

HAAVANHOIDON OSAAMINEN OYS:N TRAUMATOLOGIAN OSASTOLLA 7

kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle

Hanne Kortsalo
Monica Vartiainen
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Hanne Kortsalo, Monica Vartiainen

Opinnäytetyön nimi: Haavanhoidon osaaminen OYS:n traumatologian osastolla 7, kyselytutkimus hoitohenkilökunnalle

Työn ohjaajat: Terttu Koskela, Nina Männistö

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2012

Sivumäärä: 57 + 13 sivua liitteitä

Haavanhoito on haasteellinen ja kansantaloudellisestikin merkittävä osa-alue terveydenhuollossa, ja väestön ikääntyessä sen merkitys tulee korostumaan. Haavanhoito kuuluu olennaisena osana hyvään hoitotyön perusosaamiseen. Haavanhoitotyön osaamista tarvitaan erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuollon toimipisteissä, sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

Opinnäytetyönämme tutkimme Oulun yliopistollisen sairaalan traumatologian osaston haavanhoidon osaamista. Osastolla toteutetaan vaativaa haavanhoitoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää haavanhoitoon osallistuvan hoitohenkilökunnan perusosaamista haavanhoidosta, arvioida haavanhoitotyön nykytilaa ja koulutuksen riittävyyttä, sekä tuoda esille haavanhoitoon liittyviä kehittämistarpeita. Tiedonkeruuvälineenä tutkimuksessa käytettiin teemoiteltua, puolistrukturoitua kyselylomaketta. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimustulosten mukaan haavanhoito osastolla 7 on monipuolista sekä asianmukaisesti ja kokonaisvaltaisesti toteutettua. Haavanhoito on luonteeltaan haastavaa ja vaatii hoitohenkilökunnalta laaja-alaista tietotaitoa. Haavanhoitotyö vaatii osastolla runsaasti resursseja. Haavanhoitoon panostetaan osastolla, ja se koetaan merkittäväksi hoitotyön osa-alueeksi. Hoitajat ovat motivoituneita haavanhoitoon, ja haluavat kehittää haavanhoitoa sekä omaa ammatillista osaamistaan. Kehittämistarpeina nousivat esiin lisäkoulutuksen ja perehdytyksen lisäksi aseptisen toiminnan tehostaminen ja haavanhoitotyön suunnitelmallisuuden parantaminen. Haavanhoitotyöhön kaivattiin myös entistä tarkempia toimintaohjeita sekä tietojen päivittämistä käytännön hoitotyössä.

Vastaavanlainen kyselytutkimus soveltuisi myös muiden Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikan vuodeosastojen haavanhoito-osaamisen kartoitukseen. Tulevaisuudessa haavanhoidon osaamiseen liittyvää tutkimustyötä voitaisiin laajentaa koskemaan myös sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon toimipisteisiin.

Asiasanat:

haavanhoito, traumatologia, kirurginen hoitotyö, ammatillinen osaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing, Option of Nursing

Authors: Hanne Kortsalo and Monica Vartiainen
Title of thesis: Wound Care Knowledge and Skills in Trauma Ward of Oulu University Hospital
Supervisors: Terttu Koskela and Nina Männistö
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012
Number of pages: 57 + 13 pages of appendices

BACKGROUND: Wound care is a growing and rapidly developing part of nursing and health care and it is going to play a more important role when population is ageing. Annually wound care expenses are high, and therefore knowledge of wound care should be of good quality. The Trauma Ward of Oulu University Hospital asked us to conduct a study about wound care skills in their ward.

AIM: The aim of this study was to get information about the state of wound care in the Trauma Ward. We examined how well educated the nursing staff in the Trauma Ward was as to wound care. Our target was also to find out the problems and development needs concerning wound care.

METHOD: In this study we used a qualitative method combined with quantitative features. The method to collect information about wound care skills was a questionnaire. The sample consisted of 25 nurses and practical nurses. The collected data was content analysed and quantitative data was categorized with the help of quantitative grading.

RESULTS: The Trauma Ward provided good-quality wound care that was performed properly and holistically. Wound care was paid special attention to and it was regarded as an important aspect of nursing care. The nursing staff was motivated to perform wound care and to develop both wound care and their professional competence. Among the development needs the staff mentioned further education, improvement of asepsis management, planning of more accurate guidelines and updating of the guidelines for everyday practice.

CONCLUSION: This study can help develop wound care and therefore add quality in surgical nursing and in wound care generally in specialized health care. Wound care plays a major part in surgical nursing and hence a similar study could also be executed in other surgical wards and healthcare centers.

Keywords: Wound care, nursing skills, qualitative research

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
JOHDANTO	5
1 HAAVANHOITO HOITOTYÖSSÄ	7
1.1 Haava ja sen paraneminen	8
1.2 Haavanhoidon perusteet	10
1.3 Ravitseminen osana hyvää haavanhoitoa	15
1.4 Haavakipu ja sen hoito	16
1.5 Akuutit traumaattiset ja kirurgiset haavat	18
1.6 Haavainfektiot	20
1.7 Kirjaaminen ja potilasohjaus haavanhoitotyössä	22
2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TYÖN TAVOITTEET	25
3 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSOTE	27
3.1 Tutkimusmenetelmät	27
3.2 Triangulaatio tutkimusmetodina	28
3.3 Tutkimuksen viitekehys	29
4 TUTKIMUSPROSESSIN ETENEMINEN	31
4.1 Tiedonantajat tutkimuksessa	31
4.2 Teemakysely	32
4.3 Tutkimusaineiston analysointi	33
5 TUTKIMUSTULOKSET	36
5.1 Haavanhoito hoitotyössä	37
5.2 Ammatillisuus haavanhoidossa	43
5.3 Haavanhoidon haasteet	45
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	49
7 POHDINTA	52
7.1 Eettisyyden ja luotettavuuden haasteet tutkimusprojektissa	52
6.1 Tutkimuksen arviointi	55
7.2 Opinnäytetyö prosessina	55
LÄHTEET	58

JOHDANTO

Haavanhoito kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää taloudellisesti: vuositasolla yksistään haavanhoitoon arvioidaan kuluvan noin 100–200 miljoonaa euroa. Hyvän haavanhoidon laiminlyönti lisää sairaalassa vietettyjä hoitopäiviä ja pitkittää toipumista. Kroonisten haavojen, kuten diabetekseen ja laskimosairauksiin liittyvien säärihaavojen sekä painehaavojen määrä lisääntyy nopeasti väestön ikääntyessä. (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009, 2187 – 2193.) Haavanhoidon tuoksellisuuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten koulutus, työkokemus, asenteet haavanhoitoa kohtaan sekä tutkitun tiedon hyödyntäminen ja suositusten noudattaminen hoitotyössä. Perusperiaatteita haavanhoidossa ovat moniammatillisen tiimin asiantuntijuuden monipuolinen käyttö, kokonaisvaltainen hoito sekä potilaslähtöisyys. (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2005, 27–28.)

Haavanhoitoon osallistuva hoitohenkilökunta kohtaa työssään monenlaisia ongelmia. Haavanhoitoon liittyvä välineistö sekä haavanhoitotarvikkeet ovat nykYTEknologian mukaisia, ja uusia tuotteita kehitetään jatkuvasti. Hoitotarvikkeiden osalta runsas valikoima voi olla ongelmallistakin. Mikäli uusien haavanhoitotuotteiden käyttöä ei hallita työssä, hoidon taso voi kärsiä. (Iivanainen & Seppänen 2008, 15–16.) Haavoja hoitavan henkilön tulee hallita haavanhoidon perusteet ja hoito-ohjeet erilaisille haavatyypeille. Taloudellinen taantuma heijastuu väistämättä myös käytännön hoitotyöhön ja henkilökuntaresursseihin. Hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus voivat häiriintyä useista syistä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä ja haavanhoito-ohjeiden yhteneväisyyttä tulisi kehittää. (Hietanen ym. 2005, 112–113.)

Opinnäytetyömme on luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus haavanhoitoon osallistuvalla henkilökunnalle. Idean haavanhoitoon liittyvästä opinnäytetyöstä saimme osasto 7:n osastonhoitajalta, Hanna Seppäselältä. Hän koki, että haavanhoitoa osana kirurgista hoitotyötä tulisi tutkia enemmän ja erityisesti osastolla 7 tarvitaan runsaasti tietotaitoa haavanhoidosta.

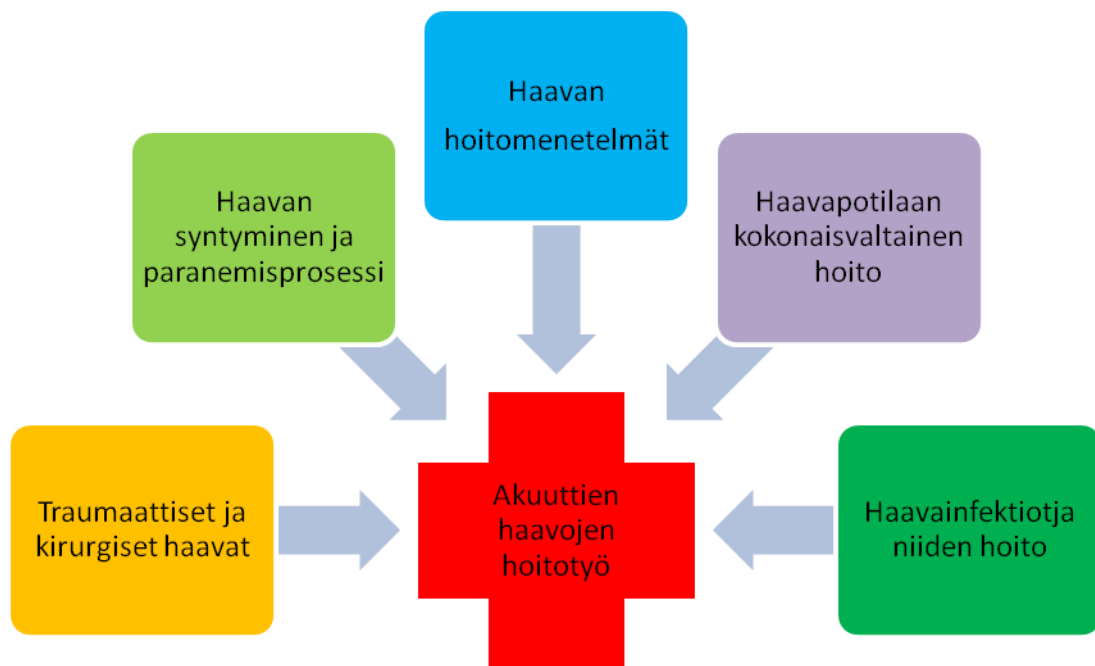
Haavanhoito traumatologisella osastolla on haastavaa. Potilaat kärsivät akuuteista traumaista, kuten murtumista ja ruhjeista. Näihin vammatyyppeihin sisältyvät usein suuret, helposti kontaminoituvat haavat, joiden tehokas hoitaminen heti hoidon alkuvaiheessa on ensiarvoisen tärkeää kuntoutumisprosessin käynnistämiseksi. Osastolla hoidetaan myös potilaita, joilla on vaikeiden avomurtumien, pirstalemurtumien ja murtumaan liittyvän pehmytkudosvamman vuoksi primäärinä

hoitomuotona murtuman ulkoinen kiinnityslaite (eksterni fiksaattori). Tämä asettaa haavojen hoitoon oman haasteensa. Haavanhoidon tason tuleekin olla osastolla korkea. Traumatologisen osaston hoitotyössä korostuu traumaperäisten vammojen hoidon lisäksi elektiivisten leikkauspotilaiden hoito. Potilaiden haavat hoidetaan primääristi ensiaputilanteessa, mutta infektoituneet traumaattiset haavat vaativat usein puhdistusleikkauksia sekä kudospuutosten korjausta ihonsiirteiden ja kielekkeiden avulla.

Haavanhoito osana sairaanhoitajan ammatinkuvaa on osa-alue, joka on kiinnostanut meitä molempia koko opintojemme ajan. Ennen lopullista aihevalintaa etsimmekin haavanhoitoon liittyviä opinnäytetyöideoita, ja valintamme oli selvä saatuumme aihe-ehdotelman osastolta 7. Koemme, että haavanhoito on merkittävä osa-alue etenkin kirurgisessa hoitotyössä ja väestön vanhetessa myös pitkäaikaissairaiden parissa sekä avo- että laitoshoidon piirissä. Halusimmekin tarttua tähän ajankohtaiseen aiheeseen. Suuntaudumme opinnoissamme sisätautikirurgiseen hoitotyöhön, joten opinnäytetyömme palvelee luonnollisesti syventäviä opintojamme. Tulevaisuudenhaaveenamme on suorittaa haavanhoidon erikoistumisopinnot ja tämän jälkeen työskennellä haavanhoidon ammattilaisina, auktorisoituna haavanhoitajina.

1 HAAVANHOITO HOITOTYÖSSÄ

Nykypäivänä haavanhoito on haasteellista sen nopean kehittymisen vuoksi. Tutkimus etenee ja muokkaa hoitosuosituksia, mutta teoria toteutuu käytännön hoitotyössä viiveellä. Ongelmana onkin usein se, että hoitohenkilökunnalla on paljon puutteita haavanhoidon eri osa-alueilla, joka johtuu yleensä ajan puutteesta, kehittämistarpeiden tiedostamattomuudesta, vähäisestä koulutusmahdollisuudesta sekä motivaation vähyydestä. Uusien haavanhoitotuotteiden käyttö voi olla puutteellista ja jopa virheellistä. Haavanhoito onkin parhaimmillaan ammattitaitoisen, moniammatillisen tiimin tekemää laadukasta hoitotyötä, jossa omaa osaamista tarkastellaan uusimman, näyttöön perustuvan tiedon ja koulutuksen avulla. (Iivanainen & Seppänen 2005, 27.)



KUVIO 1. Akuuttien haavojen hoitotyö

1.1 Haava ja sen paraneminen

Haavalla tarkoitetaan jonkin ulkoisen tekijän tai sairauden aiheuttamaa ihon vioittumista, kudosten puuttumista tai irtoamista toisistaan. Haavat luokitellaan haavan aiheuttajan, paranemisen ja iän perusteella. Näiden lisäksi haavat voidaan jakaa vielä kroonisiin ja akuutteihin haavoihin. Alle kuusi tuntia vanha haava luokitellaan akuutiksi. Haavan muotoon vaikuttaa sen aiheuttaja, kuinka syväle kudoksiin haava ulottuu, onko haava avoin tai kirurgisesti suljettu. Trauman tai leikkauksen seurauksena syntyy akuutti haava (vulnus), jonka ominaisuudet riippuvat haavatyypistä. Krooninen haava (ulcus) syntyy elimistön sisäisen sairauden esimerkiksi diabeteksen seurauksena tai hankauksen ja paineen seurauksena. Akuutti haava voi myös kroonistua seurauksena tai epätarkoituksenmukaisen hoidon seurauksena. Haavanhoidon suunnittelun ja arvioinnin tueksi on laadittu haavaluokituksia. Haavaluokituksia voidaan käyttää monessa eri tilanteessa ja ne on yleensä ilmaistu numeroina tai asteina. (Hietanen ym. 2005, 17–24.)

Suomen Haavanhoitoyhdistys Ry on laatinut suomenkielisen VPK-M-väriluokituksen, joka on laajassa käytössä sairaaloissa. VPK-M-haavaluokitus on väriluokitus, jonka on laatinut Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattilaisista koostuva ryhmä. Sen tarkoituksena on auttaa haavan luokittelussa ja arvioinnissa. Parhaiten se soveltuu avonaisen pinnallisen tai syvän pinnallisen, konservatiivisesti hoidettavan haavan arviointiin. Nimensä luokitus VPK-M saa sanoista vaaleanpunainen, punainen, keltainen - musta, joilla tarkoitetaan haavan pääasiallisen kudoksen väriä (vaaleanpunainen= epitelisaatiokudos, punainen= granulaatiokudos, keltainen= fibriinikudos ja musta= nekroottinen kudos). Haavaa tulee tarkastella väriluokituksen lisäksi myös muiden seikkojen, kuten infektion merkkien, erityksen ym. ominaisuuksien perusteella. (Hietanen ym. 2005, 23–24.)

Haavan paranemista voivat hankaloittaa syntymekanismien ja potilaasta itsestään johtuvien syiden lisäksi monet olosuhteisiin ja haavan pienympäristöön liittyvät osatekijät. Ei ole yhdentekevää, millainen potilaan yleisvointi on haavan sulkemisen ja kirurgisen operaation jälkeen. Lämpö- ja nestetasapainon sekä hyvän hapetustilan ylläpito edesauttaa myös haavojen paranemisprosessia. Infektiot, vierasesineet haavassa, hematoomat ja kudosturvotus sekä haavaympäristön vettyminen (maseraatio) ja esimerkiksi haavasidoksesta johtuva mekaaninen ärsytys hidastavat paranemisprosessin etenemistä. (Hietanen ym. 2005, 37–39.) Väitöskirjassaan lääketieteen tohtori Maria Söderström (Helsingin yliopisto 2011) on tutkinut kroonisesta alaraajaiskemiasta ja säärinhaavasta kärsivien potilaiden haavojen paranemisprosessia alaraajan verisuonten ohitusleikka-

uksen jälkeen. Tuloksissa hän toteaa, että haavojen parantuminen on haasteellista ja hidasta näillä potilailla usein taustasairauksista, kuten diabeteksestä johtuen.

”Normaali haavan paraneminen etenee ennustettavissa olevien vaiheiden kautta korvaten vaurion sidekudoksella, joka täyttää kudokset (kudospuutoksen) ja antaa kudokselle vetolujuuden”. (Alhava, Höckerstedt, Leppäniemi & Roberts 2010, 48). Haavan paranemisessa on yleensä havaittavissa kolme eri vaihetta: inflammaatio- eli tulehdusvaihe, proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaihe sekä maturaatio- eli kypsyysvaihe. Vaiheet ovat toisistaan riippuvaisia. Traumaattisen haavan paraneminen alkaa välittömästi, kun haava on syntynyt. Inflammaatio- eli tulehdusvaiheessa elimistö reagoi vaurioon. Tämän vaiheen tarkoituksena on suojella elimistöä suuremmilta vaurioilta ja puhdistaa haavaa kuolleelta kudokselta sekä vierasesineiltä. Tässä vaiheessa myös haavaeritteen määrä on runsainta. Haava tyrehtyy, kun verisuonet supistuvat ja verihiutalet tekevät haavan päälle suojaavan tulpan. Veri alkaa hyytyä ja syntyy rupi. Ulkoisesti haava voi muistuttaa infektoidunutta haavaa. Se ympäristöineen muuttuvat kuumoittaviksi ja punoittavat. Proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaiheessa solut lisääntyvät nopeasti. Tässä vaiheessa syntyy uutta sidekudosta, haavan reunat alkavat lähentyä toisiaan (kontraktio) ja epiteeli kasvaa yhteen. Tämä kertoo haavan paranemisprosessin alkamisesta. Maturaatio- eli kypsyysvaihe alkaa, kun haavassa on uusi sidekudos ja epiteelin kasvu on loppunut.

Haavan paraneminen kestää kuukausista vuosiin. Kypsyysvaiheessa arpikudos saavuttaa vetolujuuden (60–70 % alkuperäisestä). Kypsyneeseen haavaan ei palaudu kasvamaan takaisin iho- karvoja, tali- eikä hikirauhasia. Kaikkien haavojen paranemisprosessi ei noudata edellä kuvattua, vaan niiden paraneminen ja kudoksen uudistuminen voi komplisoitua syystä tai toisesta. Haavan paranemisessa erotellaankin 4 eri tapaa: primaari, viivästynyt primaari, sekundaarinen ja regeneratiivinen paraneminen. Primaarisessa paranemisessa (per primam intentionem I. PPI I. first intention) oletetaan että haavan reunat ovat tasaiset ja verestävät, haavan verenkierto on riittävä ja haava on puhdas, eikä sisällä kuollutta kudosta. Tällaisia haavoja ovat esimerkiksi leikkaushaavat, jotka on tehty aseptisissä olosuhteissa. Eritteitä ei voi kertyä mihinkään ihon kerrokseen, sillä kaikki haavan ihokerrokset on ommeltaessa laitettu vastakkain ja kiinnitetty ompeleihin. (Hietanen ym. 2005, 35.)

Viivästyneellä primaarisella paranemisella (delayed primary healing) tarkoitetaan sitä, ettei haava suljeta kirurgisesti heti sen synnyttyä. Siihen saatetaan laittaa löyhät ompeleet paikoilleen mutta haavaa ei suljeta. Haava suljetaan vasta, kun sen oletetaan paranevan primaaristi (PPI). Haavan sekundaarisessa paranemisessa (per secundam intentionem I. PSI I. second intention) leikkaushaava on esimerkiksi komplisoitunut ja auennut tai jouduttu avaamaan. Aukeamiseen voi olla syynä haavan infektoituminen tai epäonnistunut appositio, jossa ihokerrosten väliin on jäänyt ontelo tai useita onteloita. Regeneratiivinen haavan paraneminen tapahtuu epitelisaation kautta. Edellytyksenä kuitenkin on, että vain ihon epiteelikerros on rikkoutunut ja papillaarikerroksesta on vain osa vaurioitunut. Esimerkiksi dermikseen ulottuva abraasio (=kaavinta, pois raapiminen), ihonotto kohta sekä pinnalliset ensimmäisen ja toisen asteen palovammat ovat regeneratiivisia haavoja. (Hietanen ym. 2005, 35–36.)

Haavan paranemiseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten haavan sijainti, koko ja syvyys. Lisäksi myös paikallisiin tekijöihin luokitellut haavan lämpötila, infektio, repeäminen jne. vaikuttavat paranemisennusteeseen. Haavaa tutkittaessa kiinnitetään huomiota myös potilaan yleiseen tilaan ja lääkitykseen. Haavan sijainnilla on paranemisen kannalta suuri merkitys, koska eri puolilla kehoa on erilainen verenkierto. Haavan sijaitessa jollakin liikkuvalla alueella, kuten sormissa, jolloin haava repeää helposti uudelleen auki, on erittäin tärkeää pitää haava-alue liikkumattomana vaikka se onkin usein vaikea toteuttaa. Mikäli oletetaan haavan olevan infektoitunut tai yli kuusi tuntia vanha, se voidaan jättää avonaiseksi paranemaan ja odottamaan haavan myöhäissulkua. Sidokset vaihdetaan ja haava puhdistetaan päivittäin. Yleensä myöhäissulku tapahtuu 3–4 päivän kuluttua. Tyypillisiä avoimiksi jätettäviä haavatyyppejä ovat ampuma- sekä puremavammat sekä pahoin tulehtuneet haavat. Haavaeritteelläkin on merkityksensä haavan parantumisessa. Erite on kudostuotetta, joka sisältää runsaasti kasvuun vaikuttavia tekijöitä sekä ravintoaineita. Se pitää myös haavan pH:n paranemiseen sopivana. (Ahonen ym. 2001, 50–51.)

1.2 Haavanhoidon perusteet

Haavanhoidossa noudatetaan yleisiä varotoimenpiteitä, joihin kuuluvat suojakäsineiden käyttö, käsidesinfektio, suojainten käyttö, pistotapaturmien ennaltaehkäisy ja potilaan eristäminen tarvittaessa. Hoitoperiaatteisiin kuuluvia tekijöitä ovat aseptisen toiminnan toteutuminen, potilaan huomioiminen ja riittävä kivunhoito. Avointa haavaa hoidettaessa noudatetaan niin kutsuttua ”puhtausperiaatetta”, eli puhtaimmat haavat ja hoitotoimenpiteet tehdään ennen likaisia. Haavan hoidossa käytettävät välineet ovat tehdaspuhtaita (poikkeuksena alle 24 tuntia vanha leikkaus-

haavan jota hoidetaan steriilein välinein). Haavasidokset poistetaan atraumaattisesti. Puhdas haava suihkutetaan juomakelpoisella hanavedellä ja suojataan tarvittaessa sopivalla, haavan paranemisprosessia tukevalla haavasidoksella. Eritelisoitunut, erittämätön haava voidaan jättää avohoitoon. Nekroottisen mustan ja keltaisen haavan hoitamisessa pääperiaatteena on kuolleen kudoksen poisto ja hajottaminen mm. suihkutuksella ja haavanhoitotuotteilla. Puhdistuksen tukena voidaan käyttää myös vetyperoksidikuohutusta. (Iivanainen & Syvänoja 2008, 377, 502–503, 506.)

Haavan puhdistusmenetelmiä on useita. Radikaalein puhdistusmuoto on haavan kirurginen aukaisu. Revisiossa haavasta poistetaan nekroottinen kudos terveen ja sairaan kudoksen rajapintaan saakka, kirurgisessa eksisiossa haavan koko pinta uudistetaan. Mekaanisella puhdistuksella tarkoitetaan menetelmiä, jossa haavan pintaa käsitellään instrumentein, esim. kyretillä kauhomalla, vesipesuin ja ultraäänellä. Mekaaninen puhdistus voi tuottaa potilaalle kipua, joten haavaympäristön puudutus sekä kipulääkitys ennen toimenpidettä voivat olla tarpeellisia. Autolyttisessä puhdistuksessa elimistön omat proteiineja pilkkovat organismit pilkkovat solujätettä ja bakteerimassaa. Optimiolosuhteet autolyttiselle puhdistukselle luodaan käyttämällä hydrogeeliä. (Juutilainen & Niemi 2007, 981-7.) Entsyymaattisessa puhdistusmenetelmässä haavaan lisätään entsyymivalmiste, joka aktivoi kudoksen omaa entsyymintuotantoa tai vaikuttaa suoraan haavassa. (Hietanen ym. 2005, 74–77).

Haavanhoitoon liittyviä uusia tuotteita lanseerataan markkinoille teknologian kehittyessä, ja myös haavanhoidolliset hoitomenetelmät ovat kehittyneet huomattavasti. Vanhoja kansanperinteeseen kuuluvia parantamismenetelmiä on otettu uudelleen käyttöön tieteellisten tutkimusten osoittaman hyödyn tuloksena. Alipainehoito on lääkkeetön, fyysinen, aktiivinen haavansulkuteknikka, joka toteutetaan kontrolloidulla, paikallisella alipaineella. Haavanhoitolaitteeseen kuuluu mikroprosessoriohjattu imuysikkö, haavalle asetettava vaahtosidos, joka toimii väliaineena sekä polyuretaanikalvo, jonka avulla sidokset kiinnitetään ilmatiiviisti haavaan ja imuysikköön. Lisäksi laitteeseen kuuluvat imuletkut sekä haavaeritteen keräyssäiliö. Imu säädetään haavatyypin mukaan, ja se voi olla jatkuvaa tai jaksoittaista. Ennen alipaineimun asentamista haavan pohja tulee puhdistaa mekaanisesti, tarvittaessa revidoimalla. Hoito voi aiheuttaa kipua erityisesti sidoksia vaihdettaessa sekä imun aikana. Hyvästä kivunhoidosta tuleekin huolehtia. Alipaineimu vähentää kudosturvotusta, lisää haava-alueen verenkiertoa ja vähentää bakteerien määrää sekä stimuloi uudiskudoksen muodostumista ja poistaa haavaeritettä haavalta. Alipaineimu sopii hoitomuodoksi etenkin akuuteille traumahaavoille, kroonisille haavoille, suolifisteleille, avautuneille leikkaushaa-

voille sekä ihonsiirteille. Tyhjiöimun tarkoituksena on valmistella haavaa esimerkiksi ihonsiirtoa, kielekettä tai haavan myöhäissulkua varten.

Potilasvalinta alipaineimuhoidon varten tulee tehdä huolellisesti. Verenkierroltaan huonolle kudokselle tyhjiöimua ei kannata laittaa. Myös verenvuotohäiriöistä kärsivälle potilaalle hoito on vasta-aiheinen. Potilaan tulee olla hyvin yhteistyöhaluinen ja motivoitunut hoidon toteutukseen, joka voi olla kestoaltaan pitkä. Hoito on kallista ja aikaa vievää, mutta tulokset ovat tutkimusten mukaan varsin hyvät vaikeidenkin haavainfektioiden hoidossa. (Pukki 2007, 30–33.) Vuonna 2010 lääketieteen kandidaatti Antti Hakkarainen Helsingin yliopistosta selvitti tutkimuksessaan alipaineimun (VAC) käyttöä palovammapotilaiden hoidossa. Tulokset ovat varsin lupaavia: Hakkarainen toteaaikin pohdinnassaan alipaineimun olevan hyödyllinen lisä vaikeiden palovammojen hoidossa. Alipaineimuhoidon on ollut viime vuosina useiden kansainvälisten tutkimusten mielenkiinnon kohteena. Tutkimuksissa on vertailtu alipaineimun tehoa verrattuna perinteisempiin haavanhoitotekniikoihin (hydrogeelien ja alginaattien käyttö) säärihaavojen hoidossa (Ayala, Blume, Lantis, Payne, & Walters 2007). Myös uusia, kannettavia alipaineimulaitteita ja niiden käyttömukavuutta on selvitetty potilastutkimuksin. (Chang, Eichstadt, Fong Gorell, Hu, Lorenz & Munoz 2010; 22(9)).

HBO eli ylipainehoitoa annetaan potilaille, jotka kärsivät vaikeasta nekroottista kudostuhoa aiheuttavasta infektiosta. Hoito toteutetaan painekammiossa, jossa on 1.5-kertainen ilmanpaine normaalioloihin verrattuna. Hoitoa annetaan sarjamuotoisesti. Kiistatonta näyttöä hoidon tuloksellisuudesta on vähän. (Juutilainen ym. 2007, 982–7.)

Toukkahoito on hoitomuotona tunnettu jo 1500-luvulta lähtien, mutta suuressa suosiossa se oli 1900-luvun alun vuosikymmeninä. Nyt menetelmä on otettu uudelleen käyttöön. Hoito perustuu raatokärpästen toukkien käyttöön kuolleen kudoksen poistossa. Toukat kasvatetaan steriilisti, ja ne tilataan englantilaisesta tutkimussairaalarasta valmiiksi pussitettuna. Toukat syövät kuollutta kudosta harsopussin läpi, joka vaihdetaan 1–5 päivän välein. Ne eivät kykene syömään tervettä kudosta. Toukkien syljessä on antimikrobisia ominaisuuksia, ja toukkien on todettu tehoavan myös moniresistenttien bakteeri-infektioiden hoidossa. (Jokinen ym. 2009, 2187–2193.) Uudemman haavanhoitotekniikkaan on tutustunut myös Kati Villanen opinnäytetyössään ”Kärpästen-toukkien käyttö haavahoidossa” (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010). Opinnäytetyö on projektiluonteinen, jonka avulla tuotettiin opaslehtinen toukkahoidosta hoitohenkilökunnalle ja toukkahoidon saavalle potilaalle.

Puiden pihkaa on hyödynnetty sen antibakteeristen ominaisuuksien vuoksi jo muinaisessa Egyptissä. Pihkan sisältämät kasvihartsit sisältävät bakteeriosaattisia aineita, jotka kliinisten tutkimuksen mukaan tehoavat myös moniresistentteihin bakteerikantoihin (MRSA, VRE). Pihkahoidolla on saavutettu hyviä tuloksia vakavien painehaavojen ja säärihaavojen hoidossa. (Jokinen ym. 2009, 2187–2193.)

Haavanhoidossa huolellisen aseptisen toiminnan noudattaminen on tärkeää. Asianmukaisilla työmenetelmillä tavoitellaan hyvää hoitotulosta ja pyritään suojelemaan kudosta tai steriilejä materiaaleja kontaminaatiolta, jonka seurauksena potilas voi saada haavainfektion. (Iivanainen, Skarp & Alahuhta 2008, 25). Aseptisen toiminnan toteutumiseen haavanhoidossa on perehtynyt tutkimuksessaan Suvi Pispala. Opinnäytetyö kantaa nimeä ”Hoitajien aseptisen työskentelyn toteutuminen haavanhoidossa geriatrisessa osastoryhmässä”, (SAMK 2009). Myös Susanna Koskiranta sekä Annamajja Ollikainen Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ovat perehtyneet aseptiseen haavanhoitoon vuonna 2010 julkaistussa opinnäytetyössään Aseptinen haavanhoito, jossa DVD:n avulla ohjataan henkilökuntaa haavanhoidossa.

Haavanhoidon avulla paranemiselle luodaan hyvä paranemisympäristö, ja kehon omia paranemisnusteeseen vaikuttavia mekanismeja tuetaan mm. ravitsemuksen keinoin. Tärkeää laadukkaan haavanhoidon toteuttamisessa ovat oikean puhdistusmenetelmän sekä haavanhoitotuotteen valinta ja käyttö. Haavanhoitotuote valitaan haavan puhtauden, koon, sijainnin ja syvyyden mukaan. Valinnassa otetaan huomioon potilaan mahdolliset allergiat (esimerkiksi hopea- ja teippiallergia) sekä toivomukset. Runsaasti erittäviin haavoihin tarvitaan imevämpi sidos. Tuotteen valintaan vaikuttavat myös hoitavan lääkärin määräykset sekä hoitajan mieltymykset. Pro gradutyössään Heidi Hirvonen 2008 pohti haavanhoitotuotteiden valintaperusteita ja optimaalista käyttötapaa tutkielmassaan ”Tuotedokumentaation rooli hoitotyössä ja sen kehittämismahdollisuudet: erityistarkastelussa haavanhoitotuotteet”. Tutkimuksessa kävi ilmi, että haavanhoitotuotteiden kirjon kasvaessa korostuu helposti ymmärrettävien ja kätevästi saatavilla olevien ohjeiden tärkeys. Ongelmatilanteissa käyttöohjeista tarkastetaan tuotteen oikeanlainen käyttötapa. Haavanhoitotuotteiden kirjo on valtava, ja käytettävissä sidoksissa tulee ottaa huomioon myös taloudellisuus. Hyvä haavanhoitotuote edistää haavan paranemista ja se on helppo ja taloudellinen käyttää. (Iivanainen & Syväoja 2008, 499–508.)

Haavasidoksen tehtävänä on toimia haavan suojana, tyrehtyttää haavan verenvuotoa, hajottaa haitallista kudosta (kate, nekroottinen kudos) sekä imeä haavaeritettä. Sidos auttaa saavuttamaan optimaaliset olosuhteet haavan paranemisen kannalta sekä ehkäisemään ja hoitamaan haavainfektiota. On tärkeää, että pelkkä hyvä haavanhoitotuote ei korvaa haavan kokonaisvaltaista hoitoa ja puhdistusta. Nykyaikaiset, huipputeknologiaa edustavat hoitotuotteet hoitavat haavaa atraumaattisesti, ovat erityisen imukykyisiä ja sallivat kudoksen hengittämää. Haavasidosta valittaessa haava puhdistetaan ja tarkastellaan huolellisesti sen kunto ja mahdolliset häiriöt paranemisprosessissa. Haavasidokset jaetaan karkeasti aktiivisiin ja passiivisiin sidoksiin. Passiivisia ovat sideharso- ja kuitutaitokset, haavatyyny, rasvalaput ja silikoniverkkosidokset. Niiden päätehtävänä on tyrehtyttää verenvuotoa, imeä haavaeritettä ja suojata haavaa. Aktiivisiin ja haavaa aktivoiviin sidoksiin luetaan kuuluviksi interaktiiviset sidokset, kasvutekijävalmisteet ja vaikuttavaa ainetta, esimerkiksi sulfadiatsidia, hiiltä tai hunajaa sisältävät sidokset. Interaktiivisia sidoksia ovat mm. hydrokolloidit, hydrogeelit, alginaatti- ja polymeerivaahtosidokset. Ne ylläpitävät haavalla kosteustasapainoa ja sopivaa homeostaasia, edistävät solujen uudismuodostusta, neovaskularisaatiota ja proliferaatiota. Ne toimivat hengittävinä suojina, hajottavat kuollutta kudosta ja imevät eritettä haavalta. Haavasidoksesta riippuen se vaihdetaan päivittäin tai annetaan olla paikallaan kunnes sen imukyky täyttyy. Tämä on tärkeää muistaa, jottei sidoksia vaihdettaisi liian usein käytettäessä sidoksia, joiden teho perustuu niiden pitkään vaikutusaikaan haavapinnalla. (Hietanen 2007, 29–31.) Ansa Iivanainen sekä Salla Seppänen ovat julkaisseet haavanhoitotuotteista käsikirja-tyyppisen hakuoppaan, *Vulnus Fennican*, josta vuonna 2009 on ilmestynyt toinen, uusittu painos. *Vulnus Fennica* esittelee yleisimmät haavanhoitotuotteet tuotetyypeittäin ja ohjaa oikeanlaisen haavanhoitotuotteen valinnassa.

Haavanhoidossa säännöllinen tarkastus ja hoitomenetelmien arviointi on ehdottoman tärkeää hyviin hoitotuloksiin pääsemiseksi. Haavojen tarkasteluun on olemassa monenlaisia välineitä ja mittaareita, joiden avulla tarkastellaan haavan paranemisprosessin vaihetta ja mm. erotellaan puhtaat ja likaiset haavat toisistaan. Hoitotyössä haavaa voidaan arvioida useilla tavoilla silmämääräisesti tutkien, mittaamalla haavan syvyyttä, kokoa jne. sekä valokuvaamalla. Tarkistuksen yhteydessä on hyvä laittaa merkille käytetyt hoitotuotteet ja haavasidokset sekä pohtia hoitomenetelmän riittävyyttä haavan nykytilanteessa. (Hietanen ym. 2005, 51–59.)

1.3 Ravitseminen osana hyvää haavanhoitoa

Haavanhoidossa ravitsemuksen rooli on suuri normaalia paranemisprosessia tukevana tekijänä. Haavan syntyminen elimistöön aiheuttaa muutoksia aineenvaihduntaan. Haavan paraneminen lisää energian ja happivarastojen kulutusta. Kudosvaurion korjaukseen keho tuottaa tarvitsemansa rakennusaineet. Tähän tarvitaan erityisesti proteiineja ja kaloripitoista energiaa soluaineenvaihduntaan. Runsaasti erittävien haavojen mukana menetetään kehon proteiinivarastoja haavaeritteeseen. Haavaerityksen määrä vaikuttaa kehon nestetasapainoon. Haavapotilaan päivittäinen proteiinintarve vaihtelee 1,5–3 g/kg ja kokonaisenergian tarve on noin 30–35 kcal/kg. (Ellis, Fazio, Rice, Sussman & Woodward, World of wounds, 9-10.)

Riittävän energian saannin ja proteiinivarastojen täydentymisen lisäksi haava vaatii parantuakseen erityisesti aminohapoista L-arginiinia, joka on mukana vahvistamassa elimistön immuunipuolustusjärjestelmää sekä edistää kollageenisynteesiä. Plasman proteiineista erityisesti veren albumiinitason tulee olla riittävä. Hyvä albumiinitaso ennaltaehkäisee kudosturvotusta. Rasvoja elimistö tarvitsee energian lähteenä kalvorakenteiden rakennusaineiksi sekä hormonisynteesiin. Suojaravintoaineista tärkeä rooli on haavan paranemisprosessissa erityisesti sinkillä, raudalla sekä A-, B-, C-, ja E-vitamiineilla. (Hietanen ym. 2005, 45.) Potilaan ravitsemuksen turvaamisessa voidaan käyttää erilaisia täydennysravintovalmisteita, kuten esimerkiksi Cubitan®, joka on kehitetty erityisesti haavapotilaan tarpeita ajatellen. (Ellis ym. World of wounds, 9, 12–13.)

Haavapotilaan ravitsemustila täytyy arvioida huolellisesti, jotta vajaaravitsemukselta vältytään. Ravitsemuksen huomiotta jättäminen vaikuttaa koko hoitoprosessiin. Potilaan ravitsemustottumukset tulisi selvittää ja arvioida vajaaravitsemuksen riskitekijät. Riskitekijät ovat muun muassa alhainen BMI, suppea ruokavalio, tahaton laihtuminen sekä huono ruokahalu ja motivaation puute hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen. Pahoinvoivalla ja oksentavalla potilaalla ravitsemuksen toteuttaminen optimaalisesti on haasteellista. Riskiryhmässä ovat myös aliravitut potilaat ja kroonisista sääri- tai painehaavoista kärsivät. Potilaan ravitsemustilaa voidaan arvioida erilaisin mittarein ja testein sekä laboratoriotutkimuksien perusteella. Näiden pohjalta tulisi potilaalle suunnitella hyvä ja kattava ravitseminen, joka edistää haavan paranemisprosessia. (Ellis ym. World of wounds, 4-8.)

Hoitajan rooli ravitsemuksen tukijana on merkittävää. Ravitsemuksen toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä perustietoja ravinnon vaikutuksesta haavanhoitoon. Hoitotyössä tulisikin käsitellä ravitsemusta prosessina, jolla pyritään potilaan hyvinvoinnin edistämiseen. Päivittäisessä hoitotyössä on tärkeää tukea potilaan ravitsemusta, arvioida päivittäin sen toteutus ja riittävyys ja kirjata huolellisesti potilasasiakirjoihin. (Jäntti 2007, 32–33.)

1.4 Haavakipu ja sen hoito

Haavan syntyminen on kudოსvaurio, johon kipu kuuluu fysiologisena reaktiona. Haava aiheuttaa elimistöön kudოსvaurion ja solutuhoa, jonka seurauksena kipureseptorit aktivoituvat. (Holmia ym. 2008, 70) Kansainvälinen kipuyhdistys IASP (International Association for Study of Pain) määrittelee kivun seuraavasti: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy todellinen tai potentiaalinen kudოსvaurio tai jota kuvataan tällaisen vaurion kautta”. Kipu voidaan jakaa nosiseptiseen, kudოსvauriosta varoittavaan kipuun sekä neuropaattiseen, hermovauriokipuun. (Wound pain assessment rationale 2005, 1-2.)

Kivun aistimisen lisäksi kiputila aiheuttaa muutoksia autonomisen hermoston, sydän- ja verenkiertoelimistön sekä psyyken toimintoihin. Kärsiessään kivusta ihmisen hengitysfrekvenssi suurenee, syketaajuus kasvaa ja verenpaine nousee. Perifeeriset suonet supistuvat. Ulkoisina merkkeinä esiintyy kalpeutta, tärinää ja palelua. Potilas voi olla pahoinvoiva ja oksennella. Käytökseltään potilas voi olla ärtyisä, sekava ja levoton. Hän valittaa kipua ääneen ja itkee. Pahimmillaan kiputilanne voi aiheuttaa jopa tajunnantason laskua. Hyvän kivunhoidon toteuttaminen nopeuttaa potilaan paranemisprosessia ja edistää kuntoutumista. Stressitila pysyy matalampana, potilas pystyy mobilisoitumaan nopeammin toimenpiteen jälkeen, jolloin myös komplikaatioiden riski vähenee. Kivunhoidon laiminlyönti ja kivusta kärsiminen hidastavat paranemisprosessia. Täten asianmukaisesti hoidettu ja huomioitu kivunhoito vähentää hoidon pitkittymisestä aiheutuvia terveydenhoidon kuluja. (Holmia ym. 2008, 70–73.)

Artikkelissaan lääketieteen tohtorikoulutettava ja kivunhoitoon erikoistunut sairaanhoitaja Ramon Pediani St. Martinin yliopistosta on koonnut yhteen niitä haittavaikutuksia, joita haavakivun hoidon huomiotta jättäminen voi pahimmillaan aiheuttaa kirurgiselle potilaalle. Kivun kärsiminen saa potilaan varomaan liikkumista ja aiheuttaa aloitekyvyn laskua, jolloin postoperatiivisten komplikaatioiden riski (laskimotrombit, keuhkoembolia, pneumonia) kasvaa. Lisäksi hengitystyön heikentyessä sydänlihaksen iskemian esiintyvyys suurenee. Psykkisen stressin lisäksi kipu aiheuttaa stressi-

muutoksia myös solutasolla, jolloin proteiinien hajonta sekä verihiutaleiden pakkaantuminen toisiinsa kiihtyy. Elimistön stressireaktionä ilmenee suolen toiminnan muutoksia ja pahoinvointia sekä immuunipuolustuksen häiriöitä. (Pediani 2001, world wide wounds.)

Kipua voidaan kuvailla esiintyvän kerroksittain. Kipu voidaan jakaa jatkuvaan, vallitsevaan taustakipuun, operaatiokipuun (leikkaushaavalla esiintyvä kipu), toimenpiteeseen liittyvään kipuun ja liikkipuun sekä läpilyöntikipuun. Kivun esiintymiseen ja kivun kokemiseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten potilaan senhetkinen psyykinen tila, sosiaaliset ja kulttuuriset erot ja hoitoympäristö. Haavanhoitoon liittyen kipua esiintyy monissa eri tilanteissa, kuten sidosten vaihdossa, asennon vaihdossa, liikkussa, haavan tarkastuksessa ja hoitotoimenpiteissä. Haavalla käytetyt sidokset, kipsit ja puhdistusaineet voivat aiheuttaa kipua, kiristystä, turvotusta, ihoärsytystä ja jopa ihovaurioita. (Pediani, World wide wounds.)

Haavakipua ja haavanhoitotoimenpiteisiin liittyvää kipua ja epämiellyttävyyttä voidaan lievittää eri keinoin. Tämä vaatii hoitajalta hyvää tilannearviota ja lääkärin huolellista suunnitelmaa kivunlievitykseen. Asianmukaisesti toteutettu haavanhoito, huolellisesti harkitut toimenpiteet sekä haavanhoitotuotteet omalta osaltaan auttavat haavakivun minimoimisessa. Haavaa hoidettaessa kipulääkitys suunnitellaan hyvin etukäteen, ja potilas saa lisälääkitystä tarvittaessa. Haavaa tulee hoitaa mahdollisimman atraumaattisin tekniikoin. Tilannearvio haavakivusta tulee tehdä jokaisen haavanhoidon yhteydessä, sillä kiputilanne voi muuttua radikaalisti haavan paranemisprosessin mukaan ja haavan mahdollisen infektoitumisen myötä. (Harding 2004, 18-25.)

Kipuanalyysia tehtäessä tulee ottaa huomioon potilaan oma asenne ja aikaisemmat kipukokemukset sekä arvioida kivun vaikutus potilaan toimintakykyyn. Hoidosta tiedottaminen potilaalle sekä huolellinen kirjaaminen ovat tärkeitä tiedon siirtämisen kannalta. Haasteena kivun arvioinnille on jokaisen henkilökohtainen kokemus kivusta, lisäksi kipua voi olla vaikea ilmaista tai sen olemassaolo halutaan kieltää (myös desorientoituneen tai muuten huonosti ko-opperoivan potilaan kiputilan huomiointi on haasteellista). (Korhonen 2006, 28–29.)

Hoitoympäristön järjestäminen potilaalle miellyttäväksi, mukavaan asentoon auttaminen ja katetrien sekä dreerien käytöstä johtuvien epämiellyttävyyksien minimointi sekä turvalliset otteet ja hyvä potilasohjaus auttavat potilasta jaksamaan vaikeassa tilanteessa. Erilaisten kipumittarien avulla kivun luonne ja voimakkuus ovat tarkemmin arvioitavissa suusanallisen arvion ja hoitajan tarkkailemien oireiden lisäksi. (Holmia ym. 2003, 70- 74.)

Kivun lievityksessä lääkehoito aloitetaan miedoimmilla kipulääkkeillä, kuten parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä. Astetta kovempaan kipuun otetaan edellä mainittujen rinnalle opioidilääkitys, ensin miedommat ja tarvittaessa vahvemmat opioidivalmisteet (oksikoni, morfiini, buprenorfiini). Lääkitys pyritään toteuttamaan ensisijaisesti suun kautta annosteltavilla lääkevalmisteilla. Voimakkaan kivun lievitykseen tehokkaana keinona toimivat erilaiset puudutteet, kuten spinaalinen analgesia ja hermopunospuudutteet. Kipupumpuilla (PCA = Patient Controlled Analgesia) potilas pystyy itse annostelevaan kipulääkitystään kivun intensiteetin mukaan. Kivunhoidossa tavoitteena on, että kipu lakkaa, potilas tulee toimeen kipunsa kanssa tai on muutoin tyytyväinen tilanteeseensa. (Holmia ym. 2003, 70–74.)

Haavanhoidon yhteydessä esiintyvää toimenpidekipua voidaan lievittää paikallispuudutteella, kuten lidokaiinilla ja prilokaiinilla. Pintapuudutteita voidaan käyttää injektioin annettavina annoksina tai geeleinä sekä suihkeena. (Hietanen ym. 2005, 100–101.) Kipua voidaan lievittää myös erilaisin lääkkeettömin hoitomuodoin kuten kylmähoidolla. Sen on todettu laskevan turvotusta, lievittävän kipua ja vähentävän vuotoa haavalta. Kylmä hidastaa hermoston, lihaksen ja nivelvoidekalvon aineenvaihduntaa sekä hapenpuutteesta johtuvaa kudოსvauriota. Kivunlievitys perustuu hermojen johtumisnopeuden alentumiseen. (Pohjolainen 2009.)

Tutkimusten mukaan on vieläkin havaittavissa, että hoitohenkilökunta aliarvioi potilaan kipua. Hyvä kivunhoito kuuluu sairaanhoitajan perusvalmiuksiin ja on tärkeä osa hyvää kokonaisuhoitoa. Kivunhoitoa toteuttaessaan hoitajalla tulisi olla hyvät perustiedot ihmisen fysiologiasta ja anatomias-ta sekä hänen tulee ymmärtää kivun vaikutukset elimistössä. Kivunlievityksen tulisi toteutua, mikäli mahdollista, potilaan kanssa yhteisymmärryksessä niin, että potilas näin pystyy vaikuttamaan itseään koskevaan päätöksentekoon. (Holmia ym. 2005, 70–74.) Korhonen mainitsee artikkelis-aan seuraavasti: Kipupotilaita hoitavalta hoitotyön tekijältä vaaditaan erityistä kykyä sanalliseen ja sanattomaan viestintään, luovuutta, hienotunteisuutta, taitoa kuunnella ja keskustella. (Korhonen 2006, 28–29).

1.5 Akuuttien traumaattisten ja kirurgisten haavojen hoito

Akuutit haavat jaotellaan syntymekanisminsa mukaan traumaattisiin haavoihin sekä kirurgisiin leikkaushaavoihin. Haavojen hoito, kuten muukin potilaan hoito, aloitetaan huolellisella alkukartoituksella. Traumaattiset haavat voidaan jaotella komplisoituneihin haavoihin ja pieniin komplisoimattomiin haavoihin. Usein pienet traumat voidaan hoitaa puhdistamalla ja vuoto tyrehdyttämäl-

lä kotioiloissa käymättä lääkärin luona. Traumaattiset haavat ovat yleensä tapaturman aiheuttamia. Traumaattisiin haavoihin kuuluvat nirhaumat, viilto- tai leikkaushaavat, laseraatiot, ruhjeet, pistohaavat ja puremahaavat. Traumaattisia haavoja ovat myös ampuma-asehaavat. Fysikaalisen vamman aiheuttamiin haavoihin luokitellaan palovammat, paleltumat ja syöpymät sekä säteilyn aiheuttamat vammat. Ison trauman sattuessa tärkeintä on aina huolehtia potilaan tärkeistä elintoiminnoista ja mahdollisen shokin hoito. Tällaiset traumat hoidetaan aina päivystysleikkauksessa. (Ahola ym. 2001, 48–51.)

Akuutin traumaattisen haavan hoitolinja määräytyy vammamuodon, laajuuden, iän, kontaminaatioasteen sekä vaurioituneen kudoksen mukaan. Potilaan taustasairaudet, kuten diabetes on otettava arvioinnissa huomioon. (Muuronen 2006, 14–15.) Akuuttien haavojen hoidossa tulee ottaa huomioon alkukartoituksessa liitännäisvammat kuten verisuoni-, hermo-, nivel- ja jännevammat. Tarvittaessa tehdään tarkentavia kuvantamistutkimuksia. Erityistä huomiota tulee kiinnittää vaurioituneen kudoksen lämpötilaan ja elävyyteen sekä verenvuotoon. Päättävöitteena akuuttia haavaa hoidettaessa ovat haavan sulkku, paranemisprosessin alkuun saattaminen sekä kudostuho korjaus mahdollisimman toimivaksi ja esteettisesti tyydyttäväksi. Haavan alkukartoituksen jälkeen haava puudutetaan ja puhdistetaan huolellisesti sekä suunnitellaan haavan jatkoahoito, kuten sulkusuunnitelma, revision tarve, antibioottilääkitys, sidosvalinnat ja postoperatiivinen hoito. (Sullivan, Engrav & Klein 2007, 1–2.)

Hoitoa vaativat suuremmat akuutit haavat suljetaan suoraan, mikäli se on mahdollista. Tällöin haavan tulee olla alle 6 tuntia vanha. Pään, kaulan, käden ja genitaalialueiden haavoissa suora sulkku on mahdollista vanhemmissakin haavoissa. Kuitenkin haavan synnystä tulee olla kulunut alle 24 tuntia. Suora sulkku toteutetaan ompelien, hakasilla, teipillä tai haavaliimalla. Repaleiset haavanreunat tulee terävöittää revidoimalla, jotta sulkku mahdollistuu. Haavan myöhäissulkua toteutetaan komplisoituneisiin haavoihin 3–14 vrk:n kuluessa haavan synnystä. Komplisoituneet haavat ovat likaisia haavoja, haavoja joissa on laaja kudostuho tai erityisen suuri infektoriski. Nämä haavat pyritään primaaristi puhdistamaan leikkaussaliolosuhteissa ja ne suljetaan myöhemmin. Tarpeen mukaan haavalta otetaan bakteeriviljelynäytteet ja harkitaan antibioottilääkitystä. Isot haava-alueet voivat vaatia peitoksi ihonsiirteet, kielekkeet, lihaskielekkeet tai mikrovaskulaarisen monikudossiirteet kudostuho laajuudesta riippuen. (Muuronen 2006, 14–15.)

Kirurgisia leikkaushaavoja ovat erilaiset leikkausviillot (vulnus incisum). Leikkaushaavojen synty-tapa eroaa suuresti akuuteista traumaattisista haavoista. Haava syntyy suunnitellusti, steriileissä olosuhteissa mahdollisimman atraumaattista tekniikkaa käyttäen veitsellä, saksilla tai leikkaavalla diatermiällä. Haavan synnyssä tapahtuva kudostuho on vähäinen. Leikkaushaava suljetaan eri-laisin ompeleiden avulla kerroksittain, tai haavahakasten (agraffien) avulla. Leikkausalueelle ke-rääntynyt leikkausvuoto sekä mahdollinen haavaontelo imetään drenin avulla pois. Kirurginen, puhdas leikkaushaava paranee useimmiten ongelmitta (PPI). Tämän vuoksi haavanhoidossa haavat pyritään muuttamaan tällaisiksi paranemisennusteen vuoksi esimerkiksi revision avulla. Kirurgista haavaa hoidetaan steriilisti 24 tunnin ajan leikkauksesta. Tavallisimmin haavan saa suihkuttaa, kun toimenpiteestä on kulunut yli 24 tuntia. (Ahola ym. 2001, 48–51.)

1.6 Haavainfektiot

Traumaattiset haavat infektoituvat helposti. Haava on usein repaleinen, haavapinnalle pääsee ir-tolikkaa ja sen puhdistus ja sidonta voivat viivästyä. Avoin haava infektoituu jo muutamassa tun-nissa. Patogeenisten mikrobien erittämät toksiinit aiheuttavat solutuhoa haavakudoksessa. Puo-lustusjärjestelmän soluja kerääntyy haava-alueelle. Haava muuttuu solujätteen ja bakteerimassan ansiosta kätteiseksi, myöhemmin infektion levitessä nekroottiseksi. Infektoitunut haava erittää runsaasti, haavan ympäristö punoittaa ja voi olla turvoksissa. Haava haisee ja on kipeä. Haavan ympäristöön voi kehittyä paise, eritteen täyttämä ontelo. Kroonisesti infektoituneissa haavoissa oireisto on lievempi, mutta pitkittynyt infektio hidastaa paranemista. Diagnostisissa testeissä voi-daan havaita kohonnut CRP ja leukosyyttien määrä on lisääntynyt sekä lasko on suurentunut. Po-tilas voi myös lämpöillä. (Papp 2007, 20–21.) Infektoitunutta haava hoidettaessa noudatetaan huolellista aseptiikkaa. Haava puhdistetaan haavasuihkuin keittosuolaliuoksella tai vetyperoksidil-la. Haavanhoidon yhteydessä tehdään tarvittaessa mekaaninen puhdistus. Infektion rauhoituttua haavanhoidoa jatketaan haavassa olevan kudoksen mukaan. Infektoituneita haavoja käsitellessä huolehditaan haavasidosjätteiden ja haavanhoitotarvikkeiden asianmukaisesta hävittämisestä ja puhdistuksesta. (Iivanainen ym. 2008, 507.)

Antibioottiprofylaksia on paikallaan etenkin likaisissa haavoissa, kuten puremahaavoissa, sillä ne infektoituvat herkästi. Myös maatilakoneiden ja erilaisten työkalujen aiheuttamat vammat ovat in-fektioherkkiä. Puremavammoista yli 80 % on koiran aiheuttamia, mutta mikäli haava ei ole suuri ja ulottuu vain pinnallisiin kudoksiin, antibioottikuuria ei säännönmukaisesti määrätä. Antibioottihoi-toa vaativat käden, nivelten ja nivusten puremavammat sekä yli vuorokauden vanhat haavat. Te-

tanus- ja rabiesrokotteen tarve arvioidaan. Haavainfektioissa ei tulisi määrätä liian helposti antibioottilääkitystä eikä haavanhoidossa tulisi suosia rutiinisti antiseptisiä hoitotuotteita resistenttien kantojen syntymisen ja allergisten reaktioiden ehkäisemiseksi. (Timonen & Tukiainen 2003, 1277.) Mikäli antibioottihoito on tarpeellinen, jatketaan sitä 3-5 päivää, tai pidempään, mikäli haavassa on jo havaittavissa infektion merkit. Yleisimmät haavainfektion hoitoon käytetyt antibiootit ovat mm. amoksisilliini-kvalulaanihappo, tetrasykliini, kefaleksiini ja kefuroksiimi. (Alhava ym. 2010, 52.) Haavassa oleva maa-aines, vierasesine tai hematooma ovat infektoriskejä. Muita infektiolle altistavia tekijöitä ovat mm. hapenpuute kudoksessa, huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, alkoholin suurkulutus, lihavuus, tupakointi ja krooniset hepatiitit. Myös ihmisen puolustusjärjestelmään alentavasti vaikuttavat immunosuppressiolääkkeet sekä sädehoito lisäävät haavainfektion riskiä. (Sullivan ym. 2007, 1-2.)

Kirurgiset haavainfektiot sekä leikkausalueen infektiot muodostavat tänä päivänä suuren osan postoperatiivisista infektioista. Tutkimusten mukaan potilaan leikkausalueen infektoituminen voi jopa kolminkertaistaa hoitokulut. Arviolta 20 % sairaalainfektioista olisi estettävissä hygieniatoimien avulla. Niinpä aseptisen toiminnan toteutuminen leikkaushaavojen hoidossa on ehdottoman tärkeää. Oikeat toimintatavat, huolellinen perehdytys haavanhoitoon sekä joustamattoman aseptisen omantunnon noudattaminen ovat avainasemassa. (Pukki 2007, 11–13.)

Haavainfektiot jaotellaan infektion laajuuden mukaan pinnallisiin, syviin tai leikatun alueen/elimen infektioihin. Pinnallinen infektio ulottuu ihoon tai välittömään ihonalaiskudokseen, syvä haavainfektio faskia- tai lihastasolle. Leikkausalueen infektio on leikkauksessa avatussa kudoksessa tai elimessä (esim. lonkan tekonivelleikkauksessa nivelessä ja sen ympäristössä). Kirurgisen haavainfektion kliiniset oireet ovat traumaattisen haavainfektion kaltaisia. Yleisin haavainfektion aiheuttaja on *Staphylococcus aureus* (20 %) sekä Koagulaasinegatiivinen stafylokokki. Syvän haavainfektion vaikeimpia tapauksia edustavat ihonalaiskudoksessa nopeasti etenevät infektiot, kuten *Clostridium perfringens*-bakteerin aikaansaama kaasukuolio sekä faskiatasolla esiintyvä, etenevä sekainfektio, nekrotisoiva faskiitti. (Ahonen ym. 2001, 56.)

Leikkaushaavaninfektion riskiä nostavat tupakointi, diabetes, aso-tauti, maksakirroosi, uremia sekä päihteiden käyttö. Leikkaushaavasta johtuvia, infektiolle altistavia tekijöitä ovat liian kireät ompeleet, turhaan haavalle jätetyt ompeleet tai hakaset sekä haavaan jäänyt hematooma tai kudoserite. On huomattavaa, että osassa haavainfektio tapauksista klassiset haavainfektion merkit jäävät toteutumatta. Tällöin infektion merkinä voi olla mm. haavan alta palpoitavissa oleva neste-

resistenssi. Erityistä huomiota tulee kiinnittää haavainfektiota epäiltäessä tiettyihin kirurgisiin toimenpiteisiin, joissa leikkausalueen infektio voi nopeasti johtaa henkeä uhkaavaan tilanteeseen. Tällaisia ovat mm. tekonivelleikkaukset, verisuoniproteesit, sternotomiahaavat, isot tyräverkot haavalla sekä plastiikkakirurgiset kielekkeet ja mikrovaskulaarisiirteet. (Tuuliranta 2007, 24–25.)

1.7 Kirjaaminen ja potilasohjaus haavanhoitotyössä

Haavanhoidossa kirjaaminen on olennainen osa laadukasta hoitotyötä. Sen avulla haavan paranemisprosessia voidaan tarkastella pidemmällä aikavälillä ja saadaan selville olennainen potilaan haavanhoitoon ja sen suunnitteluun vaikuttavista asioista. Haavan kuvauksen lisäksi haavanhoidosta kirjattaessa on hyvä mainita mm. käytetyt haavanhoitotuotteet, haavaerite, puhdistusmenetelmät sekä potilaan haavakipu. (Hietanen ym. 2005, 51–59.)

Haavanhoidon, kuten muunkin hoitotyön, tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista. Haavaa hoidettaessa hoidon vaikutukset tulee tarkastaa päivittäin, ja muutoksia täytyy uskaltaa tehdä, mikäli tuloksia ei ole havaittavissa. Haavanhoitoon liittyvän tiedonsiirron merkitystä ei tule aliarvioida. Haavan koko, muutokset paranemisprosessissa, infektion merkit ja eritteen laatu ja määrä tulee kirjata potilastietoihin (Papp 2008, 20–21.) Hoitavan henkilön vaihtuessa osastosiirroissa ja varsinkin kotisairaanhoidossa raportoinnin merkitys on ehdottoman tärkeä. Hoito-ohjeiden täytyy olla tarkkoja ja yksiselitteisiä, ja niitä tulee päivittää potilasasiakirjoihin.

Sähköisten potilasjärjestelmien yleistyminen on edistänyt tiedonsiirtoa. Kun FinCC-luokituksen mukainen hoitotyön rakenteinen kirjaaminen saadaan ulottumaan kaikkiin potilasjärjestelmiin ja sen käyttö rutinoituu, raportointi haavanhoidosta muuttuu yhteneväisemmäksi. FinCC-luokituksessa (FinCC = Finnish Care Classification) haavanhoidolliset toiminnot tulee kirjata komponenttiin Kudoseheys. Pro gradututkielmassaan terveystieteiden maisteri Ulla-Maija Kinnunen (2007) kuvaa haavanhoidon kirjaamisen laatua ja erityispiirteitä. Siirryttäessä Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHTol) mukaiseen rakenteiseen kirjaamiseen myös haavanhoidon kirjaamistapa on muuttunut. Kinnunen tuokin esille varsin kirjavia tapoja dokumentoida ja kirjata haavanhoitotyön toteutumista. Kirjaamistilanteessa toimintoluokituksen ala- ja pääluokkien sekä eri komponenttien valinta riippui paljon haavan luonteesta (akuutti/krooninen) ja tehdystä hoitotoimenpiteestä. Edelleen kirjaamiseen käytetyissä termeissä on suuria eroja. Osa hoitajista käyttää haavanhoitotuotteiden virallisia, geneerisiä nimiä, toiset kirjoittavat yleiskielellä. Tarkka kirjaaminen helpottaa haavanhoitoa jatkavan työskentelyä: hänen on helpompi valita käytettävät

tuotteet ja työmenetelmät. (Kinnunen 2007.) Tutkimuksen tavoitteena onkin antaa tietoa ja vinkkejä haavanhoitotyön kirjauksen eheyttämiseen. Myös Tiina Rajala Seinäjoen ammattikorkeakoulusta on opinnäytetyössään (2010), tutkinut hoitohenkilökunnan haavanhoitoon liittyvää kirjaamista näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Tutkimustuloksista oli pääteltävissä, ettei kirjaaminen ole potilaslähtöistä.

Haavanhoitotyössä potilasohjauksen rooli korostuu. Ohjauksella turvataan hoidon onnistuminen ja motivoidaan potilas osallistumaan aktiivisesti tavoitteelliseen haavanhoitoon. PPSHP:n julkaisussa Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit vuodelta 2008 määrittävät potilasohjaus seuraavasti:

Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja hoitohenkilöstöllä on velvollisuus ohjata lakien, asetusten, ohjeiden ja suositusten, hyvien ammattikäytänteiden, potilaan kunnioittamisen ja terveyden edistämisen näkökulmista. Laadukas ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. (PPSHP: n potilasohjauksen toimintamallit, 2008).

Potilasohjaus voidaan mieltää prosessina, joka kattaa koko potilaan hoitopolun. Prosessi jaetaan sairaalaan tulovaiheen, osastovaiheen ja kotiutusvaiheen ohjaukseen. Ohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä ja ammattitaitoista. Ohjauksen sisältö määrittävät kussakin hoitopolun vaiheessa potilaan tarpeiden ja toimintakyvyn mukaan siten, että parhaimmillaan ohjaus tukee potilaan paranemisprosessia ja omatoimisuutta. (PPSHP:n julkaisu 2006, 10–15.) Projektiluonteisessa opinnäytetyössään Meri-Tuulia Viljanen on tutkinut akuutin haavanpotilaan hoitopolkua Raumalla, ja hoitajien haastatteluissa käy ilmi se monimuotoinen potilaan ohjaustyö, mitä hoitopolun eri vaiheisiin aina päivystyspoliklinikalta jatkohoitoon ja kontrollikäynneille saakka sisältyy. (Viljanen, Akuutin haavapotilaan hoitopolun kuvaus. 2010. SAMK). Potilaan saama ohjaus ja sen laatu voi olla merkittävässä roolissa hoidon optimaalisen toteutumisen. Haavapotilaita koskeva kyselytutkimus vuodelta 2010 valottaa niitä hoitotyön ohjaukseen liittyviä tekijöitä, joita haavanhoitotyöhön tulisi kuulua. Petra Heinonen ja Olli-Pekka Kaikkonen tutkivat Iisalmen sairaalan, Iisalmen terveyskeskuksen ja Vieremän terveysaseman haavapotilaiden saamaa potilasohjausta. Tulosten perusteella potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. He pitivät tärkeinä hoitajan asennetta ja motivaatiota ohjaustilanteessa ja ylipäätään ohjaustilanteen järjestämistä rauhalliseksi, miellyttäväksi tapahtumaksi. (Heinonen & Kaikkonen, Akuuttihaavapotilaan saama ohjaus hoitoprosessin aikana ja sen jälkeen. 2010. Savonia-ammattikorkeakoulu.)

Haavanhoitotyön pioneerina kotimaassamme on jo pitkään toiminut vuonna 1995 perustettu Suomen haavanhoitoyhdistys. Haavanhoitoyhdistyksen luotsaama Haava-lehti toimii tehokkaana informaatiofoorumina ja uusien innovaatioiden esittelijänä. Haava-lehden artikkeleista löytyy uusimpien tutkimustuotosten lisäksi myös käytännön neuvoja hoitotyöhön. Alan ammattilaiset, Ansa Iivanainen ja Salla Seppänen ovat julkaisseet muutamia alan perusteoksia. Haava-teos (2003) kertoo olennaisen haavan paranemisesta, erilaisista haavatyypeistä ja haavanhoitotuotteista. Madeleine Flanagan Hertfordshiren yliopistosta Iso-Britanniasta on paneutunut koulutusasioihin artikkelissaan, jossa hän kaipaa lisää tehokkaampia koulutusmuotoja käytännön hoitotyössä työskenteleville haavanhoidon ammattilaisille. (Flanagan 2008, vol. 4, no 4).

Haavanhoitoa toteutetaan kaikkialla terveydenhoitopalvelujen piirissä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Potilaat kotiutuvat haavojen kanssa, joten haavanhoitotuotteita myyvillä palvelu-aloilla tulee myös olla perustietämys haavanhoidosta. Vuonna 2011 Janette Pietiläinen Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta onkin projektimuotoisessa opinnäytetyössään koonnut Kemijärven Apteekin henkilökunnalle haavanhoito-oppaan. Haavanhoitoa opiskelijoiden näkökulmasta lähestytään Kajaanin Ammattikorkeakoulussa vuonna 2005 valmistunut Mirva Lamminahon ja Tiina Moilasen opinnäytetyössä, jonka tarkoituksena on ollut tuottaa kootusti opiskelumateriaalia haavanhoidosta hoitotyön opiskelijoita varten.

2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TYÖN TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla osasto 7:n haavanhoidon nykytilasta. Erityisesti haluamme käsitellä haavojen hoidossa perusosaamista, infektioiden torjuntaa ja aseptisen työskentelyn toteutumista sekä muita haavanhoitoon läheisesti liittyviä hoitotyön osa-tekijöitä kuten kivunhoitoa ja ravitsemusta. Tutkimuksen avulla selvitetään haavanhoidollisen koulutuksen riittävyyttä osastolla. Kyselytutkimuksen tavoitteena on herättää henkilökuntaa miettimään, mitkä tekijät kaipaavat kehittämistä haavanhoidossa osastolla 7. Toivomme saavamme vastauksista tietoa henkilökunnalta myös hygieniosaamisen tasosta. Tavoitteenamme on, että tutkimuksen avulla osaston henkilökunta saa hyvän tilannekatsauksen tämän hoitotyön osa-alueen nykytilasta. Laajemmalla tähtäimellä tutkimuksen avulla on tarkoitus saada tehokkuutta jokapäiväiseen haavanhoitotyöhön ja täten vähentää haavanhoidon tuomaa kuormittavuutta ja kustannuksia osastolla sekä kehittää traumakirurgista hoitotyötä.

Tämän päivän työssä painotetaan kustannustehokkuuden lisäksi laatuvaatimuksia. Laatuksykysymykset ovat osa työn arviointia ja suunnittelua. Hoitotyön laadun arviointi ja laatuvaatimusten asettaminen ei kuitenkaan ole yhtä yksinkertaista kuin esimerkiksi teollisuuden ja kaupan alalla, mutta se auttaa parantamaan hoitotyön tuloksia ja parantaa potilastyytyvyyttä. Opinnäytetyösämme suunnitelmanamme on avata hoitotyön osaamista haavanhoidon saralla. Millaista laadukas, hyvä haavanhoito parhaimmillaan on? Mitkä tekijät huonontavat, mitkä parantavat haavanhoidon toteutumista käytännön hoitotyössä? Olemme tutustuneet PPSHP:n laadunhallintajärjestelmään, jonka hallinnassa noudatetaan ISO 9000-standardeja sekä laukupalkintokriteerejä. PPSHP:n yhteisesti asetettuja arvoja ovat vastuullisuus, ihmisarvo, oikeudenmukaisuus ja uusiutumiskyky sekä avoimuus. PPSHP:n laatustrategian 2010–2015 internetjulkaisua lainaten: ”Hoidon laatua arvioimme osallistumalla valtakunnallisiin ja kansainvälisiin hoitotulosten seurantaohjelmiin ja seuraamalla mm. hoitoon liittyvien muistutusten, kanteluiden, potilasvahinkojen ja sairaalainfektioiden määrää”. Perusasioiden lisäksi etenkin vaativien haavanhoitomenetelmien hallitsemisessa tietojen päivitys ja uuden oppiminen on arkipäivää. Näitä aihealueita haluamme kyseillä nostaa esiin ja kartoittaa, onko haavanhoidollinen koulutus ja uusiin menetelmiin perehdyttäminen riittävää osastolla. (Tavoitteena terveys- PPSHP:n strategia 2010- 2015.)

Koska aikaisempia tutkimustuloksia kirurgisen osaston henkilökunnan haavanhoidon osaamisen laadusta on vähän, lähdemme työstämään aihetta ns. nollahypoteesilla eli etenemme tutkimuksessa ilman etukäteisodotuksia kyselyn tuloksista. (Hirsjärvi ym. 2003, 149–150).

Tutkimuksemme avulla haluamme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on haavanhoito-osaaminen osastolla 7?
2. Millaiseksi henkilökunta kokee saamansa haavanhoitoon liittyvän koulutuksen?
3. Millaiset ovat keskeiset kehittämistarpeet haavanhoidossa osastolla 7?

3 KVALITATIIVINEN TUTKIMUSOTE

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi olemme valinneet kvalitatiivisen tutkimusotteen, mutta tutkimuksessa käytämme myös kvantitatiivisen metodin piirteitä. Perusteluna kvalitatiiviselle tutkimusotteelle pidämme tutkittavan ilmiön luonnetta, tutkimusongelmaa ja tutkimuksen tavoitteita. Tutkittava henkilöryhmä (otos) on suhteellisen pieni, osaamista selvitetään puolistrukturoidun kyselykaavakkeen avulla ja tutkimustuloksia on järkevämpää käsitellä laadullisen metodin välinein. Tiedonantajina toimi osasto 7:n hoitohenkilökunta, joka edustavaa tutkimuksessa aktiivista toimintajoukkoa, hoitotyön ammattilaisia, joiden toivomme luovuttavan luotettavaa tietoa tutkimuskohteesta. Kysymyskaavakkeen osaa tutkittavasta ilmiöstä tarkastellaan kvantitatiivisin menetelmin monivalintaosioilla. Menetelmän valinta oli melko selkeä heti tutkimuspyynnön saatuaamme, sillä yhden osaston henkilökunnan tutkiminen on kvantitatiivisella menetelmänä melko pieni. Valintaamme vaikutti myös tutkimuksen tilaajan toive saada monipuolista tietoa henkilökunnan osaamisen tasosta haavanhoidon saralla. ”Tutkimusmenetelmää ei siis valita henkilökohtaisiin mieltymyksiin perustuen, vaan tutkimusongelma, tutkimuskysymykset ja tiedonintressi suuntaavat tutkimusmenetelmän valintaa”. (Vilka 2006, 51–52.)

3.1 Tutkimusmenetelmät

Laadullinen tutkimusmenetelmä sisältää tiettyjä ominaispiirteitä, minkä vuoksi sen valinta tuntuu parhaimmalta valinnalta tutkimusmenetelmäksi. Sen tarkoituksena ei ole yksiselitteisen totuuden löytäminen, toteaa Vilka. (Vilka 2006, 97–99). Kuitenkin on muistettava, että metodin valinnan tulee sopia yhteen tutkimusta varten tehtyjen muiden valintojen ja suuntaviivojen kanssa, ja metodin tehtävänä on auttaa saavuttamaan niitä varsinaisia päämääriä, joita tutkimusprosessilla tavoitellaan. Niinpä tutkimusmetodin käytön ei tule olla kaavamaisista ja kankeaa, jolloin se jopa rajoittaa tutkimuksesta saatavaa antia. (Hirsjärvi ym. 2001, 12–16.)

Jo tutkimuksen aihetta ja työstämistapaa hahmotellessamme mietimme tarkkaan parhaimman tutkimusmetodin valintaa. Saisimmeko parhaiten ja laaja-alaisemmin tuloksia laadullisen vai määrällisen metodin keinoin? Päädyimme yhdistämään projektiimme piirteitä molemmista. Pääasiallisesti ilmiötä lähestymme kvalitatiivisella tutkimusotteella, mutta kysymyskaavakkeeseen otimme mukaan kvantitatiivisesti analysoitavia monivalinta-osia täydentämään niitä tutkittavan ilmiön osa-alueita, jotka kyselyyn valitsemme.

3.2 Triangulaatio tutkimusmetodina

Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmetodin kesken vallitsee usein vastakkainasettelu, mutta niiden yhdistämisllekin on perustelunsa. Jakoa näiden kahden näkemyksen välillä voi luokitella monin eri tavoin mm. tutkimusasenteen, tutkimuksen yleistavoitteiden ja todellisuuden luonteen mukaan. Kvalitatiivisessa ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan rooli nähdään usein erilaisena: kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija on osallinen, tutkimuksen kohde ja tutkija ovat vuorovaikutuksessa ja tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavan vaikuttimia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan rooli nähdään etäisenä, tutkittava kohde on objekti, jota tutkija pyrkii puolueettomasti tarkastelemaan. Kvantitatiivinen tutkimusote perustuu deduktiiviseen prosessiin kvalitatiivisen prosessin edetessä induktiivisesti yksityisestä yleiseen. Hirsjärvi mainitsee kirjassaan Tutkimushaastattelu (2001) näiden väitettyjen metodologisten erojen olevan osin vääriä. Tänä päivänä ajattelumalli kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen metodin yhdisteltävyydestä on lisääntynyt.

Koska pääosin kvalitatiivisesti ja pääosin kvantitatiivisesti suuntautuneet tutkijat suhtautuvat erilailla teorian asemaan on ehkä parempi sanoa että tutkimusongelma määrää, mitä menetelmää käytetään. Koska samassa tutkimuksessa voi olla useamman tyyppisiä ongelmia, siinä voidaan käyttää monenlaisia menetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2001, 27).

Tutkimusmetodia, jossa kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote yhdistyvät, nimitetään monistrategiseksi tutkimukseksi, triangulaatioksi, sekastrategiaksi tai yhdistetyiksi operaatioksi. (Hirsjärvi ym. 2001, 27). Pidämme tärkeänä tavoitteena saada muodostettua osaston haavanhoidon osaamisesta ja nykytilasta mahdollisimman selkeän, ilmiötä laaja-alaisesti kuvaavan tilannekatsauksen. Niinpä aiheen rajaaminen vain esimerkiksi avoimiin, traumaattisiin haavoihin tai vaikkapa haavainfektioihin tuntui aiheen keinotekoiselta rajaamiselta, joka muodostaisi osaston haavanhoito-osaamisesta hyvin yksipuolisen ja ty pistetyn vaikutelman. Laadullisen metodin etuna pidetään sen mahdollisuuksia syväluodata tutkittava ilmiötä: huolellisella analyysillä ja oikein muotoilluilla kysymyksenasetteluilla laadullinen metodi pureutuu asian ytimeen. Tämä asettaa kuitenkin tutkimuksen laajuudelle rajoituksensa. Opinnäytetyössämme olemme päätyneet rajaamaan joitakin haavanhoitoon liittyviä osa-alueita pois tutkimuksestamme. Kvantitatiivisen metodin työvälineitä tutkimukseen yhdistämällä saamme kuitenkin kyselyn avulla esille tietoa, joka lisää ymmärrystämme tutkittavasta ilmiöstä.

3.3 Tutkimuksen viitekehys

On tärkeää, että tutkimuksemme palvelee sitä tehtävänantoa, jonka olemme osastolta 7 saaneet. Työskennellessämme on kuitenkin tärkeää ymmärtää omat vaikuttimemme työhön sekä niiden merkitys mm. viitekehysten valintaan. Viitekehysten tarkoituksena on toimia tutkijalle tutkittavan ilmiön kokonaisuuden hahmottamisessa. Sen avulla selkenevät ilmiön kannalta olennaisimmat käsitteet, aiheisällöt sekä aikaisemmat tutkimukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–19.) Olemme saaneet apua aiheen rajaukseen mm. metodi- sekä sisällönohjaajiltamme. Lähdemateriaalia rajatessamme päätimme tarkastella haavanhoitoon liittyvää kirjallisuutta nimenomaan traumasyntyisten haavojen, kirurgisen haavanhoidon sekä infektioiden torjunnan näkökulmasta. Näkökulman valintaa vaikuttivat tilaustyön luonne sekä osaston haavanhoidon ominaispiirteet.

Tutkittavan ilmiön tulee kuitenkin kuvata sitä todellisuutta, jossa tutkittavat (tässä tapauksessa osaston 7 hoitohenkilökunta) toimivat. Tämän vuoksi onkin suurena etuna, että olemme olleet läsnä osaston 7 arjessa, toinen tutkijoista harjoittelijana ja toinen sairaanhoitajan sijaisuudessa osastolla 6, jossa kirurgian kesäselun aikaan hoidettiin pääosin osasto 7:n potilaat. Omaamme siis henkilökohtaista kokemusta osastolla työskentelystä.

Ennen tutkittavan kohteen riittävää ymmärrystä on nähtävä tutkittava ilmiö laajemmassa asiakokonaisuudessa, osana laajempaa asiakokonaisuutta. Tämä edellyttää vankkaa taustatietojen hankintaa ja tutkimustietojen analyysiä. Työskentelyn edetessä aikaisemmin asetetut ja tutkittavasta aiheesta nousevat tutkimusongelmat toimivat tutkijalle oppaina, joiden mukaan hän muokkaa päätöksentekoaan ja suunnittelee projektin kulkua. Vilka (2006) painottaa laadullisessa tutkimuksessa kolmea painopistettä, jotka ovat konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Ei ole yhdentekevää, miksi jokin ilmiö saa tietynlaisen merkityksen yhteiskunnassa tai yksittäisten ihmisten keskuudessa. Termi intensi pyrkii selittämään ilmiön taustamotiiveja. Henkilöt toimivat aina tietyn tavoitteen, halun, pyynnön, käskyn tai aatteen ohjaamana. Erityisesti hoitotyössä kutsumuksellisuuden ajatellaan olevan usein liikkeellepaneva voima, tekijä, jonka vuoksi hoitohenkilökunta kilvoittelee kohti parempaa työtulosta, kohti laadukkaampaa hoitotyötä. (Vilka 2006, 97–99.)

Työskentelyn edetessä aikaisemmin asetetut ja tutkittavasta aiheesta nousevat tutkimusongelmat toimivat tutkijalle oppaina, joiden mukaan hän muokkaa päätöksentekoaan ja suunnittelee projektin kulkua. (Vilka 2006, 97–99.) Kuitenkin on muistettava, että metodin valinnan tulee sopia yhteen tutkimusta varten tehtyjen muiden valintojen ja suuntaviivojen kanssa, ja metodin tehtävänä

on auttaa saavuttamaan niitä varsinaisia päämääriä, joita tutkimusprosessilla tavoitellaan. Niinpä tutkimusmetodin käytön ei tule olla kaavamaista ja kankeaa, jolloin se jopa rajoittaa tutkimuksesta saatavaa antia. (Hirsjärvi ym. 2001, 12–16.)

4 TUTKIMUSPROSESSIN ETENEMINEN

Prosessi laadullisessa tutkimuksessa kuvaa sitä henkistä kasvua tutkimukseen, mikä tapahtuu kun tutkijalla on tarpeeksi aikaa ja ymmärrystä syventyä kohtaamaan tutkimuksen antamaa tietoa. Vilkkä esittääkin teoksessaan Tutki ja havainnoi (2006, 97–99), että usein kun tutkimusprosessiin on käytettävissä runsaasti aikaa, voi tutkijan näkökulma ja ymmärrys tutkittavasta kohteesta muuttua avaten näin uusia merkityssuhteita. Olemme itsekin kokeneet näkökulman muuttuneen opinnäytetyöprojektin aikana.

4.1 Tiedonantajat tutkimuksessa

Tutkimukseen oli selkeää valita tiedonantajiksi osaston hoitotyöhön osallistuva henkilökunta. Tutkimukseen osallistuvan henkilökunnan määräksi valikoitui 30 henkilöä, joista 25 vastasi tutkimukseen. Vastaaminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, ja säilytimme vastaajien anonymiteetin. Vastaajille tiedotimme tutkimuksesta kyselyn mukana olevalla saatekirjeellä. Tutkittavanamme oli joukko hoitoalan ammattilaisia. Kyselytutkimus oli rajattu koskemaan koko traumatologisen osaston henkilökuntaa, joka ottaa osaa haavanhoitotyöhön. Kirurgisella osastolla haavanhoito hoitotyössä korostuu, se on osa päivittäistä toimenkuvaa. Näkökulma tutkittavaa joukkoa ajatellen on neutraali, tutkimme pääasiassa ilmiötä, laadun ja osaamisen tasoa emmekä henkilökohtaisia ominaisuuksia. Myös ammattinimikkeillä ei sinänsä ole merkitystä tutkimuksemme, sillä se koskee kaikkia hoitajia, ei pelkästään sairaanhoitajia. Tärkeintä on saada rehellinen, realistinen käsitys haavanhoidon toteutumisesta ja sen osaamisesta osasto 7:llä.

Osasto 7 on luonteeltaan hektinen vuodeosasto, joka ottaa vastaan potilaita kaikkina vuorokaudenaikoina. Luonteeltaan akuuttina päivystysosestona työympäristöä leimaa kiire ja tilanteiden nopea vaihtuvuus. Niinpä tutkimusta osastolle suunniteltaessa oli hyvin tärkeää ottaa huomioon osaston toiminta ja henkilökunnan resurssit nipistää työajastaan aikaa kysymyskaavakkeen täyttöön. Tämän olimme maininneet myös saatekirjeessä. Etukäteen tutkimukseen osallistuvien lukumäärä ei ollut tiedossa, mutta suunnitelmana oli, että kaikki tutkimusaikana osastolla työskentelevät sairaanhoitajat, perus- sekä lähihoitajat osallistuisivat kyselyyn. Tutkimusaikana lomalla tai muutoin poissaolevat henkilökunnan jäsenet tai kyselyyn syystä tai toisesta vastaamatta jättävät muodostivat väistämättä kadon tutkimusotokselle.

4.2 Teemakysely

On tärkeää, että kyselytutkimus toteutetaan siten, että mahdollisimman moni hoitaja siihen osallistuu ja vastaa kysymyksiin ajatuksella. Yritimmekin välttää pituudeltaan liian laajaa kysymyskaavaketta vaikeasti tulkittavine kysymyksineen jossa vastaaja toimii ehkä puolihuolimattomasti ras-teja ruutuun merkiten. Avointen kysymysten tehtävänä on herättää osallistuja pohtimaan ja tuo-maan omia ajatuksiaan esille.

Kysymyksissä otimme esille haavanhoidon osa-alueet kattavasti: perustaidot, aseptisen toimin-nan ja infektioiden torjunnan, haavanhoitotuotteet, erikoistekniikat sekä haavan paranemispro-sessin ja siihen vaikuttavat tekijät, kuten kivunhoito, ravitsemus ja potilasohjaus. Otimme kysy-myksissä esille myös kivunhoitoon, ravitsemukseen sekä potilasohjaukseen liittyviä teemoja. Li-säksi yksi kysymys oli suunnattu haavanhoidon vapaaseen arviointiin sekä kehittämistarpeiden esittämistä varten. Kysymyskaavake kohdistuu traumaattisten ja kirurgisten haavojen hoitoon, jo-ten kysymysosiot on rajattu sen mukaan, mitä koemme erityisen tärkeiksi ottaa esille tutkittaessa henkilökunnan haavanhoito-osaamista. Niinpä kysymyksistä on rajattu pois muun muassa kroo-nisten haavojen ja painehaavaumien hoitotyö. Infektioiden torjunnan näkökulmasta otimme kyse-lyssä esiin muun muassa oikeiden työtapojen toteutumisen sekä infektioiden merkkien havain-noinnin. Haavainfektioiden seuranta ja huomiointi ajoissa säästää potilasta monenlaisilta kärsi-myksiltä ja lyhentää pitkiä sairaalassaoloaikoja, joita vaikeat haavainfektiot ja niihin liittyvät komp-likaatiot pahimmillaan aiheuttavat.

Kyselylomakkeen hahmottelimme muodoltaan puolistrukturoiduksi, jossa on osa-alueittain avoi-mia kysymyksiä monivalintakysymyksiin täydennettynä. Teemakyselyä suunnitellessamme panos-timme visuaaliseen ulkoasuun, kuten väreihin, tekstin selkeyteen ja kysymysten toimivaan ryhmit-telyyn. Kysymyskaavakkeen saatekirjeessä hyödynsimme huumoria: teksti oli muotoiltu Savon murteella. Näillä keinoilla pyrimme lisäämään kyselytutkimuksen houkuttelevuutta. Lomaketta suunnitellessamme vierailimme osastonhoitajan luona hahmottelemassa kyselyyn valittavia tee-moja sekä lähetimme luonnoksen osasto 7:n haavavastaavalle arvioitavaksi ja kommentoitavaksi. Yhteistyöpalaverissa keskustelimme vielä kysymyskaavakkeen ulkoasusta ja lopullisesta sisällös-tä. Yhteistyökumppaneinemme kanssa olimme samoilla linjoilla tutkimuksen suhteen. Kysymys-kaavakkeen suunnittelussa käytimme raameina viitekehysten tarjoamaa teoriapohjaa. Kysely-kaavakkeessa oli yhteensä 22 kysymystä, joista suurin osa oli avoimia kysymyksiä (19) ja loput

monivalintakysymyksiä. Kysymyskaavake oli jaoteltu seitsemään eri osioon koskien haavanhoidon eri osa-alueita.

4.3 Tutkimusaineiston analysointi

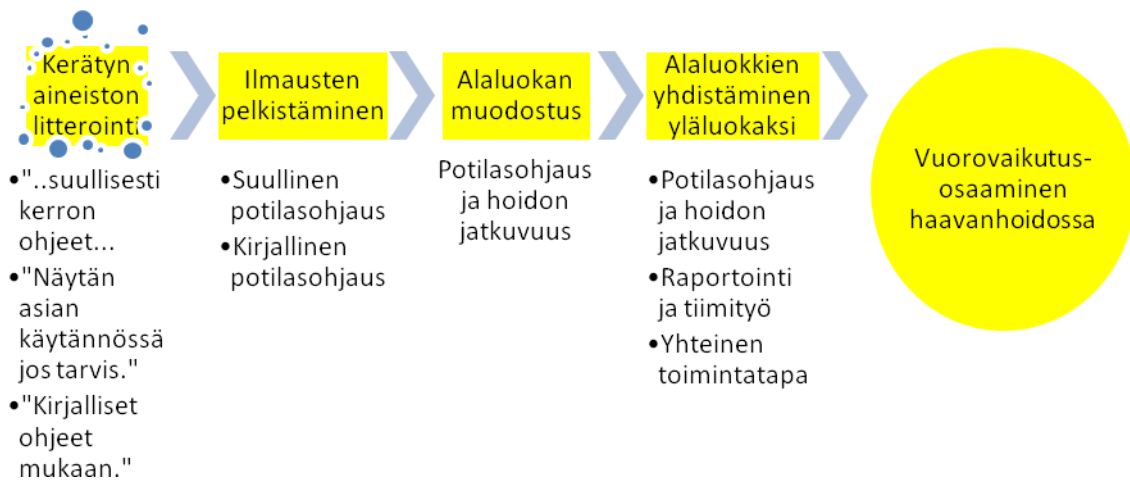
Tutkimuksessa analysointivaihe edustaa projektin yhtä tärkeimmistä osioista. Sen avulla kootaan yhteen ne johtopäätökset, joihin tutkija on päätenyt useiden vaiheiden kautta aina aineiston keruuvaiheesta tutkimustulosten syntyyn. Analysointivaiheeseen tulee paneutua huolellisesti. On myös hyvä suunnitella etukäteen tutkimusaineiston purkamista ja aineiston analysointitapaa. Tämä helpottaa tulosten hallinnassa ja loppuraportin muovaamisessa. Helppoa johtopäätösten esiin nostaminen ihmistieteissä ja runsaasta aineistomateriaalista ei kuitenkaan ole. (Hirsjärvi ym. 2001, 135.)

Aineiston purkamiseen on useita tapoja, ja tutkija itse valitsee oman tyyliinsä, joka parhaiten tukee omaa tutkimusta. Aineisto voidaan analysoida suoraviivaisesti suoraan tuloksista analyysiin edeten, se voidaan purkaa, koodata ja tämän jälkeen edetä analyysivaiheeseen koodatun materiaalin kera tai edellä mainittuja tapoja yhdistellen. Analysointitekniikoita on useita erilaisia. Saatua tutkimustietoa voidaan analysoida sellaisenaan, sitoa tulokset viitekehykseen tai vaikkapa edetä jonkin tutkijalla entuudestaan olevan johtoidean mukaan. Analyysin luokittelu on merkittävä tekijä loppuraportin yhteneväisyyden ja selkeyden kannalta. Koska oma kyselymme koostuu teemoista, haavanhoidon eri osa-alueista, on järkevää kerätä analyysi yhteen teemoittain. Tämä edesauttaa syväluotaavan, kattavan raportin työstämistä. (Hirsjärvi ym. 2001, 137.)

Kyselytutkimus toteutui osastolla maaliskuussa 2012. Kysymyskaavakkeet olivat osastolla kahden viikon ajan. Kysymyskaavakkeet saatuamme osastolta, tutustuimme tutkimusaineistoon huolellisesti. Kävimme vastaukset läpi lukemalla ne useaan kertaan ja arvioimme tutkimusaineiston sisältöä, luonnetta ja vastausten laatua. Pääosa kyselytutkimukseen osallistuvista oli vastannut monipuolisesti ja laajasti kaikkiin kysymyksiin. Aineiston katoa aiheuttivat suppeat vastaukset, vastaamatta jättämiset sekä se, ettei vastaaja ollut ymmärtänyt kysymystä. Seuraavaksi littoimme aineiston sana sanalta ja purimme vastaukset kysymys kysymykseltä. Jokaisesta kysymyksestä saamamme vastaukset kokosimme yhteen erilliseksi aineistoksi. Näitä vastauksia lähdimme pelkistämään poistamalla vastauksista toiston, epä johdonmukaisuuden sekä epäolennaiset vastaukset. Näin saimme tiivistettyä vastausaineistosta olennaisimman tutkimustehtävää vastaavan aineistomateriaalin. Koska kysymyskaavake oli jo valmiiksi teemoitettu tiettyihin osioihin,

oli aineiston jäsentäminen suhteellisen helppoa näiden osa-alueiden mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.) Teemoittelulla tarkoitetaan laadullisen aineiston pilkkontaa ja ryhmittelyä erilaisten aihepiirien mukaan. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisesti eli: Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 22). Sisällönanalyysia voidaan hyödyntää tutkimuksessa dokumenttjoukon sisällön kuvaamisen tai siten, että luodaan dokumenttien tuottajista päätelmiä dokumenttien sisällön perusteella. (Janhonen & Nikkonen 2003, 22). Monivalintakysymykset analysoimme kvantitatiivisesti keräämällä eri vaihtoehtojen saamat kappalemäärät. Nämä jakaumat muunsimme vielä prosenttimuotoisiksi tuloksiksi. Kvantitatiivisesti analysoidut vastaukset toimivat tutkimusanalyysissämme ilmiön vaikuttavuutta ja laajuutta kuvailevina tekijöinä, kuten esimerkiksi hygieniosaamisen tasoa arvioitaessa.

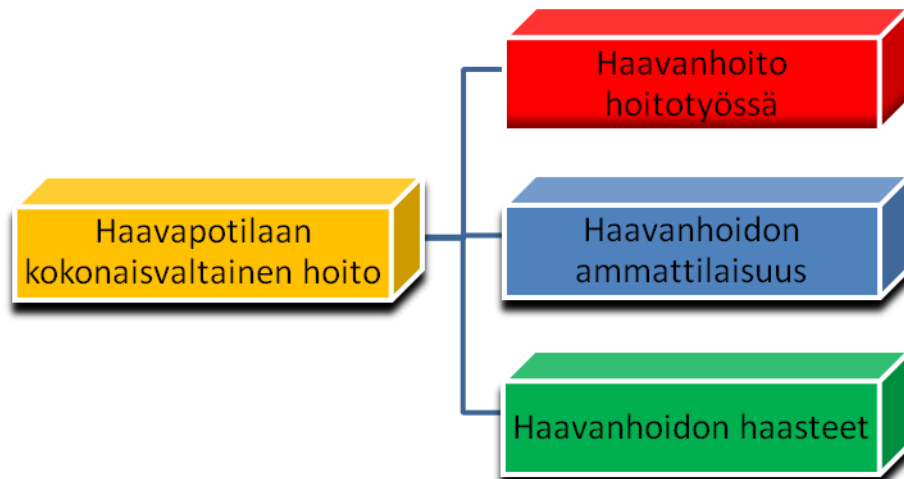
Analysointivaiheessa teemoittelu toimi eräänlaisena esiyymmärryksenä aineistosaaliista, joka sellaisenaan ei vastannut tutkimusongelmien kysymyksenasetteluihin. Niinpä laadittuja teemoja tuli muokata yksinkertaisempaan muotoon, etsiä yhteisiä nimittäjiä, johtoajatuksia, yleiskäsitteitä ilmiöstä. Tällä tavoin abstrahoidulla saimme muodostettua teemoista ensin alakäsitteitä, joista johdimme yläkäsitteitä. Viimein nämä yläkäsitteet asettuivat kolmen pääluokan sisään. Pääluokiksi hahmottelimme tutkimusongelmat, joita tutkimuksella alun perin lähdimme selvittämään. Näitä olivat haavanhoito-osaaminen, koulutus haavanhoitoon liittyen sekä haavanhoidon kehittämistarpeet. Analysoitavan aineiston kanssa täytyi käydä vielä tarkkaa vuoropuhelua ja palata tuloksiin yhä uudelleen ja uudelleen, ennen kuin kokonaiskuva tutkimustuloksista hahmottui. Abstrahoinnin jälkeenkin alkuperäisistä vastauksista löytyi muun muassa erityisesti mielipideilmaisuja, jotka rikastuttivat yleiskatsausta tutkittavasta ilmiöstä.



KUVIO 2. Esimerkki aineiston analyysistä

5 TUTKIMUSTULOKSET

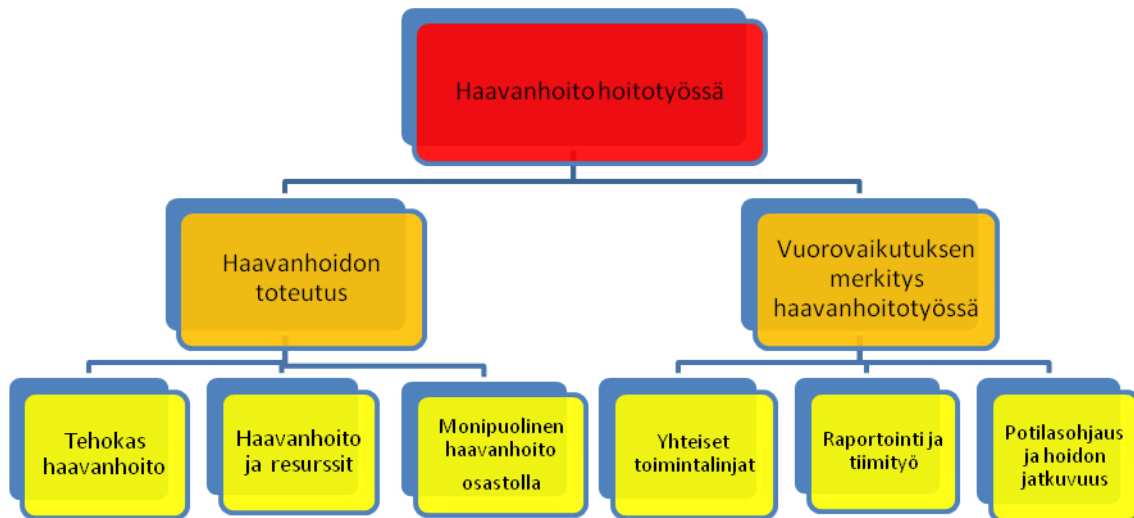
Tutkimustulosten analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimustulokset on esitetty käyttäen pääluokkina tutkimustehtävien mukaista aineistojakoa.



KUVIO 3. Haavapotilaan kokonaishoito

5.1 Haavanhoito hoitotyössä

Henkilökunta koki haavanhoitotyön osastolla monipuolisena, vaativana ja haasteellisena, osana päivittäistä hoitotyötä. Haavanhoitoa oli osastolla paljon ja se vaatii paljon resursseja.



KUVIO 4. Haavanhoito hoitotyössä.

Osastolla hoidetaan erityyppisiä haavoja: kirurgisia, puhtaita ja infektoituneita haavoja, ihonsiirteitä sekä kielekkeitä. Haavanhoito sujui osastolla ammattitaitoisesti ja tehokkaasti.

Perusteet on hyvin hallussa.

Osastolla paljon erilaisia haavoja ja haavanhoitoja.

Monipuolista, joskus haasteellista ja aikaa vievää...

Myös edellytykset hyvän haavanhoidon toteutumiseksi löytyivät: osastolla on laaja valikoima haavanhoitotuotteita ja välineet erilaisten haavanhoitojen toteutukseen. Tosin runsas tuotevalikoima voi hankaloittaa oikeanlaisen tuotteen valintaa; tuotevalikoimaan kaivattiin yksinkertaistamista.

Haavainfektioiden hoito on tärkeä osa hoitotyötä osastolla 7. Haavainfektiot kuormittavat hoitohenkilökuntaa ja lisäävät hoidon kestoja sekä aiheuttavat komplikaatioita. Hoitohenkilökunta arvioi hygieniasaamisen tason olevan osastolla varsin hyvä. Vastanneista 92 % arvioi haavanhoidon toteutuvan aseptisesti ja vain 8 % vastasi kysymykseen kieltävästi. Tärkeimpänä hoidon onnistu-

mista edistävänä tekijänä tutkimukseen osallistujat kokevat osaavan, ammattitaitoisen henkilökunnan sekä oman mielenkiinnon ja aktiivisuuden uuden oppimiseen haavanhoidossa. Vuorovai-
kutusosaaminen ja tiedottaminen nousivat tärkeään asemaan tuloksissa. Tälläkin haavanhoidon
saralla haavavastaavien asiantuntijuus saa kiitosta työntekijöiden palautteessa. Infektioiden hoi-
dossa infektiolääkärin rooli koettiin merkittävänä konsultaatioapuna.

Haavainfektion hoidon tehokkuutta arvioidaan monin eri tavoin. Hoidon suunnittelussa ja arvioin-
nissa kirjaamisen ja tiedonsiirron rooli on tärkeää. Päivittäisten hoitotoimenpiteiden raportointi,
haavan kuvailu ja hoito-ohjeet ohjaavat työntekijää haavainfektion hoidossa. Valokuvaus on osoit-
tautunut oivalliseksi keinoksi haavanhoidossa. Kirjallinen kuvaus haavan ulkonäöstä ei välttämät-
tä anna tarkkaa kuvaa todellisesta tilanteesta, ja valokuvan avulla hoitaja pystyy arvioimaan kus-
sakin tilanteessa infektion hoidon tehokkuutta. Valokuva on erityisen hyvä arviointikeino silloin,
jos hoitaja ei ole aikaisemmin nähnyt haavaa. Tulosten mukaan hoitajat arvioivat haavaa silmä-
määräisesti hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Paranemisprosessia sekä siinä esiintyviä mahdolli-
sia häiriöitä seurataan tarkasti.

*Konkreettisesti havainnoimalla. Onko haava muuttunut edelliseen päivään nähden
ja onko esim. haavanhoitotuote hyvä/sopiva haavalle.*

Haavainfektion hoidon tehoavuutta mitataan myös monenlaisin kliinisin mittarein, mm. laborato-
riokokein. Laboratoriokokeista infektion tilaa seurataan tulehdusparametrien avulla. Lisäksi haa-
vasta otettujen bakteeriviljelyvastausten perusteella kohdistetaan hoitoa täsmällisemmäksi (mm.
antibiootit, haavanhoitotuotteet). Hoitajat tarkkailevat haavainfektiopotilaan yleistilaa, hemodyna-
miikkaa ja lämpöilyä. Haavan ulkoisista ominaisuuksista arvioidaan erityistä, väriä, hajua, kuumoi-
tusta ja kipua.

Tutkimustulosten mukaan haavakivun hoitokäytänteet olivat hoitajien keskuudessa varsin yh-
denmukaisia. Tärkein haavakivun lievitysmuoto on kipulääkitys. Lääkitys toteutettiin ennen haa-
vanhoitoa sekä tarvittaessa kivun mukaan. Lääkkeenantotapoja mainittiin useita. Myös kylmä-
pakkausta pidettiin tärkeänä kivunhoitomenetelmänä. Paikallispuudutetta käytti tulosten mukaan
kivunlievitykseen osa hoitajista. Asentohoito, sidosten löystytys sekä psyykkisen tuen ja keskus-
teluavun tarjoaminen mainittiin osana haavakivun hoitoa. Haavanhoitotuotteiden valinnalla oli tu-
lostien mukaan merkitystä myös haavakivun hoidossa. Oikeanlaiset, ihoystävälliset haavanhoito-
tuotteet vähentävät kudosaärsytystä.

Hoitajat arvioivat potilaan haavakivua käyttämällä VAS-asteikkoa sekä keskustelemalla potilaan kanssa. Jos potilas on des-orientoitunut, arvioivat hoitajat kiputilannetta ilmeistä, eleistä ja yleisestä olemuksesta sekä tarkkailemalla potilasta. Myös kivun aiheuttamia fysiologisia muutoksia käytettiin kivun arvioinnissa. Lääkityksen jälkeen kipulääkkeen vastetta seurattiin. Tuloksissa nousi esille haavakivun hoidon muuttuminen parempaan suuntaan viime aikoina.

Haavakivun hoito parantunut huomasti viime vuosien aikana. Edelleen petrattavaa kuitenkin on.

VAS käyttöön myös haavakivun hoidossa.

Valtaosa hoitajista piti ravitsemuksen merkitystä tärkeänä tai erittäin tärkeänä asiana haavanhoidossa. Sen katsottiin olevan oleellinen osa haavan paranemisprosessissa, eikä sen merkitystä tulisi aliarvioida. Erityisen tärkeään asemaan haavanhoito nousee monivamma-, infektiio- ja vanhuspotilaiden osalta. Hoitohenkilö-kunta korosti monipuolisen, proteiinipitoisen ja runsasenergisien ruokavalion merkitystä, ja he olivat tietoisia aliravitsemisen ehkäisystä.

Hyvä ravitseminen on osa hyvää ja laadukasta haavanhoitoa.

Ei saa väheksyä.

Hoitohenkilökuntaa ohjaa potilaita ravitsemusasioissa suullisesti sekä kirjallisin ohjein. Ruokailuun kannustetaan, tarjotaan tarvittaessa lisäravintona tehojuomia ja keskustellaan potilaan kanssa hyvän ravitsemustilan merkityksestä haavan paranemisessa.

Ohjaan syömään tarjotut ruuat vaikka ei oikein maistuisikaan.

Muistutan ravitsemuksen tärkeydestä, tarjoan tehojuomia.

Hoitoympäristöön liittyviä, hoidon tehokkuutta parantavia elementtejä olivat hoitajien mukaan nykyaikaiset, avarat hoitotilat sekä infektiopotilaiden sijoittaminen omalle puolelle osastoa (nk. infektiopuoli). Monipuoliset haavanhoitotuotteet ja –laitteet luovat edellytykset hyvälle hoidolle. Hoitotyön suunnittelussa hoitajat pitivät hoidon jatkuvuutta tärkeänä. Mikäli potilasta hoitaa joka päivä eri hoitaja ja lääkäri, hoitolinja ei välttämättä säily yhdenmukaisena. Infektiopotilaan hoitoa heikentävinä tekijöinä koettiin koulutuksen ja ohjauksen puute. Puutteellinen kirjaus hoitotyössä vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta. Yleisesti yhteisten hoitokäytänteiden puute sekä vanhat, pinttyneet

toimintatavat henkilökunnan keskuudessa koettiin hankaloittavan haavainfektioiden hoitoa. Haavainfektioiden hoidossa vääränlaisten tuotteiden valinta sekä huonot ja tehottomat hoitomenetelmät heikentävät hyvää hoitotulosta. Kiire ja suuri määrä eristyspotilaita osastolla lisäävät hoitotyön kuormittavuutta, mikä heijastuu myös haavanhoitotyön laatuun.

Osastolla 7 hoitajat kohtaavat päivittäin haavanhoitotyössä erilaisia haasteita, joista yksi tekijä on oikeanlaisten hoitomenetelmien ja haavanhoitotuotteiden valinta. Haavanhoitotuotteen tärkeimmiksi valintaperusteiksi tulosten mukaan nousivat haavan erityksen määrä, sekä haavan koko ja tyyppi. Valinnassa otettiin huomioon myös haavan sijainti ja hoidon taloudellisuus, sillä useat haavanhoitotuotteista ovat kalliita. Laajalti tuloksissa nousivat esille infektoituneen ja puhtaan haavan erilaiset hoitomenetelmät ja tuotevalinnat. Hoitajat olivat hyvin ymmärtäneet haavanhoidon peruseriaatteet, mikä näkyi esimerkkien kautta. Haavanhoitotuotteen valinnassa hyödynnettiin työtovereiden ja haavanhoitovastaavien kokemusta ja ammattitaitoa. Hoitajat olivat hyvin sisäistäneet haavanhoidon peruseriaatteet, mikä näkyi esimerkkien kautta.

Selvitän ensin, mitä ”haavalle haluan tapahtuvan...

Haavan ulkonäön, sijainnin, erityksen, ympäröivän ihon kunnon ja onko kyseessä infektoitunut vai puhdas haava.

Tiedon ja taidon perusteella...

Haavanhoitokäytänteet osastolla koettiin pääosin yhteneväisiksi. Tässäkin haavavastaavalla on suuri merkitys. Koulutuksen ja yhteisten ohjeiden sekä suositusten avulla toimintatavat kehittyvät samansuuntaisiksi. Yleisen arvion mukaan haavanhoidosta keskustellaan osastolla paljon ja tehdään tiimityötä. Haavanhoitoa suunnitellaan ja arvioidaan potilaskohtaisesti. Neuvoja ja opastusta saa tarvittaessa kollegoilta ja etenkin haavavastaavilta. Joskus lääkäri määrää tarkasti hoitolinjat haavanhoitoon. Haavanhoitotyössäkin jokainen tekee työtään oman ammattitaitonsa ja kokemuksensa pohjalta. Haavanhoitotuotteiden valikoima on laaja, joista jokainen valitsee tuotteet mieltymystensä mukaisesti. Kuitenkin tietyille haavatyypeille ja haavanhoidoille vaikuttaisi olevan yhtenäiset käytänteet, joita kaikki työssään noudattavat. Esimerkkeinä mainittiin mm. faskiotomiahaavojen hoito, steriili haavanhoito, säärimurtumien hoitolinjat sekä VAC-hoito.

Aika yhteneväisiä, mutta toki kaikilla on vähän omat tavat toteuttaa haavanhoitoa...

Haavanhoidosta keskustellaan hoitajien kesken kunkin potilaan kohdalla ja tarvittaessa kysytään neuvoa haavavastaavilta.

Lisäksi tulosten perusteella osastolta löytyy haavanhoitoon liittyen paljon niin kutsuttua hiljaista tietoa, hyväksi havaittuja periaatteita ja toimintatapoja, jotka ohjaavat hoitotyötä. Hyvän ja huolellisen kirjaamisen merkitystä haavanhoitotyön yhteneväisyydessä painotettiin. Sen avulla tiedon siirto sekä hoidon jatkuvuus varmistuvat. Haavanhoitoluokituksista tutkimuksessa tarkasteltiin VPK-M-luokituksen käyttöä päivittäisessä hoitotyössä. Tulosten mukaan luokitus oli osaston henkilökunnalle osittain tuntematon, mutta osa henkilökuntaa piti luokitusta yhtenä haavanhoidon perustekijöistä ja käyttävänsä sitä tärkeänä työkaluna päivittäisessä hoitotyössä haavanhoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa.

Luokituksen avulla voi seurata mihin suuntaan haava on menossa, onko se paranemassa vai pahenemassa.

Tiimityötä ja yhteisiä toimintamalleja pidettiin ensiarvoisen tärkeinä, hoidon tasoa ylläpitävinä tekijöinä. Huolellisen kirjaamisen ja dokumentoinnin arvoa alleviivattiin. Lähtökohtana hyvälle infektiopotilaan hoidolle on päivittäinen hoidon arviointi sekä tehokkaan, hyvän haavanhoidon toteuttaminen sekä aseptisen toiminnan toteutuminen.

...Kiire huonontaa, aina ei ehdi miettiä kaikkia vaihtoehtoja...

Ollaan ajan tasalla uusista haavanhoitokäytännöistä ym. Ollaan yhteisymmärryksessä haavojen hoidon suhteen.

Potilasohjauksen merkitys koettiin tärkeäksi, etenkin kotiutusvaiheessa. Haavat hoitaa osastolla yleensä hoitaja, vastuu siirtyy potilaalle hänen kotiutuessaan. Potilaan on osattava hoitaa haavaa ja seurata paranemista. Niinpä potilasta ohjataan omatoimisuuteen haavanhoidossa jo osastolla. Hoitaja keskustelee potilaan kanssa haavan hoitamisesta, näyttää hoitotoimenpiteiden yhteydessä mm. haavan puhdistuksen sekä oikeat sidosvalinnat. Hoitajien mukaan ohjaus on tärkeää myös potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta, sillä esimerkiksi tupakointi ja mobilisaatio-ohjeiden noudattaminen vaikuttavat huomattavasti haavan paranemiseen ja hoidolliseen tulokseen. Potilaan tulee tietää, miten itse voi suotuisasti vaikuttaa haavan paranemiseen.

”Ohjaus on todella tärkeä asia haavanhoidoissakin ja yleensä se osastolla toteutuukin hyvin, mutta ainahan on parantamisen varaa.”

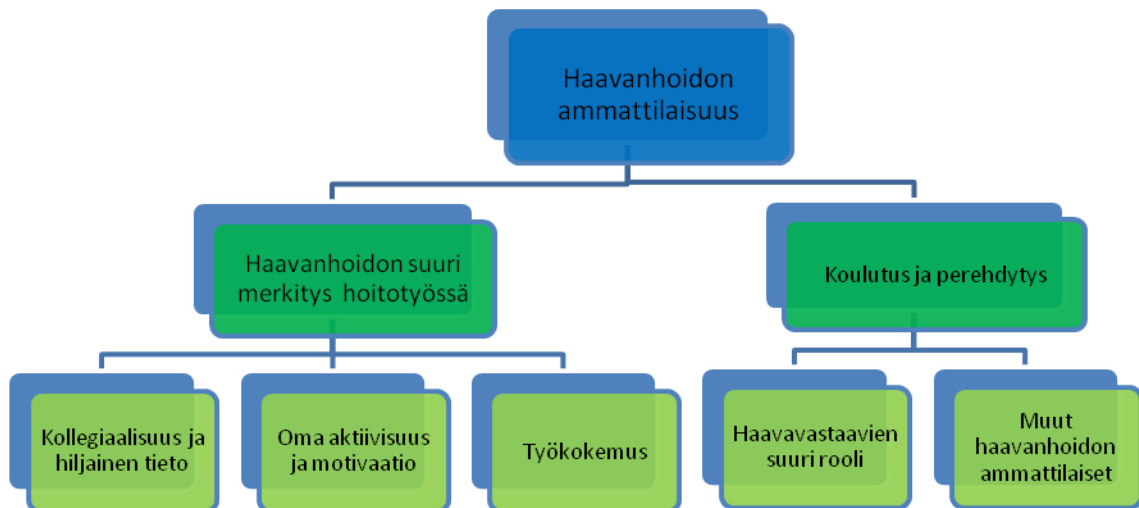
Tärkeimmäksi ohjausmenetelmäksi hoitajat arvioivat kirjalliset ja suulliset ohjeet kotiutustilanteessa. Kirjallinen ja suullinen menetelmä oli usein myös yhdistetty. Potilaalle saatettiin näyttää ensin haavanhoidon periaatteet, minkä jälkeen potilas sai itse hoitaa haavan hoitajan ohjatessa vierestä. Tämän jälkeen potilaalle annettiin vielä kirjalliset ohjeet. Osa vastaajista käytti menetelmää, että hoitaja hoitaa haavan ja kertoo mitä tekee, lisäksi antaa vielä kirjallisen materiaalin potilaalle.

”Kerron ja näytän miten haavaa hoidetaan. Lisäksi annan vielä kirjalliset ohjeet, joista voi neuvoa katsoa, jos unohtaa jotain. Annan myös osaston puhelinnumeron, jotta voi soittaa mikäli kysyttävää tulee.”

Haavanhoidon jatkuvuuden kannalta jatkohoitoon tai kotiin lähtiessä oleellisimmaksi keinoksi hoitajat kertoivat kirjalliset ohjeet, kuten hoitotyön yhteenveto tai mahdolliset valmiit hoito-ohjeet, jotka annetaan potilaalle mukaan. Kirjallinen ohje käytiin myös suullisesti läpi. Kirjallisten ohjeiden selkeyttä korostettiin. Tuloksissa selvisi, että jatko-hoito-ohjeiden antamiseen hyödynnettiin myös puhelinohjausta. Valokuvausta hyödynnettiin myös hoidon jatkuvuuden turvaamisessa, sillä osastolla otetaan valokuvia hoidon etenemistä vertailtaessa.

5.2 Ammatillisuus haavanhoidossa

Tutkimuksen avulla oli tarkoitus tarkastella henkilökunnan omaa arviota haavanhoito-osaamisesta. Yleisesti haavanhoidon arvioidaan olevan osastolla tehokasta ja hyvää. Haavanhoidossa sovelletaan uusinta tietoa ja hoitotyön suosituksia.



KUVIO 5. Haavanhoidon ammattilaisuus

Haavanhoitoon liittyvän koulutuksen ja perehdyttämisen rooli haavanhoito-osaamisessa on suuri. Koulutuksen tärkeys ilmeni myös kyselytutkimuksen tuloksissa. Pääosin kaikki vastanneet kokivat saaneensa haavanhoitoon liittyvää koulutusta ja ohjausta, mutta mielipiteet koulutuksen riittävydestä vaihtelivat. Henkilökunta oli saanut perehdytyksen pääpiirteittäin haavavastaavilta, työtovereilta ja koulutuksista. Perehdytystä saatiin lisäksi myös haavanhoitotuotteiden esittelijöiltä ja edustajilta, jotka kävivät osastolla esittelemässä uusimpia hoitoratkaisuja sekä haavanhoitotuotteita sekä kouluttamassa niiden käyttöön. Osaston lääkäreiltä ja kirurgeilta saatua koulutusta pidettiin myös yhtenä perehdytyksen muotona. Koulutuksen sisältö on ollut tarpeellista. Erityisen positiivisena seikkana nousi esiin hiljattain järjestetty kielekekoulutus, jota pidettiin hyödyllisenä. Kokemuksen kautta opittu tieto jaettiin työtovereiden kesken. Koulutuksesta saatua tietoa jaettiin myös niille, jotka eivät olleet päässeet paikalle.

Hyvät haavanhoidon yhdyshenkilöt, jotka tuovat tietoa osastolle.

Työn ohessa perehdyttäminen, koulutusta saisi olla ehkä lisää.

Haavanhoitovastaavien rooli asiantuntijoina ja uuden tietotaidon esittelijöinä koettiin erittäin tärkeäksi. He vastaavat osastolla koulutuksesta, antavat asiantuntija-apua ja jakavat uusimman tiedon käymistään koulutustilaisuuksista. Haavanhoitovastaavat osallistuvat säännöllisesti oman erikoisalansa koulutuksiin ja haavaryhmän palavereihin.

Oma aktiivisuus ja mielenkiinto haavanhoitotyötä kohtaan nousivat esiin merkittävänä tekijänä osaamisen ylläpitämisessä ja ammattitaidon kehittämisessä. Työkokemus ja laaja-alaisesta haavanhoidon tietotaito tuovat varmuutta haavanhoitotyöhön. Moni hoitajista kertoikin oppineensa parhaiten työssä sekä kollegoiden opastuksella. Koulutuksen ja yhteisten ohjeiden sekä suosituksen avulla toimintatavat kehittyvät samansuuntaisiksi. Lisäksi tuloksista selviää, että osastolta löytyy haavanhoitoon liittyen paljon ns. hiljaista tietoa, hyväksi havaittuja periaatteita ja toimintatapoja, jotka ohjaavat hoitotyötä.

Haavanhoito on laaja-alainen ja haastava hoitotyön osa-alue, joka korostuu päivittäisessä hoitotyössä osastolla 7. Haavanhoidon koetaan olevan hoitajien vastuulla. Kyselytutkimuksen mukaan haavanhoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa hoitajat kääntyvät useimmiten osaston haavavastaavien puoleen. Myös työtovereiden apu koetaan tärkeäksi. Kokemukseen ja hoitohenkilökunnan asiantuntijuuteen luotetaan. Neuvoja ja opastusta on saatavilla, ja ongelmien ratkaisua mietitään yhteistuumin. Tuote-edustajat ovat hyvänä konsultaatioapuna haavanhoitotuotteisiin ja -laitteisiin liittyen. Tuoteselosteisiin tutustuminen helpottaa oikean tuotteen valinnassa Osa vastanneista pyytää asiantuntija-apua ongelmatilanteessa erikoislääkäriltä, kuten plastiikkakirurgilta.

5.3 Haavanhoidon haasteet

Haavanhoito on haasteita tarjoava sekä monipuolista tietotaitoa vaativa hoitotyön osa-alue. Kyselyssä nousikin ilmi monenlaisia haasteellisia ja vaikeina koettuja tekijöitä haavanhoitoon liittyen. Haavanhoidon koettiin olevan pääosin hyvin toteutettua, mutta parantamisen varaakin löytyi tulosten mukaan.



KUVIO 6. Haavanhoidon haasteet

Hoitokäytänteiden arvioitiin olevan samansuuntaisia, mutta eriäviäkin mielipiteitä löytyy. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että hoitokäytänteet osastolla ovat varsin kirjavia. Erityisesti parannusta toivottiin infektiohaavojen haavanhoitoon.

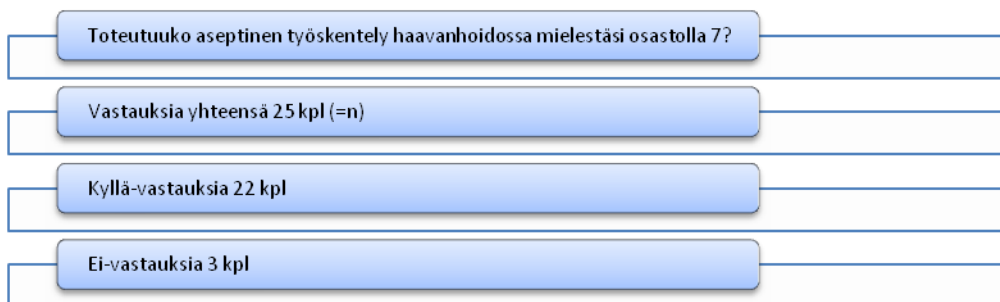
Melko kirjavaa ikävä kyllä...

Haavanhoitoluokituksista nostimme esille VPK-M-luokituksen, joka on haavanhoidon yksi perusluokituksista ja laajalti käytetty. Kyselyyn vastanneista noin kolmasosa ei tuntenut kyseistä luokitusta tai oli sitä mieltä, ettei kyseinen luokitus ole käytössä osastolla 7. Osa tuntee luokituksen, muttei sovelia sitä käytännön hoitotyössä.

Mikä on tuo luokitus?

Luokitus ei ole tuttu nimeltään, mutta luokituksen sisältö on käytössä päivittäin.

Hyvän aseptiikan toteuttaminen on haavanhoidossa välillä vaativaa. Osa hoitajista arvioi aseptiikan tason riippuvan hoitajasta. Haavatuotteiden valinta aiheuttaa joskus päänvaivaa. Haavatyypeistä ongelmallisina mainittiin pitkäaikaiset, syvät, laajat ja infektoituneet haavat. Myös kielekkeiden sekä suurten ihonsiirteiden hoito koettiin vaativaksi, samoin jos haava sijaitsee anatomisesti haastavassa paikassa. Potilasohjaus, potilaan huono yhteistyökyky sekä motivaation puute voivat aiheuttavat lisätyötä haavanhoidon toteutukseen. Resurssitekijöistä ajanpuute ja hektinen työtahti nostettiin esiin haavan-hoidon haasteena.



KUVIO 7. Aseptiikan toteutuminen osastolla

Haasteellista joskus valita se yksi ja oikea tuote haavalle kaikista mahdollisuuksista. Tuotteita on niin monia.

Löydänpö sopivan haavanhoitotuotteen haavalle, mitä tehdä jos haava ei hoidosta huolimatta näytä paranevan.

Haavainfektioiden hoidon onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät. Osa hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä ovat hoitohenkilökunnasta riippumattomia, ja liittyvät muun muassa henkilöstöresursseihin ja hoitoympäristöön. Koulutuksen ja ohjauksen puute heikentää ammattitaitoisen hoidon toteutumista. Puutteellinen kirjaus hoitotyössä vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta. Yleisesti yhteisten hoitokäytänteiden puute sekä vanhat, pinttyneet toimintatavat henkilökunnan keskuudessa koettiin hankaloittavan haavainfektioiden hoitoa. Haavainfektioiden hoidossa vääränlaisten tuotteiden valinta sekä huonot ja tehottomat hoitomenetelmät heikentävät hyvää hoitotulosta. Myös kirjaamiseen kaivattiin parantamista ja aseptiseen työskentelyyn tarkkuutta. Lisäksi hoitoa pitäisi suunnitella etukäteen ja potilasohjausta kehittää. Osastolla on paljon erityyppistä haavanhoitoa ja sen

vuoksi suuri valikoima haavanhoitotuotteita, mikä aiheuttaa valinnanvaikeutta hoitajissa. Tähän toivottiin yksinkertaistamista.

...Selkeät toimintaohjeet...

Ongelmahaavojen yhteydessä enemmän yhteistä keskustelua, mietintää miten edetään...

Osa hoitajista harmitteli koulutuksen määrän olevan liian vähäistä, osa koki saaneensa riittävästi perehdytystä haavanhoitotyöhön. Vuorotyöstä sekä kiireestä johtuen osallistumisen koulutuksiin koettiin olevan hankalaa. Hoitajat toivoivatkin järjestettävän yhteisiä koulutuspäiviä haavanhoitoon liittyen, joihin mahdollisimman moni voisi osallistua. Koulutustilanteen arvioitiin myös huontuneen viime aikoina.

Koulutusta ei hirveästi ole ollut. Lähinnä työkavereiden ohjaus...

Koulutuksia on ollut hyvin. Itse osallistuttava aktiivisesti.

"Enemmän koulutusta kaikille!"

Koulutus koko henkilökunnalle. Ja seuranta, että toimitaan myös ohjeiden mukaan. Aseptinen työskentely! Hoidon suunnittelu etukäteen, potilaan ohjaus.

Hoitoympäristöstä johtuvia tekijöitä nousi esiin useita. Kiireisen työrytmin arveltiin heikentävän erityisesti käsihygienian ja muiden aseptisten toimintaperiaatteiden toteutumista. Eristyspotilaiden hoito kuormittaa infektiopuolen hoitajia, ja aiheuttaa kiirettä. Resurssitekijöistä korostettiin ajoittaista paikkapulaa, jolloin infektiopotilaita joudutaan joutuvat hoitamaan käytäväpaikoilla. Huonona tekijänä mainittiin ahtaat potilashuoneet sekä yhteisten suihkutilojen käyttö. Myös ruuhkainen leikkaussalitalanne koettiin laadukkaan hoidon uhkana. Varsinkin haavarevisiopotilaat joutuvat odottamaan joskus useita päiviä päästäkseen toimenpiteeseen. Haavainfektioiden hoitoon ja sen tehokkuuteen vaikuttaa myös potilas itse. Ko-operaation puute sekä saatujen ohjeiden huomiotta jättäminen voi pahimmassa tapauksessa pilata muutoin hyvin ja asianmukaisesti toteutetun haavanhoidon.

Valitettavasti varsin moni hoitohenkilökunnan jäsen oli jättänyt vastaamatta vapaan sanan osioon, jolla he olisivat mahdollisesti voineet itse vaikuttaa osastolla tapahtuvaan kehitykseen. Tuloksissa nousi kuitenkin esille useita, kehittämistä kaipaavia osatekijöitä haavanhoitoon liittyen. Lisäkoulutuksen tarve on tulosten mukaan ilmeinen. Myös kirjallisia, virallisia toimintaohjeita kaivattiin osas-

tolle selkeyttämään haavanhoidon toteuttamista. Ongelmahaavojen yhteyteen haluttiin enemmän yhteistä keskustelua ja mietintää hoitolinjauksista. Jos potilaalla aloitetaan uuden tuotteen käyttö haavanhoidossa, se pitäisi perustella hoitosuunnitelmassa, jotta tuotteita ei vaihdettaisi uuteen muutaman päivän välein.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten kokonaistarkastelussa selvisi, että osaston henkilökunta arvioi haavanhoidon kokonaisuudessaan toteutuvan hyvin ja ammattitaitoisesti. Käytännön haavanhoitotyössä korostettiin osaston erityisluonnetta vaativan haavanhoidon ja monipuolisten hoitotekniikoiden toteuttajana. Edellytykset haavanhoidon toteuttamiseen ovat hyvät, mutta osaston kuormittavuus laskee työtehoa ja optimaalisen hoidon toteuttamista.

Yhtenä tutkimustehtävistä oli selvittää hoitohenkilökunnan haavanhoitoon saaman koulutuksen sekä perehdytyksen määrää ja riittävyttä. Osastolla toteutettiin koulutusta ja tietoiskuja haavanhoitoon liittyen, mutta mielipide-erot sen riittävydestä olivat suuret. Lisäkoulutuksen järjestäminen nousi haavanhoidon kehittämistarpeissa suurimmaksi ongelmakohdaksi. Lisäksi tutkimustuloksista kävi ilmi, että erityisesti infektiohaavojen hoidossa sekä haavanhoitotuotteiden valinnassa ja käytössä hoitajien taidoissa olisi parantamisen varaa. Tutkimustuloksissa törmäsimme myös muutosvastarinnan esiintymiseen hoitajien keskuudessa: Uusinta tietoa ja hoitosuosituksia ei aina toteuteta käytännössä, vaan suositaan vanhoja, perinteisempiä haavanhoitomenetelmiä. Lisäkoulutuksella haavanhoidon laatua ja kustannustehokkuutta voitaisiin parantaa. Näin esittävät tutkimuksessaan Smith ym. Tutkimuksessa tehtiin kaksi kyselyä hoitohenkilökunnalle ennen ja jälkeen lyhyen tehokoulutuksen. Jo pian koulutuksen jälkeen hoitajien haavanhoito-osaamisessa oli nähtävissä kehitystä ja haavanhoidon kustannusten laskua. (Smith, Greenwood & Searle 2010, 394–402).

Selvityksessään vuodelta 2009 joukko tutkijoita (Gray, White, Cooper, Kingsley, Young, 2009, 4–9) arvioi erilaisia haavanhoitoluokituksia ja niiden käytettävyyttä ja etuja haavanhoidossa. Tuloksista selvisi, että luokitusten avulla haavanhoidon ammattilaisen on helpompaa suunnitella potilaan haavanhoitoa, tehdä diagnostisia erittelyjä haavan ominaisuuksista sekä valita oikeat haavanhoitotuotteet ja -välineet. Omassa tutkimuksessamme esiin nostettu VPK-M-haavanhoitoluokitus ei ollut tutkimustulosten mukaan saavuttanut osastolla vakiintunutta asemaa haavanhoidon suunnittelun apuvälineenä, vaikka osa hoitajista sitä työssään käyttääkin. Lisäksi tutkimuksessa tuli esille, että osastolle kaivattaisiin enemmän selkeitä kirjallisia toimintaohjeita haavanhoidon avuksi. Tässä lieneekin yksi tärkeä koulutusteema osaston haavanhoito-osaamista kehitettäessä.

Yorkshiressa toteutuneessa pilottiohjelmassa kolmella paikkakunnalla sairaanhoitajat ottivat käyttöön haavanhoitoluokituksen (AWM = Applied Wound Management) ja sen käytöstä saatiin ratkaisevia tuloksia: Haavanhoitotyön dokumentointi, kirjaaminen sekä vuorovaikutus hoitavan tiimin jäsenten välillä kohenivat sekä koulutustarpeet sekä haavanhoidossa esiintyvät heikkoudet määrittivät tarkemmiksi. Hyvien tulosten kannustamana pilotointihanketta laajennettiin myöhemmin Yorkshiressa. (Barrett 2009, 10–13.) Tämän tutkimuksen perusteella haavaluokituksen säännömukaisesta käytöstä näyttäisi olevan hyötyä käytännön haavanhoitotyössä.

Tutkimustulosten perusteella osaston hoitohenkilökunnalla on selkeä näkemys haavapotilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä sekä pyrkimys sen toteuttamiseen. Kivunlievityksessä hoitokäytännöt noudattavat yleisiä toimintamalleja. Ravitsemusasioissa hoitajat ymmärtävät ravitsemuksen merkityksen haavan paranemisprosessissa sekä ohjaavat potilasta ravitsemukseen liittyvissä asioissa ja suunnittelevat potilaan päivittäisen ruokavalion haavanhoitoa edistäväksi. Ravitsemusosaaminen koettiin merkittäväksi osatekijäksi haavanhoitotyössä. Samankaltaisiin tuloksiin ovat päätyneet myös Taru Ratinen sekä Marja-Helena Sohlberg opinnäytetyössään Haavahoitajan näkemyksiä ravitsemuksesta osana haavanhoitoa vuonna 2009 Lahden ammattikorkeakoulussa.

Potilasohjauksen laatua ja merkitystä hoitajat painottivat haavanhoitotyön eri osa-alueilla. Suurin osa hoitajista kertoi keskustelewansa potilaan kanssa haavan paranemisprosessista, motivoivansa potilasta omatoimiseen haavanhoitoon ja painottivat elintapojen ja ravitsemuksen merkitystä haavan paranemisessa. Heinonen ja Kaikkonen (2010) puolestaan saivat jonkin verran eriäviä tuloksia tutkimuksessaan. Sen mukaan potilaista vain osa sai tietoa ravitsemuksen merkityksestä ja elintapojen vaikutuksesta. Kirjallinen ohjaus ja hoitajan luoman rauhallinen asenne auttoivat ohjaustilanteen onnistumisessa. Omassa tutkimuksessaan hoitajat pitivät tärkeänä yhteistä keskustelua potilaan kanssa sekä sitä, että ohjauksessa annettu tieto on ymmärretty ja lisäohjeita saa tarvittaessa.

Aseptista toimintaa koskien osaston henkilökunta totesi lähes yksimielisesti hygieniosaamisen tason olevan hyvä, joskin parannettavaa löytyy. Erityisesti infektiohaavojen hoidossa esiintyy ongelmia, joista osa johtuu hoitohenkilökunnan haavanhoitotyöstä. Ongelmatekijöiksi nousi useita hoitajista riippumattomia asioita, kuten resurssitekijät ja potilaan sitoutumattomuus hoitoon. Haavanhoidon aseptisessä toteutumisessa kehityshaasteet koettiin osin yhtäläisiksi Suvi Pispan tekemän tutkimuksen kanssa. Pispaa selvitti tutkimuksessaan hoitajien aseptisen työskentely toteu-

tumista erityisesti kroonistuneiden haavojen hoidossa. Ongelmatekijöinä molemmissa tutkimuksissa nousivat esiin hoitajien koulutuksen puute, runsas haavanhoitotuotevalikoima sekä oikeaoppisen käsihygienian toteutuminen. Uusien tietojen päivittämistä kaivattiin. (Pispa, 2009.) Näin ollen johtopäätöksenä voisi todeta, että sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidon puolella haavanhoidon haasteellisina koetut tekijät ovat osittain samat. Koulutus, aseptiikka ja oman ammattitaidon ylläpito muodostavat hyvän laatupohjan haavanhoitotyön toteutumiselle.

Potilaasta itsestään johtuvat tekijät nousivat voimakkaasti esille haavanhoitotyötä arvioitaessa. Hoitomotivaation puute, elämäntapatekijät ja haasteelliset potilasryhmät (sekavuus, kooperaation puute) asettavat hoitajalle paljon haasteita, joista tämän tulee selvittää, jotta potilaan hoitoprosessi etenee.

Tutkimustuloksia laaja-alaisesti tarkasteltuna haavanhoito vaikuttaa olevan osastolle 7 erittäin merkittäväksi koettu osaamisalue, jonka toteuttamiseen hoitajat ovat motivoituneita ja haluavat ylläpitää omaa ammattitaitoaan. Kritiikkiä nousi esiin eniten vääränlaisista toimintamalleista, kuten sidosvaihtoista ja haavanhoidon tehottomuudesta. Vaikka tiimityö ja raportointi osastolla toteutuvatkin pääosin hyvä, haavanhoitoprosessiin ja sen kirjaamiseen toivottiin suunnitelmallisempaa asennetta. Hyvin suunniteltu, tarkoin perusteltu haavanhoitotyö kantaa hedelmää luotettavammin kuin päivittäin vaihtuvat haavanhoitomenetelmät ja työtavat.

Haavanhoito on laaja, hoitajan kykyjä monipuolisesti vaativa hoitotyö osa-alue, jonka toteuttaminen vaatii hyvää ymmärrystä niin hoitotyöstä kuin fysiologiasta ja anatomiastakin. Ala kehittyy voimakkaasti ja muuttuvat hoitosuosituksiset, tuotevalikoiman runsaus ja uudet haavanhoitovälineet asettavat haastavat hoitohenkilökunnan tietotaidon yhä uudelleen. Tutkimustulosten mukaan osasto 7 henkilökunnan haavanhoito-osaaminen on asiantuntevaa, mutta parannustoimien avulla sen kustannustehokkuutta ja hoidon vaikuttavuutta voitaisiin entisestään kehittää.

Meidän haavanhoidon puolesta voi liputtaa ja ylpeänä kertoa olevansa seiskalla!

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia haavanhoidon osaamista OYS: n traumakirurgisella osastolla. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemoitettua kyselykaavaketta. Tiedonantajina toimivat osaston 7:n hoitohenkilökunta. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmetodia lisättynä kvantitatiivisen metodin piirteillä ja vastaukset käsiteltiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkimustulokset osoittivat, että haavanhoito on monipuolista ja vaativaa. Haavanhoito-osaaminen on hyvää ja laaja-alaista. Hoitohenkilökunta on saanut haavanhoitotyöhön koulutusta ja perehdytystä, mutta koulutuksen määrään ja sisältöön toivottiin parannusta. Tuloksissa esille nousevia kehittämistarpeita olivat mm. aseptisen toiminnan ja haavanhoidon suunnitelmallisuuden tehostaminen sekä resurssitekijöistä nousevat haasteet.

7.1 Eettisyyden ja luotettavuuden haasteet tutkimusprojektissa

Erytisesti ihmistieteisiin kuuluvissa tutkimuksissa eettisyyteen liittyviä kysymyksiä nousee esille väistämättä. Näihin ongelmiin tutkijan olisi hyvä perehtyä jo tutkimusaihetta hahmotellessaan. Haastattelutyypisessä tutkimuksessa kohtamme tutkittavan ilmiön, haastateltavan, joten tutkimusetiikan pelisääntöjen tulisi olla hyvin hallussa ennen tutkimuksen suorittamista. Jokainen tutkimus on ainutlaatuinen ja kohdattavat ongelmat vaihtelevat, mutta yleispäteviin normeihin ja hyviin käytäntöihin on hyvä tukeutua. (Hirsjärvi ym. 2001, 16–20.)

Eettisiä kysymyksiä tutkimusprosessissa nousee esille vaiheittain. Aluksi tulee tarkastella kriittisesti sitä, mikä on tutkimuksen tarkoitus. Mitä se antaa tutkijalle, ehkä tutkimustilajalle, auttaako se tutkittavaa ilmiötä tai tilannetta? Omassa tutkimuksessamme päätarkoituksena on tehdä kattava selvitys haavanhoito-osaamisesta, jotta osastolla voitaisiin puuttua epäkohtiin ja ongelmiin, antaa tarvittaessa lisäkoulutusta, kehittää haavanhoitoa ja potilastyön laatua. Meille tutkijoille haavanhoito-osaamisen tutkiminen antaa valmiuksia hyvän haavanhoidon toteuttamiseen ja haavanhoidon laadukkuuden arviointiin. Lisäksi tutkimuksen näkökulmana oleva oman hoitotyön arviointi ja itsereflektointi auttaa hoitajia oman työskentelyn analysoinnissa ja puutteiden havaitsemisessa. (Hirsjärvi ym. 2001, 16–20.)

Tutkimuksen eettiseen toteutukseen kuuluu huolellinen suunnittelu ja tutkittavien henkilöiden suostumuksen takaaminen sekä heidän anonyymiteettinsä turvaaminen. Toteutimme tutkimuksen kysymyskaavakkeella, jonka saatekirjeessä esittelimme ja sen, että jokainen vastaaja tunnistamattomana. Kysymyskaavakkeeseen emme valikoineet kysymyksiä, joiden perusteella hoitohenkilökuntaan kuuluva voitaisiin tunnistaa vastauksia analysoitaessa. Kysymyskaavakkeena toteutettu tutkimus vaatii työntekijältä hetken aikaa sekä analysointikykyä.

Tutkimustulosten purkamisvaiheessa luotettavuustekijät nousevat voimakkaasti esiin. Vaikka tutkimussuunnitelma, kysymyskaavake ja kyselyhaastattelun toteutuminen palvelisivatkin laadukkaasti tutkimuksen syntymistä, tutkimustuloksien analyysivaiheessa voidaan vielä menettää tutkimuksen ”punainen lanka” ja jopa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Analyysivaiheelle tuleekin luoda riittävästi aikaa. Vastausten joukosta oikeiden johtopäätösten ja teemojen esiin nostaminen vaatii tutkijalta paljon, varsinkin avointen kysymysten purkaminen ja kokoaminen. Huonosti tulkitut vastaukset ja vastausten mielivaltainen muokkaus heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Loppuraportin tulee esittää tutkimuksessa esille tulleet faktat tarkasti ja tuloksille uskollisesti. Se toimii koavana tekijänä nivoen yhteen tutkijan tavoitteet ja saadun materiaalin yhteiseksi konsensukseksi. (Hirsjärvi ym. 2001, 19–20.) Kysymyskaavakkeen muotoilulla ja sisällöllä on suuri painoarvo tutkimukselle. Väärin valikoidut teema-alueet, huonosti muotoillut kysymykset ja aiheeseen perehtymättömyys ohjaavat kyselyyn vastaajaa väärille urille.

Tutkimuksen luotettavuuden tehostamiseksi ja saadaksemme lisätietoa tutkittavasta ilmiöstä eli kirurgisten ja traumaattisten haavojen hoidosta, konsultoimme markkinoiden johtavia haavanhoitotuotteiden valmistajia, kuten Mölnlycke Ab:n asiantuntijoita. Useampi yritys onkin ollut kiinnostunut hankkeestamme ja ohjeistanut meitä mm. runsaalla materiaalilla. Kaupallista materiaalia tutkimuksessa käyttäessämme oli kuitenkin otettava huomioon ehdottoman puolueeton näkökantata.

Aikatauluongelmaa oli koko opinnäytetyöprosessimme ajan. Yhteistä aikaa projektille oli hankala löytää erilaisten elämäntilanteiden sekä työ- ja opiskelukiireiden vuoksi. Ajankäytön suunnittelu ja päämäärätietoinen työskentely olivat avainasioita tätä ongelmaa ratkaistaessa.

Tutkimustyötä tehdessä tulee hahmottaa eteen mahdollisesti tulevia esteitä ja uhkia, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin ja tutkimuksen syntyprosessiin. Riskien kartoittaminen etukäteen helpottaa työn suunnittelua myöhemmin ja auttaa ongelmatilanteita ratkaistaessa. Tutkittavana kohteena on ihmisten käyttäytyminen ja toimintatavat, kaikkiin uhkatekijöihin emme voi vaikuttaa etukäteen. Tutkimuksessamme olemme pyrkineet laatimaan viitekehysten niin, että se tarkoin koskettaa juuri kirurgista ja traumaattista haavanhoitoa. Erityisesti kyselytutkimusta tehdessämme kiinnitämme huomiota tutkimuksen luotettavuuteen ja kattavuuteen. Vähäinen vastaajamäärä sekä puutteelliset vastaukset heikentävät omalta osaltaan tutkimuksen tavoitteita ja luotettavuutta koko osaston haavanhoito-osaamisen tulkitsijana.

Kysymyskaavakkeessamme oli monivalintaosioita, joten analyysivaiheessa osa tutkimustuloksista esitettiin kvantitatiivisen analyysin keinoin. Kahden tutkimusmetodin yhdistäminen laajaan ja monikirjoiseen työhön napakasti ja selkeästi voi olla haasteellista. Koimme toisaalta, että tiedon monitahoinen keräys, muokkaus ja analysointi antavat tutkittavalle ilmiölle syvyyttä. Lomaketyypisissä kyselyissä henkilökohtaisia vastauksia pystyy useimmiten muokkaamaan ja kaunistelemaan, jolloin tutkimustuloksetkin vääristyvät. Meidän haasteenamme olikin kyselystä sellainen, että vastaajat kokevat sen merkityksellisenä ja johon he haluavat vastata totuudenmukaisesti omia taitojaan ja tietojaan haastaen. Kyselytutkimusta esitellessä tulee myös ilmaista selkeästi se, että kaikki osallistuvat säilyvät anonyymeinä, jottei pelko silmätikuksi joutumisesta aiheuttaisi aineistokatoa.

Kyselylomaketta esiteltiin OYS: ssa kirurgisella osastolla 6, jossa potilasmateriaali on osasto 7:n kanssa osittain samankaltainen ja täten haavanhoitokin noudattaa samoja piirteitä. Esitetauksen tarkoituksena oli testata haastattelurunkoa, aihesisältöä sekä haastatteluvälineen, tässä tapauksessa kysymyskaavakkeen toimivuutta. (Hirsjärvi ym. 2001, 72). Esitetauksessa saatujen parannusehdotelmien mukaan muokkasimme kyselylomaketta toimivammaksi muun muassa muokkaamalla kysymyksen asettelua, parantamalla tekstin ymmärrettävyyttä sekä poistamalla liian sisällöltään liian samankaltaisia kysymyksiä.

6.1 Tutkimuksen arviointi

Opinnäytetyömme aihevalinta on mielestämme hyvin perusteltu sen tarpeellisuuden vuoksi ja omaa erikoistumisalaa silmällä pitäen. Haavanhoitotyöhön tutustuminen on lisännyt ammatillista osaamistamme. Tutkimuksen tarkoituksena oli toimia hoitotyön osaamisen kartoittajana, ja tässä tavoitteessamme onnistuimme. Yhteistyö tilaajatahon kanssa sujui ongelmitta. Olemme tyytyväisiä tutkimuksen toteutukseen ja tutkimuksesta saatuihin tuloksiin. Erityisen kiitollisia olemme hyvästä vastausprosentista. Korkeaksi noussut vastausprosentti antaa viitteitä siitä, että hoitohenkilökunta on motivoitunut haavanhoitotyöhön, arvostaa sitä tärkeänä hoitotyön osa-alueena ja haluaa kehittää osaston haavanhoitoa. Tämä asenne oli nähtävissä kauttaaltaan myös tutkimustuloksissa.

Laaja vastausmateriaali ja hyvä vastausprosentti lisäävät tutkimuksen arvoa ja sen luotettavuutta. Tutkittavien (osaston hoitohenkilökunta) valinta on toteutettu mielekkäästi ja toimeksiantajan toivetta mukaillen. Aineisto dokumentoitiin tarkasti ja analyysivaiheen päättelyprosessi on näkyvillä loppuraportissa. Analyysivaiheessa olemme paneutuneet kyselyn avulla saamaamme materiaaliin huolellisesti ja antaumuksella olennaisten tutkimustulosten esiin saattamiseksi. Vastausanalyseissa olemme kunnioittaneet alkuperäisilmaisuja ja pyrkineet luomaan tuloksista kokonaisvaltaisen synteessin. Mielestämme tutkimuksen metodologia ja aineistonkeruumenetelmä sopivat tutkittavan ilmiön luonteeseen hyvin. Tutkimuksen avulla saimme laaja-alaisesti informaatiota tutkimusongelmiin. Viitekehysten tietopohja valittiin palvelemaan tutkimusmenetelmää, ja olemme valinneet lähdekirjallisuuden kriittisesti, uusinta tietoa etsien. Olemme mielestämme kuvanneet haavanhoitoa relevantisti ja pyrkineet arvioimaan saatuja tutkimustuloksia aiemman tutkimustiedon valossa.

7.2 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyön toteuttaminen laadullisena tutkimuksena on ollut vaativaa, joskus työlästäkin, mutta antoisaa. Olemme molemmat ensikertalaisia tutkimuksen tekijöinä ja tutkimusluonteisen päätötyön tekijöinä, joten prosessin varrelle mahtui monenlaisia sudenkuoppia ja haasteita, jotka olemme kuitenkin selättäneet sisukkaalla työskentelyllä sekä ohjaajien antaman opastuksen turvin. Tutkimus laadullista menetelmää metodina käyttäen osoittautui hyvin dynaamiseksi mekaniismiksi, joka eli vielä loppuraporttia kirjoitettaessa. Tutkimuksen muotoutumiseen vaikuttivat viitekehyksestä saatu kokonaiskuva tutkimuksen alla olevasta ilmiöstä sekä kyselykaavakkeen

luonnosteluvaihe, jossa viitekehysten raamit tarkentuivat. Näin ollen opinnäytetyössä edeltävät vaiheet olivat toimineet vasta suunnannäyttäjinä, ja varsinainen tutkimus ja saadut tulokset ohjasivat meidät varsinaiseen päämäärään. Käsivällisyys tutkittavaa kohdetta kohtaan oli tärkeää, samoin kyky sietää epätäydellisyyttä ja keskeneräisyyden tunnetta tutkimuksen aikana. Haavanhoito ilmiönä on erittäin laaja-alainen, ja pitkän aikaa koimme vaikeaksi viitekehysten rajaamisen. Viimeistään kysymyskaavaketta hahmotellessamme tutkimusta palvelevat olennaiset teemat tarkentuivat, ja pystyimme syventymään niihin saadaksemme lisää valmiuksia tutkimuksen analysointiin ja johtopäätösten tekoa varten.

Opinnäytetyö kirjallisena tuotoksena on melko laaja ja tarkkoine asetuksineen kirjoittajaa tiukasti ohjaileva työlaji, jonka tuottamisessa onnistuaksemme meidän tuli syventyä ja yhä uudelleen kerata kielenhuollon koukeroita, viittaustekniikkaa ja lähdemerkintöjen oikeaoppista merkintää. Kahden kirjoittajan toisistaan eroavien kirjoitustyylien yhdistäminen ja hiominen harmoniseksi kokonaisuudeksi vaati hyvää yhteistyötä.

Yleisesti haavanhoitoa koskevasta tutkimuksesta olemme suuntautuneet työkokemuksen, lähdekirjallisuuden ja osaston yleisluonteen ymmärtämisen myötä enemmän kohti traumakirurgista, erikoissairaanhoidossa toteutettavaa haavanhoito-osaamisen ”läpivalaisua”. Kuten Eskola ja Suoranta teoksessaan Johdatus laadulliseen tutkimukseen toteavatkin, etenkin kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruun vaiheet ja tutkimusprosessi nivoutuvat yhteen. Työskentelymme tutkimuksen parissa alkoi jo muutama vuosi sitten, kun valitsimme opinnäytetyön aiheen. Opintojen edetessä tutkimuksen luonne selkeytyi mielessämme ja käytännön työkokemuksen lisääntyminen harjoittelupaikoissa sekä kesä- ja osa-aikatyössä on lisännyt tietotaitoamme haavanhoidon saralla. Näin ollen olemme saaneet arvokasta tosielämän tietoa haavojen hoidosta, jota hyödynsimme etenkin kysymyslomaketta muovatessamme ja haastattelun tuloksia analysoidessamme. Koemme, että ilman omakohtaisia kokemuksia kirurgisten ja traumaattisten haavojen hoidosta tutkimuksen suunnittelu olisi ollut paljon haastavampaa ja oikein kohdennettujen kysymysten asettelu hankalaa. Kun tiedämme itse, millaisesta hoitotyöstä on kyse, on helpompi ohjata kysymykset koskemaan juuri jokapäiväistä työtä. Näin tutkimus asettuu käytännön tasolle, eikä jää tyhjäksi teoreettisten hypoteesien esittämiseksi. Valmistava seminaari avasi meille tutkittavan aihealueen, ja tutkimussuunnitelma asetti työskentelyllemme raamit.

Koemme, että opinnäytetyö oppimisprosessina on tarjonnut meille paljon. Se on opettanut meille ajankäytön suunnittelua ja pitkäjänteisyyttä. Opinnäytetyö viivästy ajallisesti, mutta olemme tiedostaneet puutteemme prosessin aikana ja hyväksyneet aikataulu-muutoksen. Tavoitteena oli molemmilla saada tuotetuksi uutta, hoitoalaa kehittävää tietoa haavanhoidosta tutkimuksen avulla ja arvioimme, että olemme saavuttaneet tavoitteemme erittäin hyvin. Saavuttamiimme päämääriin pääsimme pitkäkestoisen prosessin myötä, jonka aikana tietämyksemme haavanhoidosta ja hoitotyöhön kohdistuvasta tutkimuksesta kasvoi suuresti. Aiomme vieraila osastolla 7 ja julkistaa tulokset suullisesti osastotunnilla pidettävässä raportissa. Ajatuksena on, että keskustelutilaisuudessa tutkimustulokset konkretisoituvat paremmin henkilökunnalle ja tässä tilaisuudessa on myös mahdollisuus keskustella asiasta, esittää mielipiteitä ja tehdä selventäviä kysymyksiä. Yhtenä päämääränäme projektissa on herättää osastolla keskustelua haavanhoidosta, sen ongelmista ja hygieniosaamisesta. Olisi hienoa, jos projekti ”jatkaisi elämää” tulosten julkistamisen jälkeen ja sen avulla kirurgista haavanhoitoa tehostettaisiin.

Opinnäytetyömme julkaistaan kirjallisen version lisäksi sähköisesti Theseus-opinnäytetyötietokannassa, jossa se on käytettävissä tiedonhakuun. Salassapito- ja tietosuojasioissa noudatamme OAMK:n sekä OYS:n yleisiä ohjeita.

Tutkimuksena haavanhoidon osaamisen arviointi oli varsin mielenkiintoinen tehtävä ja avasi meidän silmiämme tutkittavan ilmiön laaja-alaisuudelle ja suurelle vaikuttavuudelle kirurgisen potilaan hoitotyössä. Niinpä jatkokehitysideana virisikin ajatus siitä, että samankaltaisen kyselytutkimuksen voisi hankkeistaa koskemaan kaikkia OYS:n kirurgian klinikan vuodeosastoja. Erikoissairaanhoidon lisäksi haavanhoito-osaamista tarvitaan kaikkialla perusterveydenhuollossakin, joten osaamista tulisi arvioida myös näillä toimialoilla (terveyskeskukset, kotisairaanhoido ja laitoshoido). Erityisesti kuntaliitoksen toteutuessa ja Uuden Oulun syntyessä 1.1.2013 olisi tärkeää, että hoitokäytänteet yhdenmukaistuisivat. Osaamisen arviointi ja kehittämistarpeet voisivat toimia tienviittoittajina uusille alueellisille haavanhoitokoulutuksille ja hoidon jatkuvuuden sekä kustannustehokkuuden kehittämistyölle.

LÄHTEET

Ahokas T., Heinänen, T., Heiskanen-Kuisma K., Hietanen, H., Iivanainen, A., Iso-Aho, M., Juutilainen, V., Lepäntalo, M., Tukiainen, E., Sane, T. & Valtonen, V. 2009. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009;125(4): 457–65. Hakupäivä 7.4.2012. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97876.pdf>

Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S., Ukkola, V. 2001. *Kirurgia*. Porvoo: WSOY.

Alahuhta, M., Iivanainen, A., Skarp, E. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. *Haava* 4/2008, 25–29.

Alhava, E., Höckerstedt, K., Leppäniemi, A., Roberts, P. J. *Kirurgia*. 2010. *Duodecim*.

Anttila, V.-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. 2011. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. *Kuntaliitto*.

Anttila A-K. Aseptinen haavanhoito. 2010. Theseus-opinnäytetyökokoelmat. Hakupäivä 27.11.2011.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/20707?show=full>

Arstila, A., Björkqvist S., Hänninen, O. & Nienstedt, W. 2004. *Ihmisen fysiologia ja anatomia*. 15. painos. Porvoo: WSOY.

Ayala, J., Blume, P., Lantis, J. Payne, W. & Walters, J. 2007. Comparison of Negative Pressure Wound Therapy Using Vacuum-Assisted Closure With Advanced Moist Wound Therapy In The Treatment Of Diabetic Foot Ulcers: a Multicenter Randomized Controlled Trial. Hakupäivä 13.4.2012.

<http://care.diabetesjournals.org/content/31/10/e77.full>

Barrett, S. 2009. Using Applied Wound Management (AWM) as an audit tool within a primary care trust. *Wounds UK* 2009. Vol 5, No 4, 10–13.

Bjälie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2008. Ihminen, fysiologia ja anatomia. 1.-5. painos. Porvoo: WSOY.

Cooper, P., Gray, D, Kingsley, A., Young, T. & White, R.2009. An introduction to Applied Wound Management and its use in the assessment of wounds. Wounds UK 2009, vol5, no 4, 4-9.

Chang, A., Eichstadt, S., Fong, K., Gorell, E., Hu, D., Lorenz, P. & Munoz, C. 2010. Initial Clinical Experience Using a Novel Ultraportable Negative. Pressure Wound Therapy Device. Wounds 2010;22(9):230–236. Hakupäivä 3.4.2012.

<http://www.woundsresearch.com/files/wounds/pdfs/fong.pdf>

Ellis, T., Fazio, V., Rice, J., Sussman, G. & Woodward, M. Expert Guide for Healthcare Professionals. Nutrition & wound healing. Hakupäivä 4.4.2012.

http://www.worldofwounds.com/Home/Portals/0/Expert%20Guide%20Nutrition%20Wound%20Healing_final_lr.pdf

Engrav, L.H., Klein, M.B., Sullivan, S.R. 2007. Acute wound care. Hakupäivä 16.4.2012.

<http://www.slideshare.net/medbookonline/acs0107-acute-wound-care>

Engrav, L., Klein, M., Sullivan, S.R. 2007. ACS Surgery. Principles and practice. Acute Wound care. Approach to acute wound management, 1-2.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus kvalitatiiviseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Flanagan. Improving wound care teaching and learning in clinical practice. 2008. Wounds UK 2008, vol.4, no 4. Hakupäivä 14.4.2012.

http://www.wounds-uk.com/pdf/content_9240.pdf

Greenwood, M., Searle, R. & Smith, G. 2010. Ward nurses' use of wound dressings before and after a bespoke education programme. Vol 19, no 9, 394-402. Hakupäivä 14.4.2012.

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=23240666>

Harding, K. 2004. Kivun vähentäminen haavanhoidossa-konsensusdokumentti. Haava 4/2004, 18–25.

Heinonen, P., Kaikkonen O-P. Akuuttihaavapotilaan ohjaus- Potilaan näkemys saamastaan ohjauksesta hoitoprosessin aikana ja sen jälkeen. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 15.4.2012.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12303/Heinonen_Petra_Kaikkonen_Olli_Pekka.pdf?sequence=3

Hietanen, H. 2007. Haavasidosten valinnasta. *Haava* 2/2007, 29–31.

Hietanen, H. & Iivanainen, A. 2005. Haavanhoidon vuosikymmen. 1. painos. Helsinki: Nykypaino Oy.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. *Haava*. 1.-3. painos. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirvonen, H. 2008. Tuotedokumentaation rooli hoitotyössä ja sen kehittämismahdollisuudet: erityistarkastelussa haavanhoitotuotteet. Tampereen Yliopisto Humanistinen tiedekunta / Kieli- ja käännöstieteiden laitos / Käännöstiede (englanti). Hakupäivä 27.11.2011.
<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=18104>.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 2003. Sisätautiin, kirurgisten sairauksien ja syöpätautiin hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A. & Seppänen, S. 2008. Haavasidokset-runsauden pula. *Yleislääkäri* 7/2008; 15–16. Hakupäivä 4.4.2012.
http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl7_2008.pdf

Iivanainen, A., Seppänen, S. 2010. *Vulnus Fennica 2009*. Helsinki: Edita.

Iivanainen, A. & Syvänoja, P. 2008. *Hoida ja kirjaa*. Keuruu: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Jokinen J. J., Lohi J., Salo H. & Sipponen A. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. Lääkärilehti. Yleiskatsaus. 24/2009 vsk 64 s. 2187 – 2193. Hakupäivä 27.1.2011.

<http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032309>

Juutilainen V. 2011. Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127(13): 1366–72. Hakupäivä 7.4.2012.

<http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/>

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Duodecim 8/2007;123(8):982-7). Hakupäivä 4.4.2012.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96420.pdf>

Jäntti, M. 2007. Hoitajan rooli haavapotilaan ravitsemuksen tukijana. Haava 2/2007, 32–33.

Kanste, O., Kyngäs, H., Lipponen, K. & Ukkola, L. 2008. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Hakupäivä 8.4.2012.

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Kinnunen U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hakupäivä 28.1.2011.

<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/UMKinnunengradu.pdf>.

Kolehmainen, P. & Nevalainen, P. 2009. Kuntoutumista edistävän hoitotyön osaaminen Pielaveden ja Keiteleen kansanterveystyön kuntayhtymässä. Hakupäivä 7.4.2012.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5481/ONT%204.12.2009.pdf?sequence=1>

Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivun hoito-sairaanhoitajan näkökulma. Haava 2/2006, 28–29.

Koskiranta, S. & Ollikainen Annamajja. 2010. Aseptinen haavanhoito. Kymenlaakson korkeakoulu. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 5.3.2012.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20707/Koskiranta%20Susanna.pdf?sequence=1>

Lamminaho, M. & Moilanen, T. 2005. Haavanhoitotuotteet ja niiden valinta- oppimateriaalia hoitotyön opiskeluun. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 11.2.2012.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21637/Sth2sbTiinaMMirvaL.pdf?sequence=1>

Muuronen, E. 2006. Akuuttien haavojen yleiset hoitoperiaatteet. *Haava* 2/2006, 14–15.

Papp, A. 2008. Infektoitunut haava. *Haava* 2/2008, 20–21.

Pediani, R. 2001. World of wounds: Nutrition and wound healing; Expert Guide for Health care professionals. Hakupäivä 4.4.2012.

www.worldwidewounds.com/2001/march/Pediani/Pain-relief-surgical-wounds.html

Pietiläinen, J. 2011. Haavanhoito-opas Kemijärven apteekin henkilökunnalle. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 1.3.2012.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34465/janette_pietilainen.pdf?sequence=1

Pihlström K & Rantalainen T. 2010. Avoimen haavapohjan väriluokitus ja haavasidossuositukset. Akuuttihoiton tietokannat. Teho- ja valvontahoitotyön opas 30.8.2010. Duodecim. Hakupäivä 9.4.2012.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00211&p_haku=avoimen%20haavapohjan%20v%E4riluokitus

Pispa, S. 2009. Hoitajien aseptisen työskentelyn toteutuminen haavanhoidossa geriatrisessa osastoryhmässä. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 5.3.2012.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14466/2009_samk_pispa_suvi.pdf?sequence=1

Pohjolainen, T. 2009. Kylmähoidot. Duodecim-oppikirjat. Hakupäivä 6.4.2012.

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip02002&p_haku=kylm%E4hoito

Potilasohjauksen haasteet-käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit, PPSHP: n julkaisuja, 2006, 10–15.

Pukki, T. 2007. Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa. Haava 3/2007, 11–13.

Pukki, T. 2007. Tyhjiöimu haavanhoidossa. Haava 1/2007, 30–33.

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006. Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Hakupäivä 25.1.2011.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvalii/L6_3_3.html.

PPSHP: n strategia 2010–2015. Tavoitteena terveyttä. Hakupäivä 7.4.2012.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_stategia_2010-15.pdf

PPSHP: n Pohjanpiiri 2008. Teemana laatu ja kehittäminen. 5/2008. Hakupäivä 7.4.2012.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16556_PP_0508_Netti.pdf

Rajala, T. 2010. Haavan paranemisen kirjaaminen näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 7.4.2012.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/26574/Rajala_Tiina.pdf?sequence=1

Rantalainen T. 2010. Suljetut ja avoimet haavat. Akuuttihoiton tietokannat. Teho- ja valvontahoitotyön opas 30.8.2010. Duodecim. Terveysportti. Hakupäivä 7.4.2012.
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00210&p_haku=suljetut%20ja%20avoimet%20haavat

Ratinen, T. & Shulberg, M-H. 2009. Haavahoitajan näkemyksiä ravitsemuksesta osana haavanhoidoa. LAMK. Theseus opinnäytetyökokoelmat. Hakupäivä 27.11.2011.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2647/Sholberg_Helena.pdf?sequence=1.

Saarialho-Kere U. 2006. Tupakointi heikentää haavojen paranemista. Lääkärilehti. Suomen Lääkärilehti 33/2006 vsk 61, 3199. Hakupäivä 26.11.2011.
<http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL332006-3199.pdf>.

Seppänen M. 2000. Eläinten puremat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2000;116(10): 1073–1081. Hakupäivä 28.11.2011.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91524.pdf>

Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2004. Hakupäivä 4.4.2012.
http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/haava_4-2004_erikoispainos.pdf

Tavoitteena terveys- PPSHP: n strategia 2010- 2015. Hakupäivä 7.4.2012.
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/18664_PPSPH_strategia_2010-15.pdf

Timonen, J. & Tukiainen E. 2003. Koiranpuremavammat. Suomen Lääkärilehti 11/2003; 1277. Hakupäivä 26.1.2011. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=11,yr=2003>

Tuuliranta, M. 2007. Milloin leikkaushaava on infektoitunut? Haava 2/2007, 24–25.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Viljanen, M-T. 2010. Akuutin haavapotilaan hoitopolun kuvaus. Theseus-tietokannat. Hakupäivä 15.4.2012
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21668/Viljanen_Meri-Tuulia_2010.pdf?sequence=1

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Wounds UK. 2009. Applied Wound Management: Part 3. Use in practice. Vol 5. No 4. Hakupäivä 14.4.2012.
http://woundsuk.co.uk/pdf/content_9645.pdf#page=4

World Wide Wound. Wound pain assessment rationale, 2005, 1-2. Hakupäivä 22.3.2012.
http://www.worldwidewounds.com/2005/august/Hollinworth/pain_assessment_rationale.pdf

LIITTEET

Liite 1

Hanne Kortsalo
Monica Vartiainen
OAMK/sote
Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE

20.5.2012 1 (2)

PPSHP/OYS
Kirurgian klinikka
Osasto 7
Kajaanintie 50
90220 OULU

Hyvä osasto seihämän työläeset ja hoetajat!

Myö ollaan kaks ihan justiisa valamistuvvoo saerranhoetajaopiskelijjoo. Myö tehää koulun piättötyönä teijjän osastolle kyselytutkimusta ja se koskkoo huavanhoito-ossoomista. Tutkimus toteutettaan kyselykuavakkeella, joka ompi tuossa ohessa.

Mitekä sitä luulet seleviäväs huavanhoejjosta teijjän osastolla? Ossootko sinä arvioijja ommoo toiminttoos ja ossoomistas huavoja hoiijettaessa? Myö tiijjettään että se on välillä kauhian vua-tivvoo ja monenlaesta huavvoo pittää osata hoettoo. Ja suatko sinä tarppeeks koolutusta ja perehytystä nuihin tehtävviin?

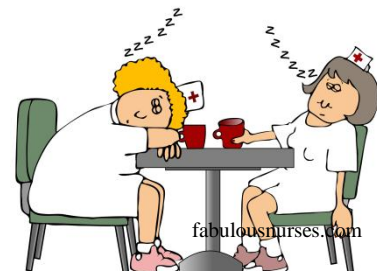
Meijjän piällimmäesenä tavoitteena on selevittee huavanhoejjon ossoomisen nykytilloo, arvioijja huavanhoettoon liittyvän koolutuksen riittävyyttä ja tunnistoo mahdollisia propleemia ja kehitystarppeita teijjän osaston huavanhoejjossa. No mittee hyötyä siitä sitte oekkeen on? Niitten teijjän vaevalla ruapustamien vastaasten perusteella yritetään hoetotyötä parantoo ja huavanhoettoo entisesstään kehittee jotta teistä tulis mahottoman hyviä hoetajia ja potilasparat saes vielä pa-rempoo hoettoo.

Ee myö teiltä arvon hoetajat, paljjoo vuajita. Pari minnuuttia kaeken kiirreen ja ruatamisen lo-massa riittänee. Tutkimukseen suatte osallistua anonymisti. Kuavakenivaskat lojjuu osastolla parisen viikkoo ja sitte myö haettaan ne poes. Ohjjeet lomakkeen täättämiseen löytyy kuavak-keen alusta. Ryystä vaekka kahvia ruapustellessas. Myö oltas erittäin tyytyväesiä jos maholli-simman moni teistä jaksaes osallistua. Myö kiitettään jo etukätteen kovasti!

Oekkein kevätaarinkoesin tervveisin

Saerranhoetajakokellaat

Kortsalon Hanne ja Vartiaisen Monica



Liite Kyselykuavake

HUOM. Jos kirjallinen tuotoksemme vaikuttaa jotenkin epäselvältä, ohessa sama saatekirje suomen yleiskielellä.

Hanne Kortsalo
Monica Vartiainen
OAMK/sote
Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE

20.5.2012

Liite 2
2 (2)

PPSHP/OYS
Kirurgian klinikka
Osasto 7
Kajaanintie 50
90220 OULU

Hyvä osasto 7: n työntekijä!

Olemme kaksi pian valmistuvaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyönämme kyselytutkimuksen osastollenne koskien henkilökunnan haavanhoidon osaamista. Kysely toteutetaan kyselykaavakkeen avulla, joka ohessa liitteenä.

Miten arvioisit haavanhoidon osaamistasi päivittäisessä työssäsi? Osastollanne toteutetaan vaativaa ja monipuolista haavanhoitoa. Saatko mielestäsi tarpeeksi koulutusta tai perehdytystä osastollanne tapahtuvaan haavanhoitoon liittyen?

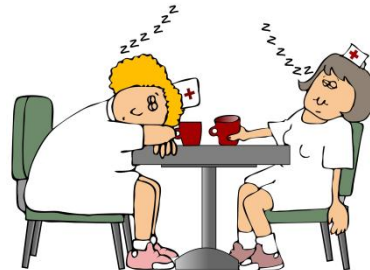
Ensisijaisena tavoitteenamme on selvittää haavanhoidon osaamisen nykytilaa osastollanne, arvioida haavanhoitoon liittyvän koulutuksen riittävyttä ja tunnistaa mahdollisia ongelmia ja kehitystarpeita osastonne haavanhoidossa. Mitä hyötyä kyselystä on? Vastaustenne perusteella yritetään parantaa osastonne hoitotyötä ja kehittää haavanhoitoa edelleen osaston tarvetta vastavaksi.

Kyselykaavakkeet ovat osastollanne pari viikkoa, jonka jälkeen haemme ne pois. Ohjeet kaavakkeen täyttämiseen löytyy lomakkeen alusta. Tutkimukseen voitte vastata anonymisti. Toivomme että mahdollisimman moni pystyisi kyselyyn osallistumaan. Vastauksista tulemme kerotomaan myöhemmin keväällä osastollanne. Nyt kupponen kuumaa ja rustailemaan! Kiitos!

Ystävällisin terveisin

Sairanhoitajaopiskelijat

Hanne Kortsalo & Monica Vartiainen



LIITE Kyselykaavake

OYS Osasto 7

KYSYMYSKAAVAKE

LAADUKAS HAAVANHOITO OSASTOLLA 7-KYSELYTUTKIMUS HOITOHENKILÖKUNNALLE

Vastaa kysymyksiin laittamalla rasti (X) ruutuun monivalintakysymyksissä.

Avoimissa kysymyksissä vastauksille on tilaa kysymysten alapuolella. Tarvittaessa voit jatkaa vastausta kysymyskaavakkeen kääntöpuolelle. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti ja anonyymisti.

OSIO 1 HAAVANHOIDON PERUSTEET

Kysymys 1. Millaista on mielestäsi haavanhoitotyö osastollasi?

Kysymys 2. Kuinka hyödynnät työssäsi VPK-M-haavanhoitoluokitusta? Esimerkkejä?

Kysymys 3. Kuinka paljon olet saanut työssäsi koulutusta/perehdytystä haavanhoitoon liittyen?

Kysymys 4. Kuinka yhteneväisiä haavanhoitokäytänteet osastolla mielestäsi ovat? Esimerkkejä?

Kysymys 5. Mistä saat työssäsi parhaiten apua haavanhoitoon liittyvissä ongelmatilanteissa?
Esimerkkejä?

OSIO 2 ASEPTIIKKA JA INFEKTIOT HAAVANHOIDOSSA

Kysymys 1. Toteutuuko aseptinen työskentely haavanhoidossa mielestäsi osastolla 7?

Kyllä Ei

Kysymys 2. Osaatko mielestäsi tunnistaa primääriset haavainfektion merkit?

Kyllä Ei En osaa sanoa

Kysymys 3. Millä keinoilla arvioit haavainfektion hoidon tehokkuutta päivittäisessä työssäsi? Esimerkkejä?

Kysymys 4. Mitkä tekijät osastolla 7 edistävät haavainfektioiden optimaalista hoitoa? Mitkä heikentävät? Esimerkkejä?

Kysymys 5. Mitkä tekijät edistävät haavainfektioiden hoidon toteutumista osastolla 7? Mitkä heikentävät? Esimerkkejä?

OSIO 3 HAAVANHOIDON HAASTEET

Kysymys 1. Millä perusteella valitset haavanhoitotuotteet erityyppisiin haavoihin? Esimerkkejä?

Kysymys 2. Siirtyvätkö haavanhoidon uudet suositukset sekä uudet haavanhoitotuotteet osastolla käytännön hoitotyöhön riittävän nopeasti?

Kyllä Ei

Kysymys 3. Mitkä asiat koet itse haavanhoidossa haasteellisemmiksi? Esimerkkejä?

Kysymys 4. Millä tavoin henkilökunta on saanut perehdytyksen erikoishoitojen toteuttamiseen?

OSIO 4 POTILASOHJAUS JA TIEDONSIIRTO HAAVANHOITOTYÖSSÄ

Kysymys 1. Millaiseksi arvioit potilasohjauksen merkityksen haavanhoidon toteutumisessa osastolla?

Kysymys 2. Mitä menetelmiä käytät ohjatessasi potilasta haavanhoitoon osastojaksolla sekä kotiutustilanteessa? Esimerkkejä?

Kysymys 3. Kuinka varmistat haavanhoidon jatkuvuuden potilaan siirtyessä osastolta jatkohoitoon tai kotiutuessa? Esimerkkejä?

OSIO 5 KIVUNHOITO

Kysymys 1. Millä menetelmillä hoidat potilaan haavakipua?

Kysymys 2. Kuinka arvioit potilaan haavakivun hoidon riittävyyttä?

OSIO 6 RAVITSEMUS HAAVANHOIDOSSA

Kysymys 1. Millainen merkitys mielestäsi ravitsemuksella haavanhoidossa on?

Kysymys 2. Kuinka ohjaat potilasta ravitsemusasioissa haavan paranemisen edistämiseksi? Esimerkkejä?

OSIO 7

Kaiken voi aina tehdä paremmin... Nyt sinulla on mahdollisuus kertoa miten mielestäsi haavanhoitoa voisi kehittää osastolla 7. Vapaa sana

SUURI KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI!

