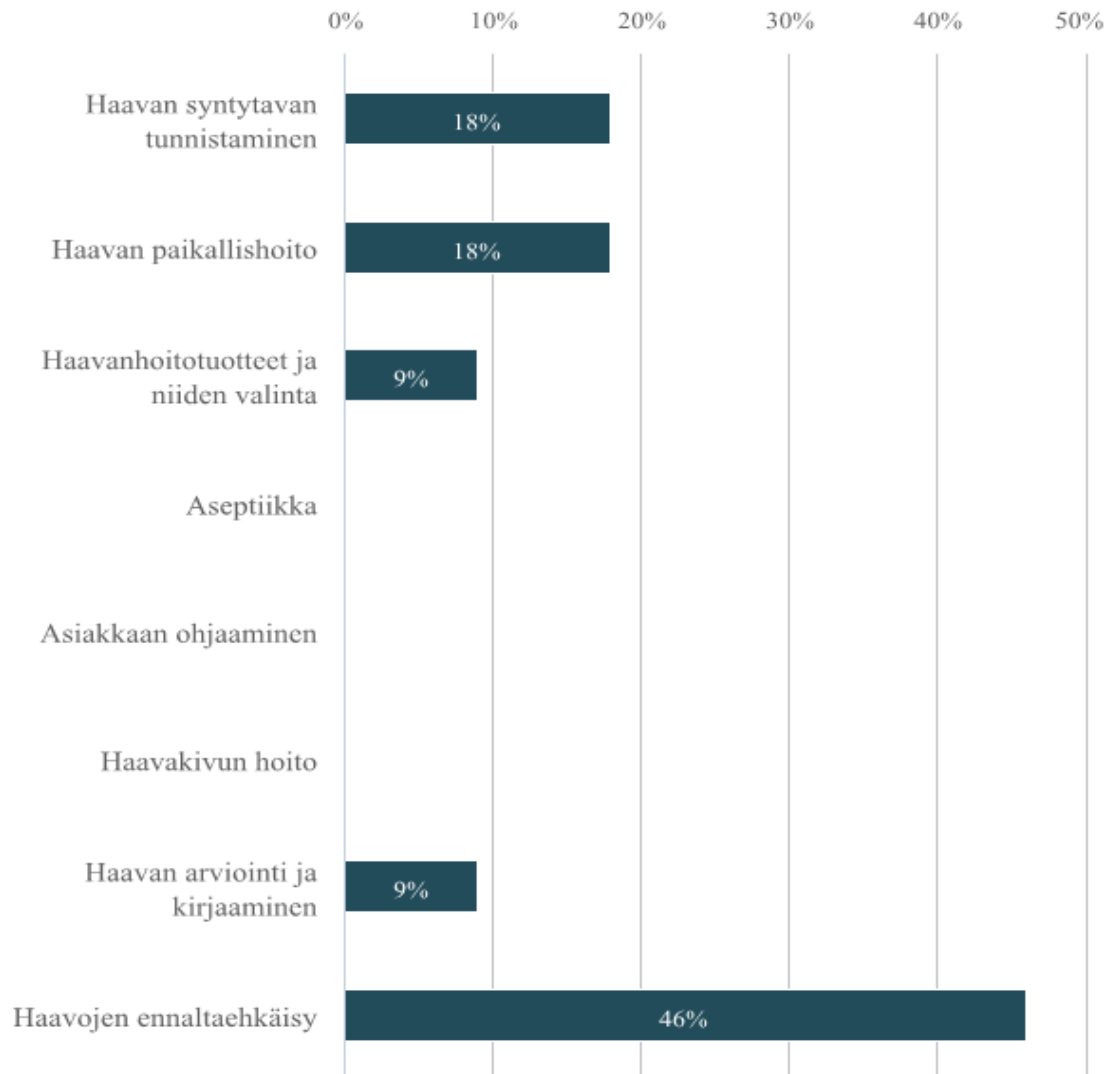
Kotihoidossa toteutettavaan haavahoitoon liittyvä viimeinen kysymys oli ”Mitä haavanhoitotuotteita käytät työssäsi eniten?”. Kysymys oli avoin

kysymys, johon vastaajat saivat vastata omin sanoin. Kaikki vastaajista (n=11) käyttivät työssään Aquacell-tuotteita sekä lähes kaikki vastaajista (n=10) olivat vastanneet käyttävänsä myös Sorbact-tuotteita. Muita vastauksia olivat rasvalappu, pihka- ja hunajavoiteet, Mepilex, haavaverkko, Apilar, Melolin, DryMax, opsite kalvo ja Microdacyn-liuos.

8.3 Haavahoidon osaamisen kokeminen

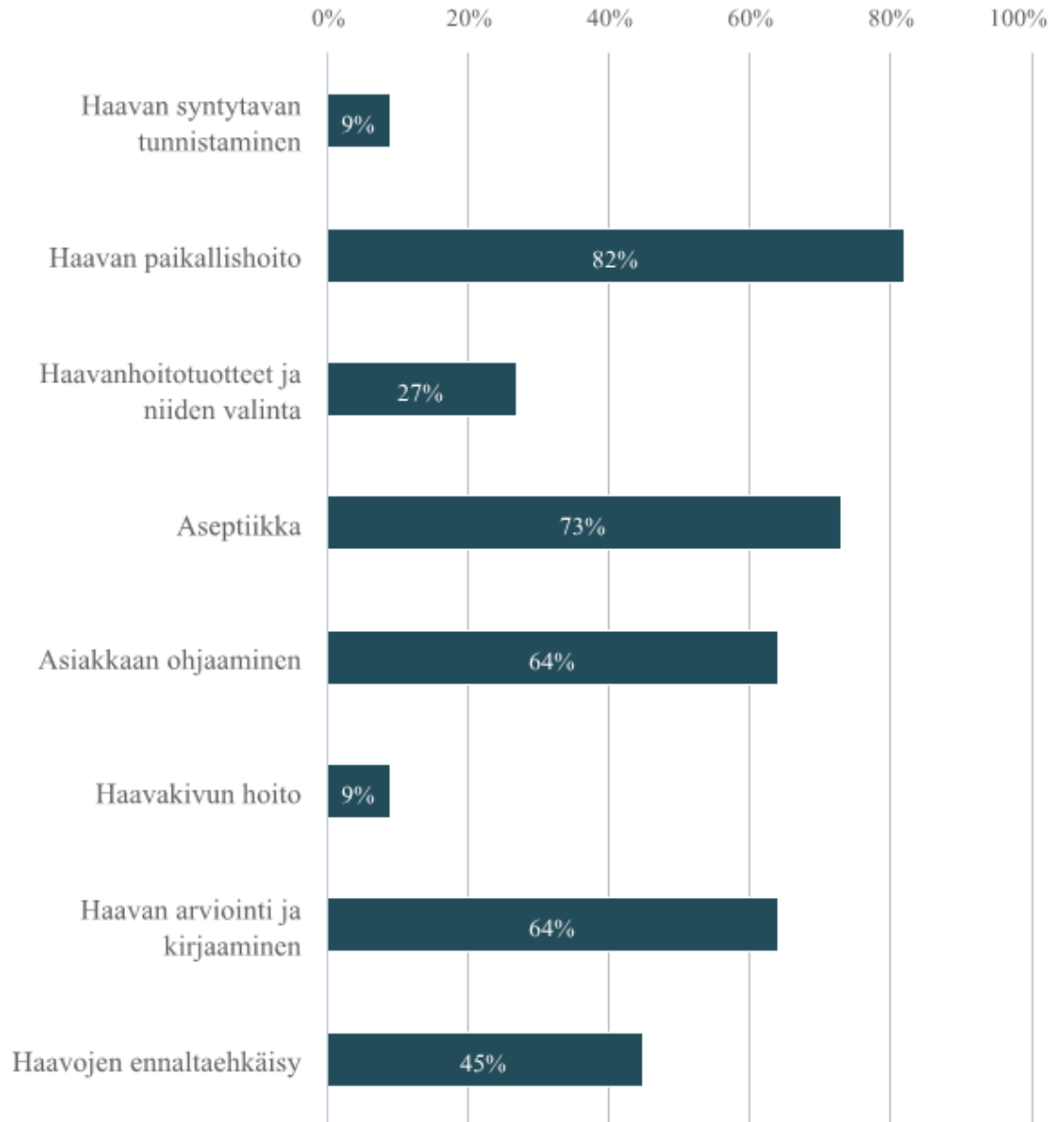
Kyselytutkimuksen seuraavat kysymykset käsittelivät haavahoidon henkilökohtaisen osaamisen kokemista. ”Kuinka hyvin koet tunnistavasi eri haavatyypit?” -kysymykseen 9 % (n=1) oli valinnut vaihtoehdon ”Erittäin hyvin”. 55 % (n=6) olivat vastanneet kysymykseen vaihtoehdolla ”Hyvin” ja loput 36 % (n=4) olivat valinneet vaihtoehdon ”Keskinertaisesti”.

Haavahoidon tärkeintä osaamisaluetta kysyttiin seuraavassa kysymyksessä (Kuvio 2). Kysymykseen sai valita yhden vastausvaihtoehdoista. Vastaajista 18 % (n=2) kokivat, että haavahoidon tärkein osaamisalue on haavan syntyvän tunnistaminen, 18 % (n=2) haavan paikallishoito, 9 % (n=1) haavanhoitotuotteet ja niiden valinta, 9 % (n=1) haavan arviointi ja kirjaaminen ja 46 % (n=5) haavojen ennaltaehkäisy. Kukaan vastaajista ei kokenut, että aseptiikka, asiakkaan ohjaaminen tai haavakivun hoito olisi haavahoidon tärkein osaamisalue.



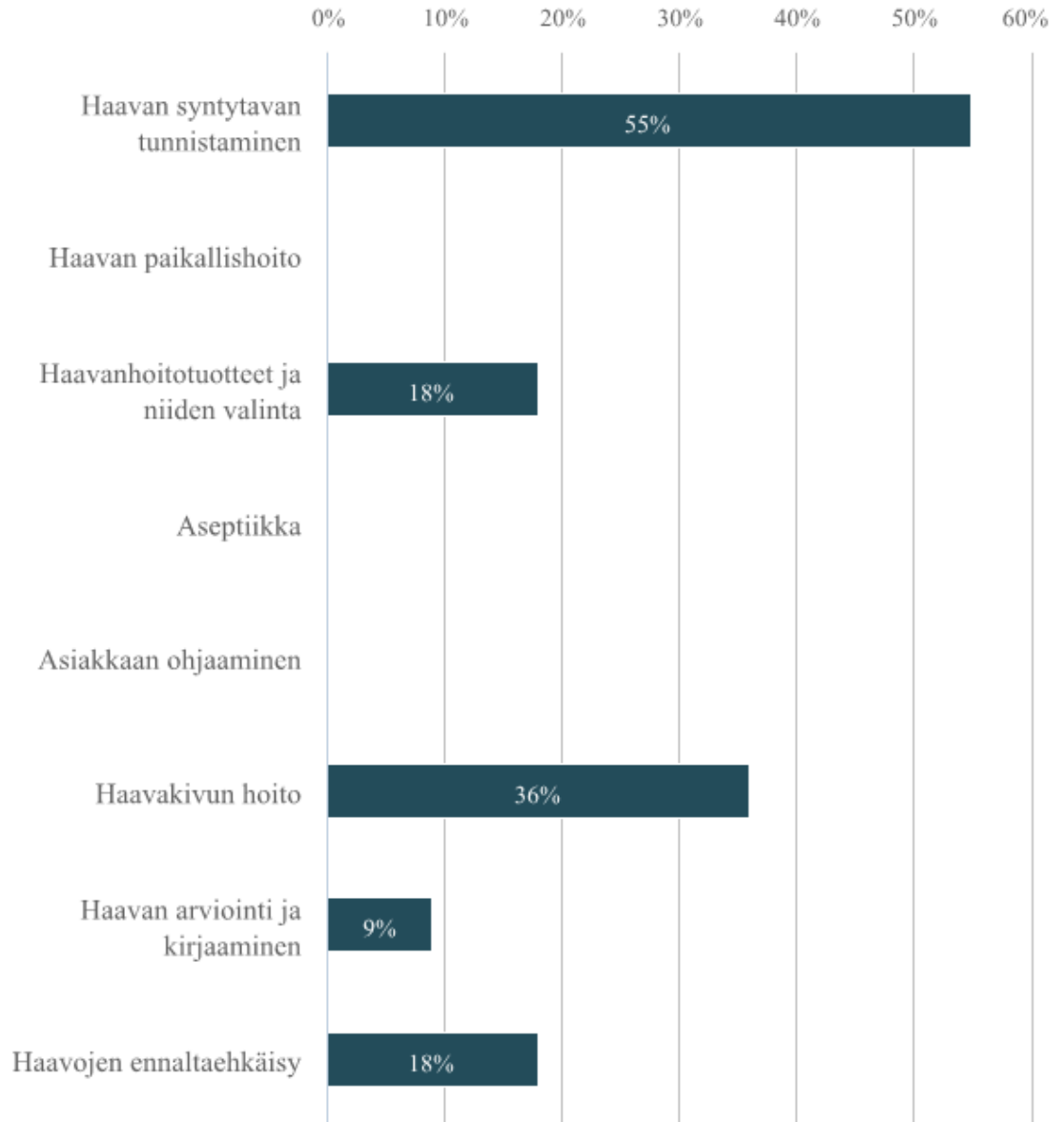
Kuvio 2. Vastaajien kokemukset haavahoidon tärkeimmistä osaamisalueista.

Seuraavassa kysymyksessä vastaajat arvioivat mitkä haavahoidon osa-alueet he kokevat hallitsevansa parhaiten (Kuvio 3). Vastausvaihtoehdoista sai valita yhden tai useamman ja vastausvaihtoehdot olivat samat kuin edellisessä kysymyksessä. Vastaajista 9 % (n=1) valitsi vaihtoehdon haavan syntytavan tunnistaminen, 82 % (n=9) haavan paikallishoito, 27 % (n=3) haavanhoitotuotteet ja niiden valinta, 73 % (n=8) aseptiikka, 64 % (n=7) asiakkaan ohjaaminen, 9 % (n=1) haavakivun hoito, 64 % (n=7) haavan arviointi ja kirjaaminen ja 45 % (n=5) haavojen ennaltaehkäisy.



Kuvio 3. Vastaajien kokemukset parhaiten hallitsemistaan haavahoidon osa-alueista (yksi tai useampi).

Seuraavassa kysymyksessä vastaajat arvioivat heikoiten hallitsemiaan haavahoidon osa-alueita (Kuvio 4). Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin edellisessä kysymyksessä ja vastausvaihtoehdoista sai valita yhden tai useamman vaihtoehdon. Kysymykseen vastanneista 55 % (n=6) valitsi vaihtoehdon haavan syntyvän tunnistaminen, 18 % (n=2) haavanhoitotuotteet ja niiden valinta, 36 % (n=4) haavakivun hoito, 9% (n=1) haavan arviointi ja kirjaaminen ja 18 % (n=2) haavojen ennaltaehkäisy. Kukaan vastaajista (n=0) ei valinnut vaihtoehtoja ”Haavan paikallishoito”, ”Aseptiikka” ja ”Asiakkaan ohjaaminen”.



Kuvio 4. Vastaajien kokemukset heikoiden hallitsemistaan haavahoidon osa-alueista (yksi tai useampi).

”Kuinka hyvin koet hallitsevasi haavahoidon kokonaisuuden?”-kysymykseen sai valita yhden vastausvaihtoehdoista. Vastaajista 9 % (n=1) koki hallitsevansa haavahoidon erittäin hyvin, 73 % (n=8) hyvin ja 18% (n=2) keskinkertaisesti. Seuraava kysymys oli avoin kysymys, jossa perusteltiin edellinen vastaus. Haavahoidon kokonaisuuden keskinkertaisesti hallitsevat perustelivat vastauksensa haavanhoitotuotteiden valinnan kokemisen vaikeudella. He kokivat osaavansa haavahoidon peruseriaatteen, mutta tarvitsivat kuitenkin syvempää tietoa haavahoidon eri osa-alueista.

Haavahoidon kokonaisuuden erittäin hyvin tai hyvin hallitsevat perustelivat vastauksensa pitkän työkokemuksen ja oman henkilökohtaisen kiinnostuksensa kautta haavahoitoon. Vastaajista yksi koki ettei kotihoidossa

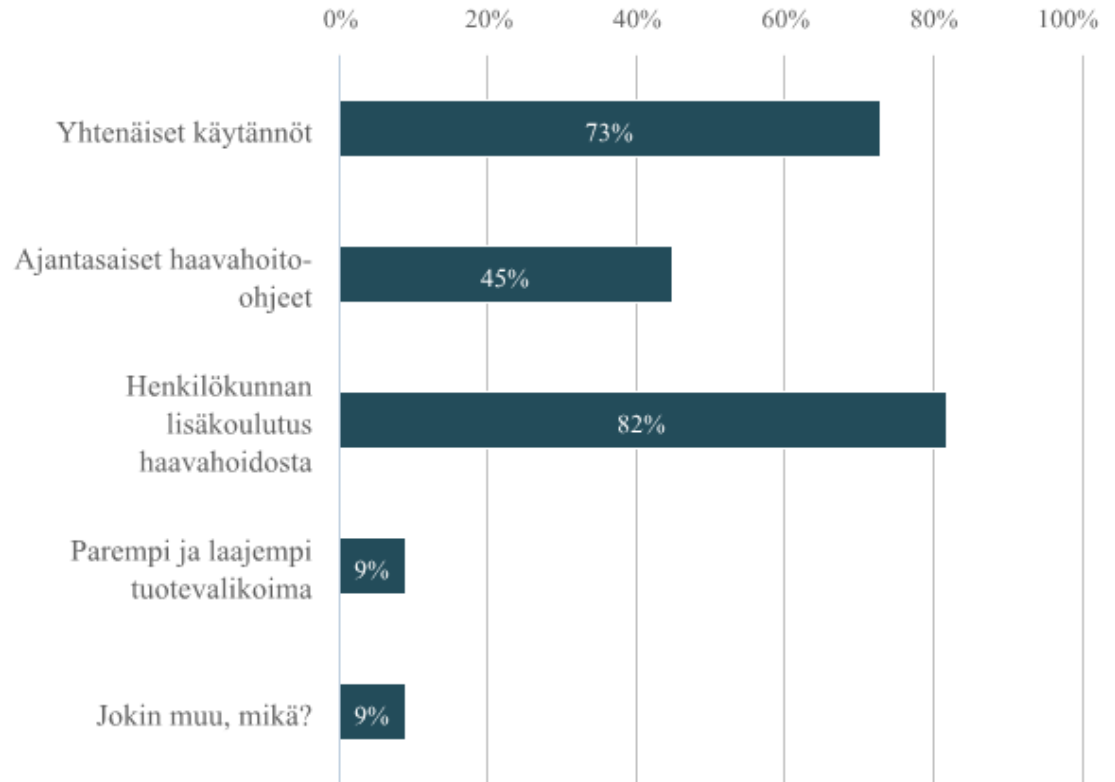
ole juurikaan vaativia haavahoitoja, minkä takia hän hallitsi haavahoidon kokonaisuuden erittäin hyvin.

8.4 Haavahoito kotihoidossa

Seuraavat kysymykset käsittelivät haavahoidon yhtenäisyyttä ja kehittämistarpeita kotihoidossa. ”Onko mielestäsi kotihoidossa käytössä yhtenäiset haavahoitokäytänteet?”-kysymykseen 18 % (n=2) vastasi kyllä. Toinen vastaajista perusteli vastauksen sillä, että hän koki omassa työyhteisössään käytänteiden olevan samanlaiset. Hän kuitenkin koki, ettei kaikilla kotihoidon alueilla ole käytössä yhtenäiset haavahoitokäytännöt. Toinen kysymykseen myönteisesti vastannut koki, että hoito on yhtenäistä, koska se perustuu lääkärin diagnoosiin.

82% (n=9) vastaajista koki, ettei kotihoidon haavahoidossa ole yhtenäisiä käytäntöjä. Vastaajat perustelivat asian sillä, että käytössä ei ole yhtenäistä ohjeistusta. Vastaajat kokivat myös, että hoitajien taidot ja tavat vaihtelevat henkilöstä riippuen. Vastaajista muutama koki, että asiakkaiden varallisuus vaikuttaa käytänteisiin, koska kaikilla asiakkailla ei ole varaa ostaa tiettyjä haavanhoitotuotteita.

Kotihoidon haavahoidon kehittämiseen sai valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdoista (Kuvio 5). Vastaajista yhtenäisiä käytäntöjä toivoisi 73% (n=8), 45 % (n=5) ajantasaisia haavahoito-ohjeita, 82% (n=9) henkilökunnan lisäkoulutusta haavahoidosta ja 9 % (n=1) parempaa ja laajempaa tuotevalikoimaa. ”Jokin muu, mikä?” vaihtoehtoon oli vastannut 9 % (n=1), johon vastaus oli ”Kotihoidon asiakkaille haavahoitotuotteet ilmaiseksi”.



Kuvio 5. Vastaajien kokemukset haavahoidon kehittämisestä kotihoidossa (yksi tai useampi).

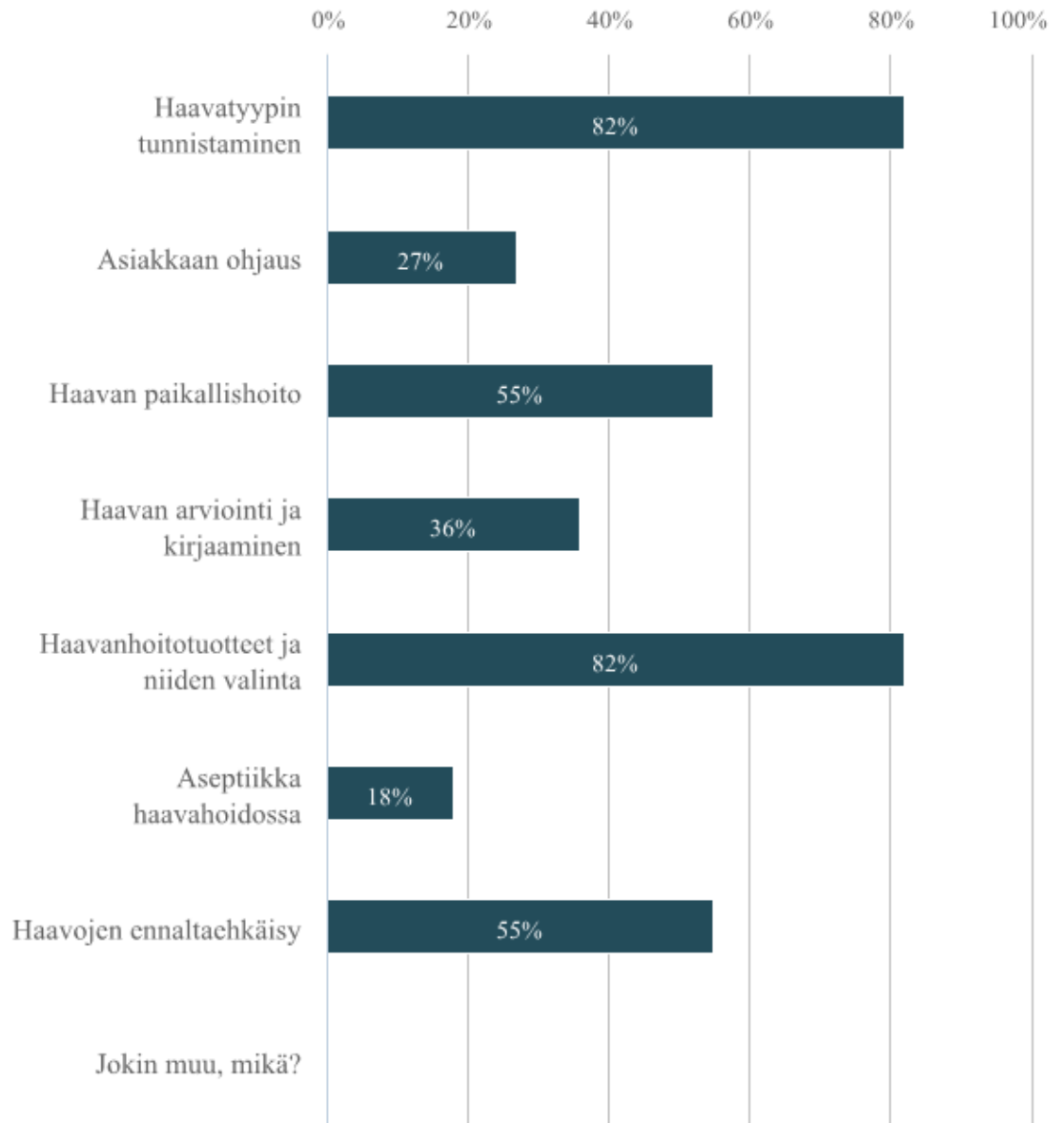
8.5 Lisäkoulutus

Kyselytutkimuksen viimeinen osa koski hoitajien haavahoidon lisäkoulutusta ja sen tarpeellisuutta. Haavahoitoon liittyvään lisäkoulutukseen oli osallistunut alle 1 vuosi sitten vastaajista 55 % (n=6), 1-5 vuotta sitten 27 % (n=3) ja yli 5 vuotta sitten 9 % (n=1). Vastaajista 9 % (n=1) ei ollut koskaan osallistunut haavahoidon lisäkoulutukseen.

Seuraavaan kysymykseen ”Oletko osallistunut johonkin seuraavista haavahoidon lisäkoulutuksista?” sai valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Valtakunnallisille Haavapäiville oli vastaajista osallistunut 18 % (n=2), alueellisille koulutuspäiville 36 % (n=1) ja asiantuntijan erikoistumiskoulutukseen 9 % (n=1). Vastaajista 27 % (n=3) ei ollut osallistunut mihinkään vastausvaihtoehdoissa oleviin koulutuksiin. Kysymys sisälsi vastausvaihtoehdon ”Jokin muu, mikä?”, jonka oli valinnut 27 % (n=3) vastaajista. Kysymykseen oli vastattu ”KHKS haavahoitajan pitämä koulutustilaisuus” ja ”Työnantajan järjestämiin koulutuksiin”.

Seuraava kysymys koski haavahoidon lisäkoulutuksen aihealueiden tärkeyttä (Kuvio 6). Kysymykseen sai valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Vastaajista 82 % (n=9) kokivat tärkeäksi haavatyypin tunnistamisen, 27% (n=3) asiakkaan ohjauksen, 55 % (n=6) haavan paikallishoidon, 36 % (n=4) haavan arvioinnin ja kirjaamisen, 82 % (n=9) haavanhoitotuotteet ja niiden valinnan, 18 % (n=2) aseptiikan ja 55 % (n=6)

haavojen ennaltaehkäisy. Kukaan vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa ”Jokin muu, mikä?”.



Kuvio 6. Vastaajien kokemukset haavahoidon lisäkoulutuksen tärkeimmistä aihealueista (yksi tai useampi).

Kyselyyn vastanneista 100 % (n=11) halusivat saada lisäkoulutusta haavahoidosta. Seuraava kysymys oli avoin kysymys, jossa vastaajat saivat omin sanoin perustella edellisen kysymyksen vastauksen ja kuvailla, millaista haavahoidon lisäkoulutusta he haluaisivat saada. Haavahoitoon liittyvä lisäkoulutus koettiin tärkeäksi ja siihen haluttiin saada lisäkoulutusta useista eri osa-alueista.

Lähes kaikki vastaajista halusivat saada lisäkoulutusta haavanhoitotuotteista, erityisesti edullisimmista vaihtoehtoista sekä markkinoille tulleista uusista tuotteista. Myös haavanhoitotuotteiden valinnasta ja erilaisten tuotteiden esille tuomisesta toivottiin lisäkoulutusta.

Vastaajat kokivat, että haavahoidon lisäkoulutus on oleellista, koska kertaus on tärkeää ja vastaajat toivoivat myös eri haavatyyppeiden ja niiden syntyvän kertausta. Myös perushaavojen hoidosta ja haavojen paikallishoidosta toivottiin lisäkoulutusta.

Vastaajista muutama haluaisi saada tietoa myös muista haavahoidon osa-alueista, joita olivat ravitseminen, kirjaaminen, haavojen ennaltaehkäisy, haavakivun hoito sekä VPK-M-väriluokitus.

9 POHDINTA

Aloitin opinnäytetyön tekemisen kesällä 2016. Työn tekeminen alkoi aiheen valinnalla, jonka jälkeen aloitin teoreettisen viitekehyksen tekemisen. Teoriaosuutta muokattiin ohjaavien opettajien palautteen perusteella opinnäytetyön edetessä. Teoriaosuuden valmistumisen jälkeen keskustelimme työelämän edustajan kanssa opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteista sekä kyselylomakkeen sisällöstä.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta mielenkiintoista. Kirjallisuudesta löytyi paljon tietoa haavan ja haavahoidon teoriasta, mutta kotihoidon hoitajien haavahoidon osaamisesta yksityiskohtaista tietoa ei juurikaan löytynyt. Haavahoidosta on kirjoitettu muutamia kirjoja, joita hyödynsin teoreettisessa osassa. Haavahoidon teoria ei ole juurikaan muuttanut vuosien aikana, joten kirjojen tiedot olivat vieläkin ajankohtaisia. Opinnäytetyön aikana oma tietämykseni haavahoidosta ja erityisesti kotihoidosta sen toimintaympäristönä lisääntyi.

9.1 Tulosten pohdinta

Kyselytutkimukseen oli mahdollista vastata kahden viikon ajan, jonka aikana vastauksia saatiin 40% (n=11). Vastausprosentti oli hyvä, koska vastauksia saatiin yli 10 kappaletta, joka oli asetettu tavoitteeksi ennen kyselytutkimuksen aloittamista.

Vastaajien työkokemuksen keskiarvo kotihoidosta oli 18 vuotta. Vastaajilla oli siis takana pitkä työkokemus kotihoidosta toimintaympäristönä, joten heille oli ehtinyt kertyä kokemusta haavahoidosta.

9.1.1 Haavahoidon toteuttaminen kotihoidossa

Vastaajat hoitivat työssään haavoja viikoittain tai kuukausittain. Tämän perusteella heille oli kertynyt kokemusta haavahoidosta ja erityisesti kotihoidosta sen toimintaympäristönä. Vastauksista voidaan päätellä, että kotihoidossa haavahoitoa tulee vastaan usein, mikä korostaa haavahoidon teorian ja käytännön työn osaamisen tärkeyttä.

Vastaajat hoitivat työssään laaja-alaisesti erilaisia haavatyyppejä, joista alaraajahaavoja ja infektoituneita haavoja hoidettiin eniten. Alaraajahaava-

voille altistavat sairaudet ovat lisääntyneet vuosien myötä, mikä näkyy kyselytutkimuksen vastauksissa. Kaikki vastaajat olivat valinneet myös vaihtoehtoista infektoituneet haavat, joiden yleisyys kotihoidossa voi johtua puutteista kotihoidon asiakkaiden haavan hygieniasta huolehtimisessa ja omahoitoon sitoutumisessa. Kaikki vastausvaihtoehtoista olivat kroonisia haavatyyppejä lukuun ottamatta vaihtoehtoa ”Akuutteja haavoja”. Yksi vastaajista oli kuitenkin kirjoittanut avoimeen kohtaan ”Kroonisia haavoja”. Tämän vastauksen takia olisi ollut mielenkiintoista tietää, tiesikö vastaaja mitkä haavatyypit luetellaan kuuluviksi kroonisiin haavoihin.

Kaikki vastaajat kertoivat kirjaavansa toteuttaneestaan haavahoidosta kaikki kyselytutkimuksen vaihtoehtoista olevat kohdat. Lisäksi kolmannes vastaajista kertoi myös kirjaavansa asiakkaan tietoihin muita toteutettua haavahoidon toimenpiteitä ja haavan ulkonäköön liittyviä muutoksia. Vastauksien perusteella voidaan päätellä, että kotihoidon kirjaaminen on yhtenäistä ja hoitajat kirjaavat toteuttamastaan haavahoidosta oleelliset ja tarvittavat asiat asiakkaan tietoihin. Kyselytutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty haavahoidon kirjaamisen laadukkuutta tai vastaajien kokemuksia kotihoidon kirjaamisen vaikuttavuudesta yhtenäisen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Yhtenäisen kirjaamisen avulla varmistetaan asiakkaan hoidon jatkuvuus, tiedon siirtyminen muuttumattomana hoitajalta eteenpäin sekä käytettyjen hoitomenetelmien arviointi. Yhtenäistä kirjaamista voidaan edistää yhteisesti käytettävällä termistöllä sekä virheettömällä ja täsmällisellä dokumentoinnilla. Yhtenäisen kirjaamisen avulla vältetään väärinkäsityksiltä ja haavan paranemisen sekä arvioinnin vaikeudelta. (Kinnunen 2007.)

Kotihoidon työntekijät eivät juurikaan käytä VPK-M-haavojen väriluokitusta työssään. Vain kaksi vastaajista kertoi käyttävänsä apuna haavojen väriluokitusta toteuttamassaan haavahoidossa. Kyselytutkimuksessa olisi voinut kysyä tiesivätkö vastaajat, mikä haavojen väriluokitus on ja miksi he käyttävät tai eivät käytä sitä työssään. Kyselytutkimuksen viimeisessä kysymyksessä yksi vastaajista olisi halunnut saada lisäkoulutusta haavojen väriluokituksesta, josta voidaan päätellä, että työntekijät eivät käytä haavojen väriluokitusta koska he eivät välttämättä tiedä mikä se on tai miten sitä tulisi käyttää.

Kotihoidon asiakkaat joutuvat itse ostamaan haavanhoitotuotteet, minkä takia asiakkaat valitsevat halvempia tuotteita. Tämä näkyi myös kyselytutkimuksen tuloksissa, sillä vastaajat kertoivat käyttävänsä työssään eniten Aquacel- ja Sorbact-tuotteita, jotka ovat hinnaltaan edullisimpia haavanhoitotuotteita. Vastausten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon henkilökunta käyttää toteuttamassaan haavahoidossa samankaltaisia tuotteita.

9.1.2 Haavahoidon osaaminen

Vastaajista yli puolet kokivat tunnistavansa eri haavatyypit erittäin hyvin tai hyvin ja kolmannes keskinkertaisesti. Haavojen hoidossa on tärkeää tunnistaa eri haavatyypit ja niiden syntytyyppi, jotta hoito voidaan toteuttaa

sen vaatimalla tavalla. On tutkittu, että terveydenhuollossa esimerkiksi painehaavoista yli puolet jäävät tunnistamatta, minkä seurauksena hoitokustannukset nousevat ja asiakas joutuu kärsimään turhaan. (Kataja 2015.)

Vastaajat kokivat, että haavahoidon tärkeimmät osaamisalueet ovat haavan syntyvän tunnistaminen, haavan paikallishoito, haavan arviointi ja kirjaaminen sekä haavojen ennaltaehkäisy, jonka vaihtoehtoista olivat valinneet lähes puolet vastaajista. Haavojen ennaltaehkäisyä voidaan pitää haavojen hoidon tärkeimpänä osaamisalueena, koska sen avulla vältytään ylimääräisiltä kustannuksilta ja turhalta kärsimykseltä.

Yli puolet vastaajista kokivat, että heidän parhaiten hallitsevansa haavahoidon osa-alueet olivat haavan paikallishoito, aseptiikka, asiakkaan ohjaaminen sekä haavan arviointi ja kirjaaminen. Myös lähes puolet vastaajista olivat valinneet haavojen ennaltaehkäisyyn parhaiten hallittavaksi alueeksi. Asiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta on oleellista, että juuri nämä asiat hallittiin parhaiten, sillä kotihoidon ympäristössä työtä tehdään yksilöllisesti, mikä vaatii laaja-alaista osaamista.

Yli puolet vastaajista olivat valinneet heikoiten hallitsevukseen haavahoidon osa-alueeseen haavan syntyvän tunnistamisen. Kolmannes vastaajista koki haavakivun hoidon kehitettäväksi osa-alueeksi ja loput haavanhoitotuotteet ja niiden valinnan, haavan arvioinnin ja kirjaamisen sekä haavojen ennaltaehkäisyyn. Oli yllättävää, että heikoimmaksi osa-alueeksi oli valittu haavan syntyvän tunnistaminen, sillä yli puolet vastaajista kokivat tunnistavansa eri haavatyypit hyvin. Haavahoidon heikoiten hallittavien osa-alueiden tulokset tukivat parhaiten hallittavien osa-alueiden tuloksia, sillä haavan paikallishoitoa, aseptiikkaa ja asiakkaan ohjausta ei ollut valinnut kukaan vastaajista heikoimmiksi osa-alueikseen.

Vastaajista yli puolet kokivat hallitsevansa haavahoidon kokonaisuutena erittäin hyvin tai hyvin. Vain kaksi vastaajaa koki haavahoidon hallinnan olevan keskinkertaista. Haavahoidon kokonaisuuden hyvin hallitsevat perustelivat asian pitkällä työkokemuksella sekä omalla mielenkiinnolla haavahoitoon. Oma kiinnostus haavahoitoon varmasti lisää vastaajien halua kehittää omaa osaamistaan sekä tietoperustaa. Keskinkertaisesti haavahoidon hallitsevien mielestä haavanhoitotuotteiden valinnan vaikeus vaikeutti haavahoidon kokonaisuuden hallitsemista. Haavanhoitotuotteiden lisäkoulutuksella voitaisiin kehittää haavahoidon keskinkertaisesti hallitsevien osaamista.

9.1.3 Haavahoidon yhtenäisyys

Haavahoito on moniammatillista yhteistyötä, jonka käytäntöjen ja ohjeiden tulisi olla yhtenäisiä. Yhtenäisiä käytäntöjä tulisi erityisesti olla hoitolinjat, haavan paranemisen arviointi sekä kirjaaminen. (Kinnunen 2007.) Kotihoidon haavahoitokäytänteitä piti yhtenäisinä vain kaksi vastaajista. Toisen vastaajan mielestä käytänteet ovat samanlaiset heidän omassa työyhteisössään ja toinen perusteli vastauksensa sillä, että hoito perustuu aina lääkärin diagnoosiin. Loput vastaajista kokivat, etteivät käytänteet ole yhtenäisiä. Vastaajien perustelut olivat yhtenäisiä, joista eniten esille nousi

yhtenäisten ohjeistusten puuttuminen ja hoitajien taitojen sekä tapojen vaihtelevuus. Myös haavanhoitotuotteiden valinnan vaikeus asiakkaan varallisuudesta riippuen oli mainittu syyksi.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoitoon tarvittaisiin selkeät ohjeistukset haavahoidon toteutuksesta. Hoitajien taidot ja tavat pitäisi myös saada yhtenäisemmiksi, jotta asiakkaan haavojen hoito ei muuttuisi kesken hoitoprosessin. Kotihoidon henkilökunta hyötyisi haavanhoitotuotteiden ajantasaisen tiedon päivytyksestä, jotta he tietäisivät mitä tuotteita heidän kannattaisi suositella asiakkaille ja mitkä ovat kullakin hetkellä markkinoiden edullisimmat tuotteet.

Vastaajat olivat samaa mieltä siitä, millä keinoin kotihoidon haavahoitoa saataisiin kehitettyä. Yli puolet vastaajista toivoivat yhtenäisiä käytäntöjä ja henkilökunnan lisäkoulutusta haavahoidosta. Myös lähes puolet vastaajista haluaisivat ajantasaiset haavahoito-ohjeet, joita he voisivat noudattaa. Yhtenäisiä käytäntöjä ja ajantasaisia haavahoito-ohjeita voitaisiin suositella kotihoidolle, sillä niiden avulla haavojen hoidon laatu kehittyisi. Niiden avulla myös kustannukset ja asiakkaan hoidon kesto voisivat pienentyä, sillä kaikki noudattaisivat samoja ohjeita, jolloin hoidon yhtenäinen jatkuvuus olisi turvattu.

9.1.4 Lisäkoulutus

Kotihoidon henkilökunta osallistuu aktiivisesti haavahoidon lisäkoulutukseen ja ovat kiinnostuneet päivittämään tietojään ja taitojään. Vastaajista yli puolet olivat osallistuneet johonkin haavahoidon lisäkoulutukseen alle vuosi sitten, alle kolmannes 1—5 vuotta sitten, yksi henkilö yli 5 vuotta sitten ja yksi ei lainkaan.

Haavahoidon lisäkoulutusta haluttiin kaikilta osa-alueilta, jotka olivat vaihtoehtoina kyselytutkimuksessa. Vaihtoehtoista eniten esille nousivat haavatyypin tunnistaminen ja haavanhoitotuotteet ja niiden valinta. Tuloksista käy ilmi, että jälleen kerran näistä kahdesta aihealueesta haluttiin lisäkoulutusta ja ne selvästi koetaan haavahoidon kokonaisuuden haastavimpina osa-alueina. Vähiten lisäkoulutusta koettiin tarvitsevan asiakkaan ohjauksesta, haavan arvioinnista ja kirjaamisesta sekä aseptiikasta. Kyselytutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon henkilökunnalla on hyvä osaaminen haavahoidon kirjaamisesta ja asiakkaan ohjauksesta, joten ei ollut yllättävää, ettei näistä aihealueista koettu tarvittavan lisäkoulutusta.

Kaikki vastaajista halusivat saada lisäkoulutusta haavahoidosta. Oli myönteistä, että kaikki kokivat lisäkoulutuksen tärkeäksi ja he olivat kiinnostuneet saamaan sitä useista eri osa-alueista. Eniten lisäkoulutusta haluttiin saada haavanhoitotuotteista. Tämä johtui varmasti siitä, että uusia haavanhoitotuotteita tulee markkinoille jatkuvasti ja asiakkaiden varallisuuden takia haavahoitoon käytettävät tuotteet vaihtelevat laajasti. Vastaajat kokivat haavahoidon lisäkoulutuksen oleelliseksi, koska he olivat kiinnostuneet kertaamaan haavahoidon tärkeitä asioita, erityisesti haavojen paikallishoitoa ja eri haavatyyppejä. Myös muista haavahoidon osa-alueista oli kiinnostuneita saamaan lisäkoulutusta.

Tuloksien perusteella voidaan päätellä, että haavahoidon lisäkoulutus on erittäin tarpeellista ja työntekijät ovat kiinnostuneita osallistumaan siihen. Kyselytutkimuksen vastauksien perusteella lisäkoulutuksen tärkein aihealue tulisi olla haavanhoitotuotteet ja niiden valinta, mutta haavahoitoa olisi myös hyvä tarkastella laajasti kokonaisuutena.

9.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa mitataanko tutkimuksessa sitä, mitä on alun perin ollut tarkoitus mitata ja reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Validiteettia on hankala tarkastella jälkeenpäin, minkä takia tutkimukselle tulee olla asetettu täsmälliset tavoitteet jo ennen sen suorittamista. Huolellinen suunnittelu ja tarkka tiedonkeruu on siis varmistettava etukäteen. Kyselylomakkeen kysymykset tulee mitata oikeita asioita sekä kattaa tutkimusongelmat. Validiteettia lisäävät myös korkea vastausprosentti, tarkka perusjoukon määrittely sekä edustava otos. (Heikkilä 2014, 27.) Tämän opinnäytetyön kyselylomake vastasi tutkimuskysymyksiin, joten kyselylomake mittasi haluttua asiaa. Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin teoreettisen osan valmistuttua, jolloin ne perustuivat teoreettisen osan sisältöön. Kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin helposti ymmärrettäviksi ja yksinkertaisiksi.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Luotettavuuteen vaikuttaa siis sattuman vaikutus tuloksiin, otoksen koko sekä mittareiden valinta ja mittaamiskohteen soveltuvuus kyseiseen mittaamiseen. Mittauksen taustamuuttujia kuten ikää ja koulutusta ei luotettavuuden arvioinnissa yleensä tarkastella. (Valli 2015, 139, 142.) Tämän opinnäytetyön otoskoko oli 27, jonka tarkoituksena oli saada tutkimukseen vähintään 10 vastausta. Otoskoko oli niin suuri kuin tutkimuksen aikarajalla oli mahdollista saada. Tutkimukseen saatiin 11 vastausta, jolloin vastausprosentin tavoite täyttyi. Työn tuloksia voidaan siis pitää luotettavina vastausprosentin perusteella.

Opinnäytetyön kyselylomake esitestattiin opintopiiriryhmällä (n=6), jonka vastausprosentti oli 100 (n=6). Esitestauksen palautteen perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset, jolloin kyselylomakkeen luotettavuus ja ymmärrettävyys parantuivat.

Kyselytutkimus oli avoinna kaksi viikkoa, jonka aikana vastauksia saatiin yhteensä 11 kappaletta eli 40. Vastausprosenttiin vaikutti muistutusviesti, jonka työelämän yhteyshenkilö lähetti tutkimukseen osallistuville henkilöille vastausajan puolesta välissä. Ilman muistutusviestiä vastausprosentti olisi todennäköisesti ollut pienempi.

Sähköisen kyselytutkimuksen kysymykset käsittelivät vastaajien omia kokemuksia ja mielipiteitä. Vastaajat eivät siis voineet etsiä vastauksia esimerkiksi internetistä vaan ne perustuivat heidän omiin ajatuksiinsa. Tämän

vuoksi voidaan todeta, että vastaajat vastasivat kysymyksiin luotettavasti oman näkemyksensä mukaan, jota kyselytutkimuksen vastaajilta toivottiin.

9.3 Eettisyys

Tutkimukseen osallistumisen tulee noudattaa itsemääräämisoikeutta eli vapaaehtoisuutta ja riittävää tiedon saantia tutkimuksesta. Tutkittavan tulee antaa suullinen tai kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Myös haastattelupyyntöön myöntyminen tai kohteliaaseen kyselyyn vastaaminen voidaan tulkita suostumuksena. Tutkittavalla tulee lisäksi olla mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen haluamassaan vaiheessa. Tutkittavan tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, johon kuuluu tutkijan tiedot, tutkimuksen aihe, osallistumisen vapaaehtoisuus, aineiston keruutapa ja ajankulu sekä kerättävän aineiston käyttö, säilytys ja jatkokäyttö. (Tampereen yliopisto n.d.)

Saatekirjeen tarkoituksena on selventää tutkittaville tutkimuksen luonne, aineiston säilyttäminen ja tulosten julkaiseminen. Tutkittavien tulee tietää, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siihen osallistuminen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.) Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksen saatekirjeessä (Liite 1) kerrottiin tutkimuksen tausta ja tarkoitus sekä tutkimustulosten hyödyntäminen. Saatekirje sisälsi myös kohdan, jossa kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen vastaamalla henkilö antaa suostumuksen osallistua tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistuminen oli nimetöntä ja vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyi, koska kyselylomakkeessa ei kysytty henkilötietoja eikä siihen vastanneita voitu tunnistaa heidän vastauksensa perusteella. Tutkimukseen osallistuvat pystyivät keskeyttää kyselyn täyttämisen halutessaan ennen vastausten lähettämistä. Kyselytutkimuksen aineisto säilytettiin opinnäytetyön valmistumiseen asti, jonka jälkeen ne tuhottiin asianmukaisesti.

9.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon henkilökunnalla on hyvää osaamista haavojen hoidosta, mutta kotihoidossa ei juurikaan ole käytössä yhtenäisiä haavahoito käytänteitä. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että haavahoidon lisäkoulutukselle on tarvetta. Lisäkoulutuksen olisi hyvä sisältää ajantasaista tietoa haavanhoitotuotteista sekä haavojen perushoidon kertausta. Lisäkoulutuksen avulla kotihoidon haavahoitokäytännöt voisivat yhtenäistyä, mikä parantaisi asiakkaiden haavojen hoidon laatua.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia lisäkoulutuksen vaikuttavuutta kroonisten haavojen hoidon osaamisessa kotihoidon ympäristössä. Lisäksi voisi myös tutkia kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä kroonisten haavojen hoidon toteuttamisesta.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. (2013). *Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. 1.—3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (2010). *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. 6. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L. & Vihunen, R. (2015). *Hoitamalla hyvää oloa*. 18. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Brown, G. (2006). *Wound Documentation: Managing Risk*. Vol. 19 N. 3. Sivut 155—165.

Diabeetikon jalkaongelmat: Käypä hoito -suositus (2009). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkarineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 18.1.2017 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50079>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2015). *Haava ja ravitseminen – ohje ravitsemuksen parantamiseksi kun haava ilmaantuu tai se ei parane*. Haettu 30.08.2016 osoitteesta http://www.epshp.fi/files/7539/haava_ja_ravitseminen.pdf

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntaryhmä (2014). *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Haavanhoito-opas*. 13.

Ewma Document. (2014). Home Care-Wound Care. Overview, Challenges and Perspectives. *Journal of wound care*. Vol. 23. No 5. Haettu 08.07.2016 osoitteesta http://www.wcs-belgie.be/wp-content/uploads/2015/05/EWMA_HomeCare-WoundCare_May2014.pdf

Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. (2009). *Ihmisen fysiologia*. 1—4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkilä, T. (2014.) *Tilastollinen tutkimus*. 9. uud. p. Porvoo: Bookwell Oy.

Hietanen, H., Iivainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. (2002). *Haava*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. (2007). *Hoitotyö kotona*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Iivainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. (2010). *Sairauksien hoitaminen: terveyttä edistäen*. Helsinki: Tammi.

Iivainen, A. & Syväoja, P. (2012). *Hoida ja kirjaa*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ikonen, E-R. (2015). *Kehittyvä kotihoito*. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy.

Jalonen, L. & Ylönen, M. (2016). Haavakartoitus paljasti koulutustarpeet. *Sairaanhoitaja* 7/2016.

Juutilainen, V. (2011). Likaisen haavan hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 127 (13), 1366—1367. Haettu 30.08.2016 osoitteesta http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL_6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99639

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) (2012). *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kallio, H. (2011). *Ohjeita haavapotilaiden hoitoon*. Haettu 30.08.2016 osoitteesta http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PHSV-j3jb7gJ:ohjepankki.vsshp.fi/fi/dokumentit/32703/Kroon%2520ja%2520ak_uutti%2520haavanhoito-opas%2520uusin%2520_3_.pdf+&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=safari

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. (2009). *Mikrobit hoitotyön haasteena*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kataja, P. (2015). Painehaava jää usein tunnistamatta. Haettu 29.5.2017 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/painehaava-jaa-usein-tunnistamatta/>

Kinnunen, U.-M. (2007). *Rakenteinen tieto haavahoidon kirjaamisessa*. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Haettu 29.05.2017 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20090008>

Kiura, E., Reiman-Möttönen, P. & Mäkelä, M. (2012). *Haavanhoito potilaan kotona sairaalan ja kotisairanhoidon yhteistyönä*. Arviointiseloste 3/2012. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 02.11.2016 osoitteesta http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_3_2012_Haavanhoito.pdf

Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 2.9.2016 osoitteesta

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50058>

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntaryhmä (2015). *Ravitsemus osana haavanhoitoa potilasohje*. Haettu 31.08.2016 osoitteesta <http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Ravitsemus/041115%20Ravitsemus%20osana%20haavanhoitoa.pdf>

Kyngäs, H. & Hentinen, M. (2008). *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyvyt.fi (n.d). Minustako terveydenhoitaja kotihoitoon? Haettu 04.05.2017 osoitteesta <https://kyvyt.fi/group/sairaanhoito-ja-terveydenhoito/terveydenhoitaja5>

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. (toim.) (2008). *Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit*. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 2. uusittu painos. Haettu 31.08.2016 osoitteesta https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2007). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lääkäriliitto (2017). Haavanhoito. Haettu 02.11.2016 osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/haavanhoito/>

Ojala, A. (2014). *Haavakipu*. PowerPoint-esitys. Haettu 19.01.2017 osoitteesta

<http://www.ksshP.fi/download/noname/%7B5FED9470-F26C-4F5A-8A2B-30F6E37949C1%7D/51262>

Pajunen, S. (2012). *Aika muuttaa ihoa*. Iholiitto. 2. uudistettu painos. Haettu 03.04.2017 osoitteesta

http://www.allergia.fi/site/assets/files/18703/iholiitto_aika_muutta_ihoa_netti.pdf

Pulkkinen, N. (n.d.). Haavan paikallishoito. PowerPoint-esitys. Haettu 30.08.2016 osoitteesta

https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/23402_Nina_P.HAAVAN_PAIKALLISHOITO_oulu_4_11ei_kuvia.ppt

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2013). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 1.—2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. (2013). *Lääkehoidon käsikirja*. 1.—2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarelma, O. (2016). Haava. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 06.04.2017 osoitteesta

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00215

Sand, O., Sjastaad, Ø., Haug, E. & Bjålie, J. (2015). *Ihminen Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Silius, K. (2005). Sisällönanalyysi. Haettu 24.05.2017 osoitteesta

http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius150405.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö (n.d.). Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Haettu 03.04.2017 osoitteesta <http://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido>

Suomen haavanhoitoyhdistys Ry. (2011). Avoimen haavan VPKM-väri luokitus helpperi. Haettu 08.07.2016 osoitteesta

http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Suomen haavanhoitoyhdistys Ry. (2017). Haavahoidon asiantuntija – erikoistumiskoulutus 30 op. Haettu 03.04.2017 osoitteesta

http://www.shhy.fi/site/assets/files/1158/haavahoidon_asiantuntija_30_op_20_9_-24_5_2018_1.pdf

Suomen haavanhoitoyhdistys Ry. (n.d.a). *Haavahoitotuotteiden saatavuus Suomessa – Selvitys vuosina 2006-2007*. Haettu 06.04.2017 osoitteesta

<http://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haavahoitotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf>

Suomen haavanhoitoyhdistys Ry. (n.d.b). Koulutus. Haettu 03.04.2017 osoitteesta <http://www.shhy.fi/koulutus/>

Suomen verisuonikirurginen yhdistys. (n.d.a). Infektoitunut haava. Haettu 03.04.2017 osoitteesta <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/infektoitunut-haava/>

Suomen verisuonikirurginen yhdistys. (n.d.b). Painehaava. Haettu 18.01.2017 osoitteesta <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>

Tampereen yliopisto (n.d). Eettiset periaatteet. Haettu 23.05.2017 osoitteesta <http://www2.uta.fi/tutkimus/tutkimuksen-etiikka/eettiset-periaatteet>

Tilastokeskus (2015). *Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä*. Haettu 02.11.2016 osoitteesta

http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Valli, R. (2015). *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen*. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valvira (2017). Ammattioikeudet. Haettu 21.04.2017 osoitteesta <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Viljamaa, J. & Vaalasti, A. (2014). Krooninen alaraajahaava. *Duodecim Terveyskirjasto*. Käyvän hoidon potilasversiot. Haettu 30.08.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00068&p_haku=haavanhoitotuotteet#s6

Wound Care Centers (n.d.). Wound Pain: How To Manage It. Haettu 19.01.2017 osoitteesta <http://www.woundcarecenters.org/article/living-with-wounds/wound-pain-how-to-manage-it>

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja

Olen Hämeen ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Haavahoidon osaaminen kotihoidossa”. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Hämeenlinnan kaupungin kotihoito.

Toteutan kotihoidon työntekijöille kyselytutkimuksen kroonisten haavojen hoidon osaamisesta. Kyselytutkimus on osa opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on kroonisten haavojen hoitotyön kehittäminen ja lisäkoulutuksen tarpeen sekä sisällön arvioiminen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivottavaa kyselytutkimuksen pienen perusjoukon takia. Tutkimuksen tuloksista raportoidaan valmiissa opinnäytetyössä kevään 2017 aikana.

Tutkimus toteutetaan sähköisellä Webropol-kyselyllä. Kyselyyn vastaaminen on mahdollista 26.4-10.5.2017 välisenä aikana. Kysely sisältää 22 kysymystä, joihin vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia. Kyselyssä on myös muutama avoin kysymys, joihin vastataan omin sanoin. Kyselyssä ei kerätä henkilötietoja eikä kyselyyn vastanneita yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa. Kyselystä saatua aineistoa käsittelee vain opinnäytetyön tekijä ja tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Kyselyyn vastaamalla annatte tietoisesti suostumuksenne osallistumisesta tutkimukseen.

Suora linkki kyselyyn:

<https://link.webpolsurveys.com/S/B20DC96818E5A6B3>

Mikäli haluatte saada lisätietoja tutkimuksesta, voitte laittaa sähköpostia alla olevaan yhteystietoon. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin lisäkysymyksiin.

Kiitos etukäteen tutkimukseen osallistumisestanne ja käyttämästä ajastanne!

Yhteistyöterveisin

Nina Niemi
Terveydenhoitajaopiskelija
Hämeen ammattikorkeakoulu, Hämeenlinna
nina.vi.niemi@student.hamk.fi



KYSELYLOMAKE

Kyselytutkimus

Tämä kyselytutkimus käsittelee kroonisten haavojen hoidon osaamista kotihoidossa. Kysely sisältää 22 kysymystä, joihin vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia. Pyydän sinua vastamaan kysymyksiin huolellisesti oman kokemuksesi mukaan. Kysymysten perään on merkitty jos vastaukseen voi valita useamman vastausvaihtoehdon.

1. Ikäsi _____ vuotta
2. Kuinka kauan olet ollut töissä hoitoalalla?

3. Kuinka kauan olet ollut töissä kotihoidossa?

4. Kuinka usein hoidat työssäsi haavoja?
 - a. Päivittäin
 - b. Viikoittain
 - c. Kuukausittain
 - d. Satunnaisesti
5. Millaisia haavoja hoidat työssäsi? (Valitse yksi tai useampi)
 - a. Painehaavoja
 - b. Alaraajahaavoja
 - c. Kirurgisia haavoja
 - d. Diabeettisia haavoja
 - e. Infektoituneita haavoja
 - f. Akuutteja haavoja
 - g. Muita, mitä?

6. Mitkä asiat kirjaat haavahoidon toteuttamisesta? (valitse yksi tai useampi)
 - a. Haavan haju
 - b. Haavan kipu
 - c. Haavan ulkonäkö
 - d. Haavan koko
 - e. Haavan sijainti
 - f. Tehdyt hoitotoimenpiteet
 - g. Käytetyt haavahoitotuotteet
 - h. Jokin muu, mikä?

7. Käytätkö työssäsi VPK-M haavojen väriluokitusta?
 - a. Kyllä
 - b. En
8. Mitä haavanhoitotuotteita käytät työssäsi eniten?



9. Kuinka hyvin koet tunnistavasi eri haavatyypit?
- Erittäin hyvin
 - Hyvin
 - Keskinkertaisesti
 - Heikosti
 - En lainkaan
10. Mikä on mielestäsi alla olevista vaihtoehdoista tärkein haavahoidon osaamis-
alue? (valitse yksi)
- Haavan syntyvän tunnistaminen
 - Haavan paikallishoito
 - Haavanhoitotuotteet ja niiden valinta
 - Aseptiikka
 - Asiakkaan ohjaaminen
 - Haavakivun hoito
 - Haavan arviointi ja kirjaaminen
 - Haavojen ennaltaehkäisy
11. Mitkä haavahoidon osa-alueet koet hallitsevasi parhaiten? (valitse yksi tai use-
ampi)
- Haavan syntyvän tunnistaminen
 - Haavan paikallishoito
 - Haavanhoitotuotteet ja niiden valinta
 - Aseptiikka
 - Asiakkaan ohjaaminen
 - Haavakivun hoito
 - Haavan arviointi ja kirjaaminen
 - Haavojen ennaltaehkäisy
12. Mitkä haavahoidon osa-alueet koet hallitsevasi heikoiten? (Valitse yksi tai use-
ampi)
- Haavan syntyvän tunnistaminen
 - Haavan paikallishoito
 - Haavanhoitotuotteet ja niiden valinta
 - Aseptiikka
 - Asiakkaan ohjaaminen
 - Haavakivun hoito
 - Haavan arviointi ja kirjaaminen
 - Haavojen ennaltaehkäisy
13. Kuinka hyvin koet hallitsevasi haavahoidon kokonaisuuden?
- Erittäin hyvin
 - Hyvin
 - Keskinkertaisesti
 - Heikosti



- e. En lainkaan

14. Kuinka perustelet edellisen vastauksesi?

15. Onko mielestäsi kotihoidossa käytössä yhtenäiset haavahoitokäytänteet?

- a. Ei
b. Kyllä

16. Kuinka perustelet edellisen vastauksesi?

17. Millä tavoin kehittäisit kotihoidon haavahoitoa? (Valitse yksi tai useampi)

- a. Yhtenäiset käytännöt
b. Ajantasaiset haavahoito-ohjeet
c. Henkilökunnan lisäkoulutus haavahoidosta
d. Parempi ja laajempi tuotevalikoima
e. Jokin muu, mikä?

18. Oletko osallistunut haavahoitoon liittyvään lisäkoulutukseen?

- a. En koskaan
b. Alle 1 vuosi sitten
c. 1-5 vuotta sitten
d. Yli 5 vuotta sitten

19. Oletko osallistunut johonkin seuraavista haavahoidon koulutuksista? (Valitse yksi tai useampi)

- a. Valtakunnalliset Haavapäivät
b. Alueelliset koulutuspäivät
c. Kansainvälinen koulutus
d. Asiantuntijan erikoistumiskoulutus
e. En mihinkään vaihtoehtoista
f. Jokin muu, mi-
kä? _____

20. Mitkä haavahoitoon liittyvän lisäkoulutuksen aihealueet koet tärkeäksi? (Valitse yksi tai useampi)

- a. Haavatyypin tunnistaminen
b. Asiakkaan ohjaus
c. Haavan paikallishoito
d. Haavan arviointi ja kirjaaminen
e. Haavahoitotuotteet ja niiden valinta
f. Aseptiikka haavahoidossa



- g. Haavojen ennaltaehkäisy
 - h. Jokin muu, mikä?
-

21. Haluisitko saada lisäkoulutusta haavahoidosta?

- a. Kyllä
- b. En

22. Millaista haavahoidon lisäkoulutusta haluaisit saada?

