

Rasmus Ros-Marie & Saari Jonna

**KOTISAIRAANHOITAJIEN HAAVANHOITO-OSAAMINEN
KOKKOLAN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2012**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö, Kokkola	Aika Marraskuu 2012	Tekijä/tekijät Rasmus Ros-Marie & Saari Jonna
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Kotisairaanhoidajien haavanhoito-osaaminen Kokkolan kaupungin kotihoidossa		
Työn ohjaaja Heleena Uusimäki, TtM		Sivumäärä 36 + 6
Työelämäohjaaja Anne Tunkkari		
<p>Opinnäytetyömme käsittelee kotihoidossa tapahtuvaa haavanhoitoa. Rajasimme aiheen koskemaan kroonisia alaraajahaavoja. Vuoden 2007 tilastojen mukaan kroonisia alaraajahaavoja esiintyy Suomessa 1,3–3,6 %:lla väestöstä. Naisilla on todettu olevan suurempi riski kroonisen alaraajahaavan syntyyn kuin miehillä. Riski myös kasvaa iän myötä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotisairaanhoidajien tämänhetkistä haavanhoito-osaamista. Tavoitteena oli opinnäytetyömme hyödynnettävyys kotihoidon esimiesten suunnitellussa lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin avoimella kyselylomakkeella, joka sisälsi kaiken kaikkiaan 12 avointa kysymystä. Aineisto kerättiin heinä-elokuussa 2012. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tiedonantajina olivat Kokkolan kaupungin kotihoidossa työskentelevät kotisairaanhoidajat kolmelta eri alueelta. Kyselylomakkeita jaettiin 12 kappaletta, joista saatiin kuusi takaisin.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että kotisairaanhoidajien tämänhetkinen haavanhoito-osaaminen on tyydyttävällä tasolla ja lisäkoulutus olisi tarpeen. Kotisairaanhoidajat kaipaavat lisäkoulutusta etenkin erilaisten haavanhoitotuotteiden käytettävyydestä, koska markkinoilla on nykyään niin paljon vaihtoehtoisia tuotteita. Lisäkoulutuksen myötä haavanhoitotuotteisiin liittyvä päätöksenteko helpottuisi.</p>		

Asiasanat

Alaraajahaavat, haavanhoito-osaaminen, kotihoito, kotisairaanhoidajat

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date November 2012	Author Rasmus Ros-Marie & Saari Jonna
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Name of thesis Wound Care Know-How of Home Nurses in Home Care of Kokkola		
Instructor MpH, Heleena Uusimäki		Pages 36 + 6
Supervisor Anne Tunkkari		
<p>This thesis deals with wound care which happens in home care. The thesis concerns chronic wounds on lower limbs. 1.3-3.6 % of people in Finland have chronic lower limb wound according to the statistics of year 2007. Women have a higher risk of getting chronic wound on lower limb. The risk also increases with age. The purpose of the study was to describe current wound care know-how of home nurses. Furthermore, the aim of the study was to make use of the results in the planning of further education about wound care by the superiors of home care.</p> <p>In the study qualitative research method was used. Collection of data was carried out by open questionnaire which included total of twelve (12) questions. The data were collected during the months of July to August 2012. The data was analyzed by inductive content analysis. Participants in the study were home nurses who were working at three different areas in home care of Kokkola. A questionnaire was distributed to twelve (12) home nurses and six of those came back.</p> <p>The results of the study indicated that the current wound care know-how of home nurses is at a satisfactory level and further education is needed. Home nurses need further education especially about usability of different wound care products because there are so many alternative products for sale. Along further education decision making would be easier concerning wound care products.</p>		
Key words Home care, Home nurse, Wound care know-how, Wound in lower limb		

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TIETOPERUSTA	3
2.1 Terveen ihon rakenne	3
2.2 Haavan paranemisprosessi	4
2.3 Erilaiset alaraajahaavat	6
2.3.1 Valtimoperäiset haavat	6
2.3.2 Laskimoperäiset haavat	7
2.3.3 Diabeteshaavat	8
2.4 Sairaanhoidajien haavanhoito-osaaminen	9
2.4.1 Potilaan hoitoon sitouttaminen	9
2.4.2 Sairaanhoidajan ohjausvalmiudet	10
2.4.3 Haavan paranemisen arviointi ja haavanhoidon dokumentointi	12
2.4.4 Hoitomenetelmiä	13
2.4.5 Ravitsemuksen ja elintapojen merkitys haavanhoidossa	17
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4 TOIMINTAYMPÄRISTÖN JA TIEDONANTAJIEN KUVAUS	20
5 MENETELMÄN JA ANALYYSIN KUVAUS	22
5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	22
5.2 Sisällönanalyysi	24
6 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS	26
7 TUTKIMUSTULOKSIA	28
7.1 Kotisairaanhoidajien kuvaus omasta haavanhoito-osaamisesta	28
7.2 Kotisairaanhoidajien ehdotuksia haavanhoito-osaamisen kehittämiseksi	30
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	31
9 POHDINTA	32
LÄHTEET	34

LITTEET

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on kotisairaanhoidajien haavanhoito-osaaminen Kokkolan kaupungin kotihoidossa. Tarkoituksena on kuvata Kokkolan kaupungin kotihoidossa työskentelevien kotisairaanhoidajien tämänhetkistä haavanhoito-osaamista. Tavoitteenamme on opinnäytetyömme hyödynnettävyys kotihoidon esimiesten suunnitelmassa lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen. Tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella.

Aiheen valitsimme oman mielenkiintomme mukaan. Aiheen valintaan vaikutti myös työelämänyhteyden halu saada tutkittua tietoa kotisairaanhoidajien haavanhoito-osaamisesta. Sairaanhoidajien haavanhoito-osaamista on tutkittu tällä alueella melko vähän, joten aiempaa tutkittua tietoa ei juuri löydy. Haavanhoito kuuluu kuitenkin tulevaan työnkuvaamme, joten halusimme syventää tietämystämme erilaisten haavojen hoidosta. Haavanhoito on haasteellista, koska haavanhoitotuotteita on monia erilaisia, ja sopivan tuotteen löytäminen tietylle potilaalle ei ole helppoa. Tässä työssä käsittelemme kroonisia alaraajahaavoja.

Diabeetikon jalkahaavat, laskimo- ja valtimoperäiset haavat, painehaavat sekä palovammat rasittavat terveydenhuoltoamme eniten kaikista haavoista. (Ilmarinen 2012, 23.) Vuoden 2007 tilastojen mukaan kroonisia alaraajahaavoja esiintyy Suomessa 1,3-3,6 %:lla väestöstä. Naisilla riski saada krooninen alaraajahaava on suurempi kuin miehillä. Riski kasvaa iän myötä. (Käypä hoito 2007.) Krooniset alaraajahaavat ovat kustannuksiltaan yksi suurimmista terveysongelmista Suomessa. Niiden hoitoon arvioidaan menevän noin 190-270 miljoona euroa vuosittain. Kyseinen tulos on saatu laskemalla, että Suomessa on 34 000 kroonista alaraajahaavaa sairastavaa potilasta. Näin ollen yksittäisen potilaan hoitokustannukset ovat noin 5 000–7 000 €/vuosi. (Seppänen & Hjerpe 2007.)

Edellytyksenä sille, että sairaanhoitaja kykenee hoitamaan itsenäisesti haavapotilaita, on oletus, että haava paranee ongelmitta. Lisäksi sairaanhoitajan tulee tunnistaa haavan aiheuttaja. Jotta sairaanhoitaja kykenee hoitamaan vaativampia haavoja, tulee potilaan lääketieteellisen haavadiagnoosin ja kokonaistavoitteen olla selvillä. Lääkärin tulee olla kuitenkin tavoitettavissa, jotta sairaanhoitaja voi tarvittaessa konsultoida häntä. (Kassara, Paloposki,

Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 267.) Oikeaoppisiin haavanhoitoperiaatteisiin kuuluu hyvä käsihygienia, kivun huomioiminen käsiteltäessä haavaa, aseptisesti toimiminen, parhaan mahdollisen paranemisympäristön luominen, elimistön omien voimavarojen tukeminen paranemisprosessissa sekä sopivan haavanhoitotuotteen valinta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 502.)

2 TIETOPERUSTA

2.1 Terveen ihon rakenne

Iho, ihmisen suurin elin, sisältää kolme kerrosta, jotka ovat epidermis (orvaskesi), dermis (verinahka) ja subcutis (ihonalainen rasvakerros). Iho peittää koko kehon ja on pinta-alaltaan 1,5–2 m². Iho kattaa noin viisi prosenttia koko kehon painosta. (Sand, Sjaastaad, Haug, Bjålie & Toverud 2011, 96.) Epidermis on ihon uloin kerros, joka koostuu kerrostuneesta levyepiteelistä. Epidermoksen paksuus vaihtelee eri kehonosissa. Epidermis koostuu viidestä eri kerroksesta. Sarveiskerros eli marraskesi on epidermoksen uloin kerros. Sarveiskerros koostuu sarveistuneista ja kuolleista, poishilseilevistä soluista. Tyvikerros eli stratum basale on epidermoksen alin kerros, ja se koostuu yhdestä aktiivisesti jakautuvien solujen kerroksesta. Dermoksen verisuonet kuljettavat ravintoaineita sekä happea tyvikerrokseen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 473–474; Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2008, 65–67.)

Epidermoksen ja dermoksen erottaa toisistaan tyvikerros. Tämä raja on aaltomainen. Dermis koostuu suurimmaksi osaksi sidekudoksesta, mikä sisältää kollageenisyytä, kimmosäikeitä, paljon hermopäätteitä, verisuonia ja imusuonia, karvatuppeja, talirauhasia sekä hikirauhasia. Karvatuppien ympäröimänä osa epidermiksestä työntyy dermoksen sisälle. Karvatupen pohjasta kasvaa ihokarvoja. (Iivanainen ym. 2001, 474–475.) Talirauhanen sijaitsee karvatupen yläosassa ja sen rasvainen erite kulkeutuu karvan mukana ihon pinnalle. (Sand ym. 2011, 98.) Hikirauhaset koostuvat kerälle kiertyneistä rauhasputkista, jotka avautuvat ihon pinnalle. Hikirauhasia on erikokoisia: sekä pieniä että suuria. Normaalisti hikeä erittyy keskimäärin puolesta litrasta litraan vuorokaudessa, mutta kuumissa olosuhteissa hien erityys lisääntyy. Tällöin hikeä voi erittyä jopa useita litroja. Hieneritys on osa lämmönsäätelyä, koska hiki sitoo lämpöä. Subcutis koostuu side- ja rasvakudoksesta. Subcutis sisältää rasvavarastoja, jotka ovat rasvakudoksen muodossa. Rasvakudos on energia-varasto ja lämpöeriste. (Iivanainen ym. 2001, 474–475.)

Ihon tehtävänä on suojella ihonalaiskudoksia hankaukselta, viruksilta, nestehukalta ja ultraviolettisäteilyn haitoilta. Ihon tehtävänä on myös osallistua elimistön lämmönsäätelyyn hikoilun, verisuonten laajenemisen sekä supistumisen avulla. Iho on elimistön verivarasto. (Iivanainen ym. 2001, 474.) Iho toimii myös rasvan ja nesteen varastona. (Sand ym. 2011, 96.) Iho osallistuu eritykseen. Hikirauhasten tehtävänä on erittää hikeä sekä vähän myös kuona-aineita. Hiki- ja talirauhasten eritteiden ansiosta ihon pintaan muodostuu hapan ympäristö, eli ihon pH on 4,7–5,5. Hapan ympäristö ja ihon normaali bakteerikasvusto yhdessä estävät taudinaiheuttajabakteerien eli patogeenisten bakteerien kasvua. Talirauhasen eritteen vuoksi epidermis on notkea ja vettähylikivä. (Iivanainen ym. 2001, 474.)

Yksi ihon tehtävistä on estää nesteiden haihtuminen elimistöstä. Tämä onnistuu siten, että tiivis sarveiskerros ja talivaippa, jonka talirauhanen erittää, muodostavat kalvon, joka estää haihtumista sekä myös suojelee ulkoisilta ärsykkeiltä. (Iivanainen ym. 2001, 474.) Iho on aistielin, joka erilaisten hermopäätteiden ansiosta aistii lämpöä, kylmää, kosketusta, painetta, kipua ja kutinaa. (Sand ym. 2011, 96.) Terve iho ja limakalvot suojaavat elimistöä patogeenisiltä bakteereilta. Joillakin mikrobeilla on kyky tunkeutua terveeseen ihon tai limakalvon läpi ja sitä kautta päästä elimistöön. Haavat, palovammat ja jotkut ihottumat mahdollistavat ihonalaisen kudoksen infektion rikkomalla elimistön normaalin suojan. (Iivanainen ym. 2001, 474.)

2.2 Haavan paranemisprosessi

Haavan paranemista voidaan pitää dynaamisena ja monimutkaisena prosessina, joka sisältää kolme vaihetta: inflammaatio- eli tulehdusvaihe, proliferaatio- eli fibroblasia- eli uudelleenmuodostumisvaihe ja maturaatio- eli kypsymisvaihe. (Farsaei, Khalili & Farboud 2012, 238.) Nämä vaiheet ovat toisistaan riippuvaisia, ja ne tapahtuvat osittain päällekkäin. Inflammaatiovaihe on seurausta elimistön reaktiosta kudonvaurioon. Inflammaatiovaihe suojaa elimistöä lisävaurioilta sekä puhdistaa haavan kuolleista soluista ja soluväliaineista. Vaurioituneiden verisuonten supistuminen, verihitautetulpan syntyminen ja veren hyytyminen saavat haavassa aikaan hemostaasin eli verenvuodon tyrehtymisen. Tämä tapahtuu inflammaatiovaiheen alkupuolella. Välittömästi vamman sattuessa haavassa ja sen ympä-

rillä olevat verisuonet supistuvat, minkä seurauksena verenhukka vähenee. Verisuonten supistuessa niistä vapautuu plasmaa ympäröiviin kudoksiin ja verihiutaleita kerääntyy verisuonten vauriokohtiin muodostaen tilapäisen tulpan. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polvian-der & Puska 2009, 473.) Inflammaatiovaihe on tärkeää erottaa infektiosta. Inflammaatio kuuluu haavan paranemiseen, kun taas infektio on vieraiden mikrobien aiheuttama sairaus. (Iivanainen & Soppi 2012.)

Proliferaatiovaiheen aikana muodostuu granulaatiokudosta: haavan reunat lähestyvät toisi-
aan ja epiteeli kuroutuu umpeen. Granulaatiokudos koostuu uusista hiussuonista, kolla-
geenisäikeistä, fibroblasteista, valkosoluista ja sidekudoksesta. Fibroblastit saavat aikaan
sidekudoksen eli granulaatiokudoksen muodostumisen. Granulaatiokudos on edellytys
haavan paranemiselle. Granulaatiokudoksen muodostuminen voi alkaa haavapohjasta sekä
haavan reunoilta. Edellytyksenä granulaatiokudoksen muodostumiselle on haavapohjan
puhtaus; haavapohjassa ei saa olla vieraita esineitä tai kuollutta kudosta. (Anttila ym. 2009,
473.)

Uusia kollageenisäikeitä muodostuu haavaan jo toisena päivänä haavan synnystä. Kolla-
geeni saa aikaan haavan vetolujuuden. Uudelleenmuodostumisvaiheen aikana haava supis-
tuu ja sen pinta-ala pienenee. Epiteeliä alkaa syntyä uudelleen jo muutaman tunnin kulut-
tua haavan synnystä. Proliferaatiovaihe loppuu, kun haava on kauttaaltaan granulaatioku-
dosta, joka on vaaleanpunaista ja läpikuultavaa. (Iivanainen ym. 2001, 475.)

Maturaatiovaihe saa alkunsa, kun haava on täyttynyt sidekudoksella ja haavan epiteelin
muodostuminen on päättynyt. Haavan kypsymisvaihe voi kestää kuukausia. Tämän vai-
heen aikana sidekudoksen kollageenien määrä ei suurene, mutta rakenne kiinteytyy ja vah-
vistuu. Kypsymisvaiheessa olevassa haavassa ei ole ihokarvoja, hikirauhasia eikä tali-
rauhasia. Maturaatiovaiheessa ihon vetolujuus noin 60 prosenttia ihon alkuperäisestä veto-
lujuudesta. (Iivanainen ym. 2008.)

2.3 Erilaiset alaraajahaavat

Alaraajahaavat jaetaan kolmeen eri ryhmään: valtimo- ja laskimoperäisiin sekä diabeteshaavoihin. Nämä haavat johtuvat verenkiertohäiriöstä. Suurin osa alaraajahaavoista johtuu juuri laskimon- tai valtimonverenkiertohäiriöstä, vain 5 % kyseisistä haavoista on aiheutunut jonkin muun tekijän vuoksi. (Iivanainen ym. 2001, 482.) Kroonisia haavoja aiheuttavat erilaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiksi tekijöiksi luokitellaan esimerkiksi laskimoiden ja valtimoiden vajaatoiminta, diabetes, syöpä ja vaskuliitit eli verisuonitulehdukset. Ulkoisista tekijöistä mahdollisesti yleisin on pitkäaikaisen vuodelevon aiheuttama ihoon ja kudoksiin kohdistuva paine. Toisaalta akuuttien haavojen paraneminen voi pitkittyä infektiosta tai väärästä hoidosta johtuen, jolloin haava kroonistuu. (Eronen & Kinnunen 2009.)

2.3.1 Valtimoperäiset haavat

Valtimotauti on yleisempi miehillä kuin naisilla. Mutta jos henkilöllä on diabetes, ei sukupuolten välillä ole eroja. Diabeetikoilla valtimoperäiset haavaumat ovat muuta väestöä yleisempiä. Valtimoiden ahtautumiseen vaikuttavat ikä, tupakointi, perinnölliset tekijät, veren rasva-arvot sekä verenpaineauti. Diabeetikoilla ASO- eli valtimonkovettumistauti paikallistuu erityisesti säären ja jalkaterän alueille. Haavat saavat alkunsa mitättömiltä näyttävistä naarmuista, joista ajan myötä kehittyy iskeeminen haava ja jopa kuolio. Valtimopuuston ahtauma tai ahtaumat aiheuttavat hapenpuutetta kudoksissa, mikä vaikeuttaa haavan paranemisprosessia. Haavan paraneminen vaatii hyvää verenkiertoa, parempaa kuin ehjän ihon ylläpitäminen. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 160–161.)

Potilaan oireista leposärky ja katkokävely, eli hapenpuutteesta johtuva kipu esimerkiksi pohkeessa, osoittavat valtimotaudin suuntaan. Ihon väri ja lämpötila alaraajoissa antavat alustavan kuvan kudosten toiminnasta. Perifeerisen valtimopulssin tunteminen palpoiden tarkoittaa yleensä sitä, että suonien virtaus on vähintään tyydyttävässä kunnossa. (Hietanen ym. 2002, 160–161.)

Valtimoperäisen säärihaavan muoto on yleensä tasainen. Haavassa on myös mustaa nekroosia eli kuoliota. Haavan erityys on vähäistä. Jalan kudokset kärsivät hapenpuutteesta, mikä aiheuttaa potilaalle haavakipua. Valtimoperäiset haavat sijaitsevat joko nilkoissa, jalan selässä tai varpaissa. Potilas tuntee kipua myös lepotilassa. Haavan ympärillä oleva iho on sinertävä tai vähintäänkin kalpea. Iho on myös ohutta ja hajoaa siksi helposti. Verenkierto on heikkoa, joten haavaa ympäröivä iho on kylmä eikä siinä kasva karvoja. Pulssin tunteminen jalasta on vaikeaa, joskus jopa mahdotonta. (Iivanainen ym. 2001, 485.)

2.3.2 Laskimoperäiset haavat

Alaraajoissa on pinnallisia ja syviä laskimoita, jotka liittyvät toisiinsa yhdyslaskimoiden avulla. Yhdyslaskimoissa on läppiä, jotka mahdollistavat veren virtauksen ainoastaan yhteen suuntaan; pinnallisista syviin laskimoihin. Syvistä laskimoista veri virtaa vain ylöspäin, mikä tapahtuu kun alaraajan lihakset supistuvat. Supistus puristaa laskimoita, jolloin veri työntyy ylöspäin. Kyseisten läppien vaurioitumisesta tai jopa tuhoutumisesta aiheutuu verenkiertohäiriöitä, joka taas aiheuttaa laskimopaineen nousua. Jalan turvotus, soluvauriot ja ihon verenkiertohäiriöt johtuvat juuri laskimopaineen noususta. Tällaisessa tapauksessa iho on helposti vaurioituva. (Iivanainen ym. 2001, 482–483.)

Laskimoperäinen säärihaava on yleensä jalan sisäpuolella, hieman nilkan yläpuolella. Useimmiten haavoja on vain yksi. Haava on aiheutunut riittämättömästä hapen sekä ravinnon saannista. Haavan muoto ei ole säännöllinen, mutta haava-alue on helposti rajattava. Haavan ympäristö on ruskeahko eikä siinä kasva karvoja. Ruskea väri johtuu punasolujen väriaineen kasaantumisesta ihoon. Jalan iho polvesta alaspäin on kauttaaltaan kuiva ja hilseilee. Laskimoperäinen haava kipuilee, mutta ei pahoin. Haavassa ei myöskään ilmene nekroosia. Säären alaosa ja jalkaterä turpoavat useimmissa tapauksissa. Jalka tuntuu painavalta ja väsyneeltä. Jalassa oleva kipu helpottuu liikkuesssa, mutta paikallaan seistessä kipu pahenee. (Iivanainen ym. 2001, 482–483.)

2.3.3 Diabeteshaavat

Diabeetikoilla alaraajojen haavaumat ovat selkeästi muuta väestöä yleisempiä. Haavat ovat huonoja paranemaan, ja ne kroonistuvat. Diabeetikoilla myös ASO- eli valtimonkovettumistauti etenee vauhdikkaammin ja aiheuttaa alaraajojen haavoja. Potilas, jolla on diabetes, on altis haavojen synnylle. Alaraajojen verenkierto on heikentynyt ja haavoja muodostuu helpommin. Haavojen paraneminenkin on heikkoa juuri huonon verenkierron takia. (Hietanen ym. 2002, 169–170.) Diabeteksen lisäsairautena voi ilmetä hermojen toiminnan vaurioitumista, toisin sanoen neuropatiaa. Yleisin hermovaurio on polyneuropatia eli molemminpuolinen ääreishermostojen sairaus. Sitä esiintyy eniten alaraajojen perifeerisissä osissa, etenkin jalkaterissä. (Airimo 2009, 16.) Jaloissa esiintyy tunnottomuutta (sensorinen neuropatia), jolloin haavan muodostumista ei tunne, eikä kipuaistimusta synny. Tämän takia jalat on tärkeä tarkistaa päivittäin. (Hietanen ym. 2002, 169–170.) Myös diabeetikon sukat ja jalkineet tulee tarkistaa säännöllisesti, jotta riskitekijät tunnistetaan ajoissa. (Eronen & Kinnunen 2009.)

Motorinen neuropatia tarkoittaa liikehermojen vaurioitumista, mikä aiheuttaa lihasten epätasapainoisuutta, jolloin jalka kuormittuu väärällä tavalla seistessä ja kävellessä. (Airimo 2009, 16; Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2011.) Autonominen neuropatia sen sijaan aiheuttaa ihon halkeilua ja kuivumista, koska ihon hikoilutoiminta on häiriintynyt. Jos neuropaattista haavaa ei hoideta ajoissa, voi se pahimmassa tapauksessa johtaa tulehduksen ulottumiseen luuhun asti. Tästä syntyy luumätä, jonka hoitaminen on jo vaikeaa. Luumädän takia esimerkiksi varvas tai jalkaterän osa voidaan joutua amputoimaan. (Ilanne-Parikka ym. 2011.) Neuropatiat altistavat jalat haavaumille sekä virheasennoille. Ne voivat johtaa koko jalan tukirakenteen romahtamiseen. Myös nivelet ja luut ovat alttiita murtumille ja luksaatioille. (Hietanen ym. 2002, 167–170.)

2.4 Sairaanhoitajien haavanhoito-osaaminen

Edellytyksenä haavojen hoidolle on sairaanhoitajan tietämys siitä, mitä ja miten haavan aiheuttaja vaikuttaa haavan syntyyn, paranemisprosessiin sekä miten hoitotyön keinoilla ja potilaan ohjauksella kyetään ehkäisemään haavojen syntyä. Hoitotyössä käytännön osaaminen pohjautuu ajankohtaiseen teoreettiseen osaamiseen. Sairaanhoitajan tulee tietää yleisimmät haavoja aiheuttavat sairaudet sekä haavan paranemisprosessin kulku. Erityisen tärkeää on tunnistaa puutteet laskimo- ja valtimoverenkierrossa sekä niiden aiheuttamat ongelmat. (Kassara ym. 2005, 267.) Erilaisten haavojen hoito vaatii sairaanhoitajalta tietämystä sairauksista, lääkkeistä, ravitsemuksesta sekä allergioista eli käytännössä koko ihmisestä. (Karvinen 2012, 13.)

Hyvä käsihygienia, kivun huomioiminen käsiteltäessä haavaa, aseptisesti toimiminen, optimaalisen paranemisympäristön luominen, elimistön omien voimavarojen tukeminen paranemisprosessissa sekä sopivan haavanhoitotuotteen valinta tulee muistaa, koska ne ovat haavanhoidon peruseriaatteita. (Iivanainen & Syväoja 2008, 502.) Haavanhoito edellyttää sairaanhoitajalta myös huolellisuutta sekä omatuntoa, jotta välttyttäisiin infektiolta. Aseptista työskentelyä tulee noudattaa kiireenkin keskellä ja sen tulisi muodostua automaattiseksi toiminnoksi. (Eronen & Kinnunen 2009.) Kaikki muut haavat paitsi alle 24 tuntia vanhat leikkaushaavat hoidetaan puhdasta tekniikkaa hyödyntäen, mikä tarkoittaa sitä, että valitaan tehdaspuhtaat haavanhoitotuotteet, suojakäsineet ja desinfioidut instrumentit. (Iivanainen 2010, 34.)

2.4.1 Potilaan hoitoon sitoutumisen tukeminen

Päivittäinen haavanhoito vaatii potilaalta sitoutumista hoitoon sekä aikaa. Potilasta on tärkeä informoida hoitoon sitoutumisen merkityksestä haavanhoidossa. Hyvä hoitoon sitoutuminen edistää haavan paranemista. Mikäli potilas ei ole sitoutunut hoitoon, tulisi sairaanhoitajan huomata se ja ohjata potilasta. (Hietanen ym. 2002, 42.) Kulmakivenä haavanhoidon onnistumiselle on sitoutuminen hoitoon. Akuuttihaavapotilaista 90 % sitoutuu hoitoonsa, mutta haavan kroonistuessa sitoutuneiden osuus on vain 30–60 %. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat potilaan hoitomotiivatio, ikä, haavanhoidon luonne,

hoidon merkityksen ymmärtäminen, toivo haavan parantumisesta, hoitotulos, haavan sijainti sekä myös psyykkinen, materiaallinen ja tiedollinen tuki. Sairaanhoitajan tulisi sitoutua omalta osaltaan lääkärin antamiin ohjeisiin sekä informoida niistä potilasta. Tärkeää on huomata edistys haavan paranemisessa ja kertoa myönteisistä tuloksista potilaalle. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2011, 269.)

2.4.2 Sairaanhoitajan ohjausvalmiudet

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrätään potilaan oikeudesta saada informaatiota omasta terveydentilastaan sekä hoidostaan. Tämän ansiosta potilas kykenee hallitsemaan elämäänsä ja tunnistamaan voimavaransa. Hän pystyy myös osallistumaan hoitoonsa. Riittävä informointi poistaa myös epävarmuutta ja ahdistusta hoitoon liittyen. Potilas saadaan ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, kun hänelle annetaan tarpeeksi tietoa ja tukea, sekä häntä opetetaan ja ohjataan. Ohjaaminen on oleellinen osa kaikissa hoidon vaiheissa. Ohjauksessa tulee huomioida potilaan tarpeet ja voimavarat. (Kassara ym. 2005, 41–42.)

Potilaan ohjaaminen sekä itsehoitovalmiuksien tukeminen haavanhoitoon liittyen edellyttää, että sairaanhoitaja ymmärtää potilaan kokonaistilanteen. Sairaanhoitajan tulee myös kyetä keskustelemaan potilaan elämäntilanteesta sekä suunnittelemaan yhteistyössä potilaan kanssa hoidon toteuttamisesta kotona. On tärkeää keskustella potilaan kanssa siitä, mitä rajoituksia haava mahdollisesti asettaa arkielämään sekä keksiä niihin ratkaisuja yhteistyössä potilaan kanssa. Sairaanhoitajan tulisi tukea ja kannustaa haavapotilasta elämään mahdollisimman normaalia elämää. Mikäli potilas on esimerkiksi joutunut luopumaan jostakin harrastuksesta haavan takia, tulisi tämän tilalle löytää uusi mielekäs harrastus. Potilaan hyvään hoitomotivaatioon vaikuttavat oleellisesti hyvä mieliala sekä elämän kokeminen merkityksellisenä. (Eronen & Kinnunen 2009.)

Potilaan ollessa ohjaustilanteessa passiivinen, on tärkeintä heti ensimmäisenä pyrkiä aktivoimaan ja motivoimaan potilasta hoitoonsa. Onnistunut ohjaus edellyttää selkeitä tavoitteita. Tärkeää on myös varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. (Hietanen ym. 2002, 252.) Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota siihen, että potilas

ymmärtää oman roolinsa haavan hoidossa sekä paranemisessa. (Eronen & Kinnunen 2009.)

2.4.3 Haavan paranemisen arviointi ja haavanhoidon dokumentointi

Haavan paranemista voidaan arvioida asiakkaan voinnin ja subjektiivisten tuntemuksien avulla. Haavan ympäristöä on tärkeä tarkkailla, koska siinä voi esiintyä lämpöilyä ja/tai turvotusta. Haavakipu ja kehon lämpöily ovat merkkejä mahdollisesta haavainfektiosta. Haava voidaan myös konkreettisesti mitata mittanauhalla tai viivaimella. Mittauksissa otetaan huomioon haavan pituus, leveys, syvyys sekä tilavuus. Syvyys mitataan ihon pinnasta haavan syvimpään kohtaan, tässä apuna voidaan käyttää esimerkiksi pumpulipuikkoa. Yhtenä arviointimenetelmänä on haavan ääri viivojen jäljentäminen kalvolle. Piirroksia voidaan vertailla keskenään, jolloin kyetään seuraamaan haavan koon muutoksia. (Hietanen ym. 2002, 49–55.)

Valokuvaaminen on keino, jonka avulla voidaan seurata haavassa tapahtuvia muutoksia. Valokuvat pystytään myös arkistoida myöhempää tarvetta varten. Haavan valokuvaamista varten on asiakkaalta pyydettävä lupa, mikäli kuva julkaistaan. Julkaistussa kuvassa asiakas ei saa olla tunnistettavissa, jos asiakas ei anna siihen erillistä lupaa. Kuvaan on hyvä ottaa mukaan mitta-asteikko, kun halutaan seurata tarkkaan haavan koon muutoksia. Kuvattaessa asiakkaan asennon on oltava aina sama, kuten myös valaistuksen, kulman ja etäisyyden. (Hietanen ym. 2002, 54.) Tunkkarin (2010) tutkimuksen mukaan valokuvaamisella pystytään parantamaan haavanhoidon dokumentointia. Haavasta tulee ottaa ainakin kaksi kuvaa. Toisessa tulee ilmetä haavan sijainti ja koko raajaan nähden (anatominen) ja toisen on oltava lähikuva (60–80 % kuvan pinta-alasta), josta haavaa voidaan tarkastella lähemmin.

Dokumentointi eli kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Kirjaamisella varmistetaan asiakkaan hoidon jatkuvuus ja tiedon siirtyminen hoitopaikasta toiseen, varmistetaan myös hoitajien oikeusturva ja asiakkaan hyvä hoito. (Kassara ym. 2005.) Potilaslaki (L785/1992) määrää hoitohenkilökunnan kirjaamaan potilasasiakirjoihin tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteuttamisesta ja seurannasta. Kirjaamiseen sisältyvät lisäksi hoidon tarpeen arviointi, hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot sekä hoidon arviointi. (Iivanainen & Syväoja 2008.)

2.4.4 Hoitomenetelmiä

Jotta sairaanhoitaja kykenee valitsemaan kullekin haavalle sopivan hoitomuodon, tulee hänen osata luokitella haavatyypit. Haavantyyppien luokittelu ohjaa myös haavanhoitotuotteiden sekä sidosmateriaalin valitsemisessa. Haavantyyppien luokittelujärjestelmiä on olemassa useita. Usein käytetään haavanpohjan paranemismuutoksia kuvaavaa RYB-väriluokitusta (Red-yellow-black). Suomessa kyseiseen luokitukseen on lisätty myös väri Pink. Tätä järjestelmää voidaan käyttää kaikissa avoimien haavojen luokittelussa. (Anttila ym. 2011, 269.) Vaaleanpunaisen ja punaisen haavan hoidon kulmakivenä on suojaus, koska paraneminen on jo hyvässä vauhdissa. Fibriinipeitteinen eli keltainen haava edellyttää puhdistamista, jotta voidaan mahdollistaa granulaatiokudoksen kasvaminen. Nekroottinen eli musta haava vaatii puhdistusta, jossa kuollut kudos poistetaan. (Schildt 2012, 22.)

Haavan paraneminen on mahdollista vain, jos haavapohja on puhdas. Tämä edellyttää, että sairaanhoitaja puhdistaa haavan tarkasti. Kuollut kudos tulee poistaa aina mahdollisuuksien mukaan, potilaan tilanne ja lääketieteellinen hoito huomioiden. Avoin haava suihkutetaan kädenlämpöisellä vedellä. Mikäli haava-alueen turvotusta halutaan välttää, huuhtelemiseen käytetään steriiliä keittosuolaa. Haavan huuhtelussa on tärkeämpää huomioida vesisuihkun oikea paine kuin huuhtelunesteen tyyppi. Haava tulee huuhdella matalapaineisella vedellä, jotta haavan uusiutuva kudos ei vahingoitu. Liiallinen haavan huuhtelu lisää kudoksen eritystä. (Anttila ym. 2011, 270–271.) Perusajatuksena haavanhoidossa on, että kuiva haava pidetään kuivana ja kostea kosteana. Haavan paraneminen edellyttää kehon oman ominaislämpötilan. (Heiskanen-Haarala 2012, 48.)

Haavapohjan puhdistamiseen voidaan käyttää mekaanista, entsyymaattista, autolyttistä tai biologista puhdistusta, sekä näiden yhdistelmää. Mekaanisen haavanpuhdistuksen voi tehdä sairaanhoitaja. Mekaaninen puhdistus tarkoittaa katteisen haavapohjan puhdistamista kyretillä ja atuloilla. Myös saksia, sientä, kauhaa tai kirurgista veistä voidaan hyödyntää. (Anttila ym. 2011, 271.) Mekaaninen puhdistus on tärkein hoitomuoto, sillä mikään haavanhoitotuote ei korvaa sitä. (Schildt 2012, 22.) Entsyymaattisessa haavanpohjan puhdistuksessa on kyse siitä, että hyödynnetään karstaa irrottavia haavanhoitotuotteita.

Autolyttisessä puhdistuksessa käytetään elimistön omaa puhdistustaipumusta aktivoivia haavatuotteita. Biologinen puhdistus tehdään iilimadoilla tai kärpäsen toukilla, jotka syövät haavasta kuolleen kudoksen. Avointa haavaa ei tule desinfektoida usein, koska desinfektioaineet hidastavat paranemista. Poikkeuksena ovat tulehtuneet haavat. (Anttila ym. 2011, 271.)

Infektoituneen haavan hoidon tavoitteena on haavan puhdistuminen; infektoitunut haavaerite ja kudos poistetaan haavasta. Haavaa tulee pestä kädenlämpöisellä vedellä. Infektoitunutta kudosta voidaan poistaa esimerkiksi saksien ja pinsettien avulla, suihkussa tai suihkutuksen jälkeen. Jos eritystä on paljon, voidaan haavaan laittaa vetyperoksidiliuosta, joka irrottaa kuollutta kudosta. Tämän jälkeen haava tulee vielä suihkuttaa kertaalleen runsaalla vedellä. On tärkeää kuivata haava hyvin, jotta haavaan ei jää kosteutta. Haavasidoksen valintaan vaikuttavat haavassa oleva kudos, haavaeritteen laatu ja määrä sekä haavan sijainti. Infektoituneen haavan hoitoon parhaita ovat hopea ja antiseptisiä aineita sisältävät sidokset. Sidos voidaan kiinnittää tukevien verkkosidosten avulla. (Kassara ym. 2005, 273–274.) Usein ei tiedosteta sitä, että kroonisissa haavoissa esiintyy bakteerikasvustoa lähes poikkeuksetta. Tämä ei kuitenkaan aina tarkoita sitä, että haavassa on infektio. Mikäli bakteerikasvusto nujertaa ihmisen puolustusjärjestelmän, seuraa infektio. Diabetes on yksi puolustusjärjestelmää heikentävä perussairaus, joten diabeetikoiden haavat infektoituvat herkemmin. Klassiset tulehdusoireet ovat punoitus, kuumotus ja haavaeritteen lisääntyminen. Haavan värikin voi muuttua ja haava vuotaa herkemmin verta. (Schildt 2012, 20.)

Krooninen haava aiheuttaa potilaalle yleensä jonkin asteista kipua. Kivun aste ja kesto ovat yksilöllisiä. Toisilla kipu on jatkuvaa, kun taas toisilla kipu vaihtelee liikkumisen ja vuorokauden ajan mukaan. Haavan hoitaminen saattaa aiheuttaa potilaalle kipua, jota lisää sairaanhoitajan mahdollinen kovaotteisuus. Riittävä kivunhoito kuuluu oleellisesti laadukkaaseen hoitoon. Kipulääkityksestä tulee huolehtia säännöllisesti. (Eronen & Kinnunen 2009.) Ennen haavanhoitotoimenpiteitä voi antaa tarvittavaa kipulääkettä, jotta hoitaminen onnistuisi mahdollisimman kivuttomasti. Lääke tulee antaa tarpeeksi ajoissa, jotta se ehtii vaikuttaa. On eettisesti väärin aiheuttaa potilaalle kipua, mikäli toimenpide on mahdollista tehdä kivuttomasti. (Sailo & Vartti 2000, 124.) Sairanhoitajan tulee olla tietoinen kroonisen haavan aiheuttamasta kivusta. Kipua tulee arvioida sekä hoitaa. Osa kroonisista haavoista on kivuttomia. (Eronen & Kinnunen 2009.)

Painepuristushoidossa raajoista pyritään poistamaan turvotusta, minkä avulla säärihaavojen paraneminen edistyy. Painepuristushoito on toiselta nimeltään kompressiohoito. Kompressiohoidossa jalkoihin laitetaan monikammio-hoitopussit, jotka täytetään ilmalla. Pussit täytetään niin että jalkaterästä ylöspäin paine nousee rytmisesti. Tämä jäljittelee pohjelihaspumpun toimintaa. Painepuristushoitoa tehdään esimerkiksi Ventipress-laitteella. Hoidon vaikutuksia ovat mm. syvien laskimoiden virtauksen lisääntyminen, kapillaaripaineen lasku, turvotuksen väheneminen, ihon verenkierto paranee ja kudoksien hapetus paranee. Tämän takia hoito on suunnattu juuri laskimoperäisille säärihaavoille. Hoito vaatii myös tukisidoshoitoa. Hoito toteutetaan 2–5 kertaa viikossa, ja se jatkuu niin kauan, että toivottu tulos saavutetaan. Sopiva hoitopaine on 60 mmHg. Täyttöjakso kestää noin 12 sekuntia, jonka jälkeen on lepovaihe. Puristus toistuu säännöllisin väliajoin, ja yksi hoitokerta kestää tunnista kahteen tuntia. (Anttila ym. 2011, 276.)

Lääketieteellistä hoitosukkaa voidaan käyttää haavanhoidossa. Hoitosukkaa on olemassa neljää eri puristusluokkaa. Myös sukkatyyppejä on erilaisia: pohje- ja reisisukkaa sekä sukkahousuja. Hoitosukat tulee pukea ennen ylösnousua, mutta kuitenkin viimeistään 15 minuuttia kohoasentoon nousun jälkeen. Vaihtoehtoisesti voidaan käyttää tukisidoksia, kun kyseessä on kipeä tai erittäin säärihaava tai jalassa on turvotusta. (Anttila ym. 2011, 276–278.)

Kullekin potilaalle valitaan hänen haavaansa sekä taloudelliseen tilanteeseen sopiva haavanhoitotuote. Ensimmäisten kolmen kuukauden ajalta potilas joutuu itse kustantamaan haavanhoitotarvikkeensa, mutta tämän jälkeen hän saa ne hoitotarvikejakelusta ilmaiseksi. (Karvinen 2012, 14; Schildt 2012, 22.) Haavanhoitotuotteiden oikea käyttö on yksi edellytys haavan paranemiselle. Tuote tulee valita niin, että sen toimintaperiaate ja käyttötarkoitus on tiedossa. (Ilmarinen 2012, 23.) Puhtaaseen ja erittäin haavaan tulee laittaa imevä sidos (haavatyyny tai vaahtolevy), esim. Mesorb® ja Mepilex®. Sidos vaihdetaan erityksen määrästä riippuen 1–3 vuorokauden kuluttua. Puhtaaseen kuivaan haavaan on tarkoitettu kosteuttava sidos (hydrokolloidi tai verkkosidos), esim. DuoDerm® ja Mepitel®. Kosteuttavan sidoksen vaihtoväli on pidempi, 1–2 kertaa viikossa. Infektoitunut haava tulee hoitaa päivittäin. Hoidossa käytetään muun muassa puhdistusliuoksia ja hopeasidoksia. Näistä esimerkkeinä Betadine® ja Aquacell Ag®. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2008.)

Diabeetikon haavansidosten valinnassa on huomioitava, että haavasidoksen tulee olla tehty niin, ettei se aiheuta lisäpainetta haavaan tai haavaympäristöön. Haavasidosten tulee olla myös hengittäviä. Hydrokolloidituotteita ei suositella käytettäväksi diabeetikon jalkaterän haavan suojana, koska ne eivät hengitä tarpeeksi eivätkä ne pehmusta riittävästi. Diabeetikoilla haavat tulee tarkistaa vähintään joka toinen päivä, vaikka sidoksia voitaisiin pitää useammankin päivän ajan. (Hietanen 2009, 11.)

Haavoja hoidetaan nykyään harvemmin kuin ennen. Tietyt haavanhoitotuotteet voivat olla haavalla jopa seitsemän päivää. Yksi haavanhoitotuote sisältää monta kerrosta: tarttumaton pohja, imevä osa sekä kiinnityskalvo tai niin sanottu tekoiho. Lukuisat haavanhoitotuotteet sisältävät hoitavia ainesosia, kuten hopeaa, pihkaa tai hunajaa. Tuotteiden laajan valikoiman takia niitä käytetään joskus myös väärin. (Heiskanen-Haarala 2012, 48.)

Suomen haavanhoitoyhdistys ry teki selvityksen haavanhoitotuotteiden saatavuudesta vuonna 2001. Tutkimus toteutettiin kyselynä avoterveydenhuollon yksiköille. Kyselyyn vastasivat terveyskeskuksen ylihoitajat ja kotihoidossa työskentelevät terveydenhoitajat, sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa Suomen eri kunnissa 2006–2007 vallitsevista käytännöistä, jotka johtavat potilaskohtaisiin päätöksiin haavahoitotuotteiden saatavuudesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi haavahoidon käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Tutkimuksella oli myös toinen tavoite; edistää haavanhoitoon liittyvää kiinnostusta ja tietoa ammattikorkeakoulujen hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden keskuudessa. (Seppänen & Hjerppe 2007.)

Seppäsen ja Hjerppen (2007) tutkimustuloksista voidaan päätellä, että potilaista noin puolet maksoi itse haavahoitotuotteensa, kun taas loput potilaista saivat haavahoitotuotteensa ilmaiseksi perusterveydenhuollosta. Haavapotilaat olivat eriarvoisessa asemassa riippuen sijainnistaan Suomessa, kun kyseessä oli haavatuotteiden hankkiminen ja kustantaminen. Eri puolilla Suomea haavanhoitotuotteiden saatavuudessa oli huomattavia eroavaisuuksia. Laadukas haavanhoito edellyttää asianmukaisten hoitotuotteiden käyttämistä. Haavanhoito tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa. Kunnille kertyy huomattavia kustannuksia, mikäli haavan paraneminen pitkittyy.

2.4.5 Ravitsemuksen ja elintapojen merkitys haavanhoidossa

Haavapotilaan hoitoon kuuluu oleellisesti ravitseminen, koska haavan paraneminen edellyttää rakennusaineita. Haava saattaa aiheuttaa vajaaravitsemusta. Syitä tähän voivat olla ravinnon liian vähäinen saanti, ravinnon heikentynyt imeytyminen tai ravinnon tarpeen suurentuminen. Ravinnon tarvetta lisäävät haavaeritteen mukana menetettävät ravintoaineet sekä uuden kudoksen muodostuminen. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24.) Haavan paraneminen edellyttää hiilihydraattien, proteiinien ja rasvojen syöntiä, koska niitä tarvitaan kudosten uudelleen muodostumiseen sekä korjautumiseen. Mikäli potilaan syömän ruoan energiamäärä ei ole riittävä elimistö alkaa käyttää rasva- ja lihaskudosta energiantuotantoon. C-vitamiinia ja sinkkiä tarvitaan kollageenien muodostumiseen ja epitelisaatioon. A-vitamiini säätelee kollageenisynteesiä ja edistää epitelisaatiota, joten sen takia sekin vaikuttaa edullisesti haavan paranemiseen. (Iivanainen ym. 2001, 491–492.)

Potilaan ravitsemustila on arvioitava, tarvittaessa mukaan otetaan ravitsemushoito. (Iivanainen ym. 2001, 492.) Suositeltava energiamäärä haavapotilaalle on 30–35 kcal/tavoitepainokilo. Proteiinimäärän suositellaan olevan 1,25–1,5 g/tavoitepainokilo. Lisäksi potilaan suositellaan käyttävän kliinistä täydennysravintovalmistetta päivittäin useiden viikkojen ajan, vähintään yksi pakkaus päivässä. Potilaan riittävä energiansaanti on turvattava. Myös riittävästä nesteestä saannista tulee huolehtia. Vajaaravitsemuksesta kärsivän potilaan tunnusmerkkejä voivat olla esimerkiksi väsymys, alentuneet vastustus- ja toimintakyky, mistä seurauksena saattaa olla jopa masennus. Vajaaravitsemustila altistaa komplikaatioille, kuten infektioille sekä lisää hoidon tarvetta. Ennaltaehkäisy on vajaaravitsemuksen hoitoa helpompaa, ja riskipotilaat tulisivat tunnistaa ajoissa ja tarvittaessa ravitsemushoitoa tehostetaan. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24–25.)

Tärkeää on huomioida, että ravitsemushoito on aina yksilöllistä. Pohjana ovat potilaan ruokatottumukset ja niihin yhdistettävät tehostamiskeinot. Kotona ravitsemushoitoa voidaan tehostaa lisäämällä välipaloja, tihentämällä ateriarytmiä sekä lisäämällä proteiinien saantia. Ravitsemustilan arviointi tehdään säännöllisesti. Ravitsemushoito toteutuu moniammatillisesti. Lääkäri on vastuussa haavapotilaan ravitsemushoidosta, mutta suunnitteluun ja arviointiin voivat osallistua myös hoitajat sekä ravitsemusterapeutti.

Kotihoidossa olevan potilaan ravinnon saannin seuranta voi olla vaikeaa, koska aterioiden koot sekä ruokailuajat vaihtelevat. Tällöin on mutkaton yhteistyö potilaan, läheisten ja hoitoon osallistuvien kesken hyvin tärkeää. Haasteena on ravitsemusohjauksen antaminen ylipainoiselle potilaalle, sillä ravitsemushoitoa tulee tehostaa välttämättä painon nousua. Ravitsemusterapeutille ohjataan haavapotilaat, joilla on BMI yli 30 kg/m² tai huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 25.)

Ravitsemushoidon päämääränä on haavapotilaan ravitsemustilan kohentaminen sekä ylläpitäminen. Hyvä ravitsemustila on sidoksissa hyvään elämänlaatuun sekä toimintakykyyn. Ravitsemushoidon tehostamisella pystytään vähentämään hoitoisuutta ja hoitokustannuksia. Sairaanhoidajan olisi myös hyvä informoida potilasta tupakoinnin verisuonia supistavasta vaikutuksesta sekä sen merkityksestä haavan paranemiselle. (Anttila ym. 2011, 269.) Liikunnan merkityksestäkin on hyvä antaa ohjausta, koska säännöllinen liikkuminen edistää jalkojen verenkiertoa. (Käypä hoito 2007.)

Taru Ratinen ja Marja-Helena Sholberg ovat tehneet opinnäytetyön ”Haavanhoitajan näkemyksiä ravitsemuksesta osana haavanhoitoa” vuonna 2009. Tutkimus on laadullinen ja tutkimusaineisto kerättiin avoimella esseekyselylomakkeella, johon vastasi 3 haavahoitajaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Ratisen ja Sholbergin tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää haavahoitajien näkemyksiä ravitsemuksesta osana haavanhoitoa. Tutkimustuloksien perusteella ravitsemus on keskeinen osa haavanhoitoa ja haavan paranemisprosessia. Potilaan puutteellinen ravitsemus vaikuttaa haavan paranemiseen ja tämän ansiosta haavanhoito vaikeutuu. (Ratinen & Sholberg 2009.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kotisairaanhoidajien tämän hetkistä haavanhoito-osaamista. Tavoitteenamme on opinnäytetyömme hyödynnettävyys kotihoidon esimiesten suunnitellessa lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen. Esimiehet voivat järjestää lisäkoulutusta, mikäli haavanhoidossa ilmenee puutteita tai kehitettävää.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

- 1) Millaiseksi kotisairaanhoidajat arvioivat oman haavanhoito-osaamisensa?
- 2) Miten kotisairaanhoidajat kehittäisivät omaa haavanhoito-osaamistaan?

4 TOIMINTAYMPÄRISTÖN JA TIEDONANTAJIEN KUVAUS

Opinnäytetyömme toimintaympäristönä on Kokkolan kaupungin kotihoito. Kotihoidossa pyritään antamaan turvallista hoitoa ja huolenpitoa sekä tukemaan asiakkaiden selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään ja estää laitoshoidon joutuminen. Tärkeää on muistaa kuntouttava työote, jotta voidaan edistää asiakkaiden toimintakykyä ja omatoimisuutta. Kotihoito suunnitellaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Kotihoito ei sisällä siivouspalvelua, vaan asiakkaiden tulee hankkia siivousapu yksityiseltä sektorilta. Säännölliseksi kotihoito luokitellaan, kun käyntejä on vähintään kerran viikossa. Kotihoidon alueet on jaettu siten, että jokaisella kotihoidon alueella on määrätyn alueen asiakkaat hoidettavanaan. (Kokkolan kaupunki.)

Kotihoito toteuttaa asiakkaidensa kotona lääkärin määräämiä toimenpiteitä: näytteiden otto, haavanhoito, lääkityksen valvominen sekä potilaan voinnin seuraaminen. Kotisairaanhoidajan toimenkuvaan kuuluu myös omaisten tukeminen. Kotisairaanhoidon avulla voidaan toteuttaa kotona jopa saattohoitoa. Kotihoitoa saavat pääasiassa ikääntyneet, vammaiset sekä sairaat. Kotihoidosta laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Sitä muutetaan palveluiden tarpeen muuttuessa. Asiakkaaksi pääsee terveyskeskuksen tai sairaalan läheteellä. Läheteeseen on kirjattu hoidon tarve sekä tavoitteet. Kotihoidon järjestämisestä on vastuussa kunnan terveyskeskus. Kotihoidosta vastaava lääkäri tekee päätökset hoitotoimista. Maksut määräytyvät hoidon tarpeen mukaan; tilapäinen vai jatkuva hoidontarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Kotihoidossa työympäristönä on asiakkaan koti. Siellä tulee työskennellä huomioiden sekä asiakkaan että työntekijän hyvinvointi, terveys ja turvallisuus. Kotioloissa ergonominen työskentely voi olla vaikeaa. Työolosuhteet eivät aina ole parhaat mahdolliset, esimerkiksi kemiallisten, biologisten ja fysikaalisten haittatekijöiden takia. Asiakkaan omaiset ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita hoitohenkilökunnalle. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17.)

Kokkolan kaupungin kotihoidossa on kuusi (6) toiminta-alueita. Työelämänyhteytenämme toimi Anne Tunkkari, yksi kotihoidon esimiehistä. Alueilla toimii yhteensä noin 30 kotisai-

raanhoitajaa. Keskimäärin neljä sairaanhoitajaa/alue. Jokaisella alueella on oma esimies. Kotisairaanhoitajien työaika on pääasiassa klo 7-15. Lisäksi toiminnassa on mukana äskettäin perustettu päivystystiimi, joka toimii viikonloppuisin sekä iltaisin. Opinnäytetyöhöme valittiin yhteensä 12 kotisairaanhoitajaa kolmelta eri alueelta. Kyselylomakkeeseen vastasivat vain vakituiset työntekijät sekä pidempiaikaiset sijaiset. Kesäsijaisia emme ottaneet mukaan kyselyyn. Tutkimusluvan saimme Kokkolan Vanhustenhuollon palvelujohtajalta Maija Juolalta.

5 MENETELMÄN JA ANALYYSIN KUVAUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja aineisto kootaan realistisissa tilanteissa. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavampia ovat tutkijan omat havainnot sekä keskustelu tutkittavien kanssa kuin mittausvälineillä hankittu tieto. Tutkijan tavoitteena on paljastaa ei-odotettavissa olevia asioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen hallinnan on koettu olevan vaikeaa. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan käyttää, kun halutaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei ole vielä paljoa tietoa. Sitä voidaan myös käyttää, mikäli halutaan uusia näkökulmia jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen tai epäillä teorian tai käsitteen merkitystä, saatuja tutkimustuloksia tai vakiintunutta tai aiemmin käytettyä tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta voidaan hyödyntää myös, jos halutaan ymmärtää tutkittava ilmiö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–50.) Kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoille on tyypillistä niiden tavoite etsiä tutkimusaineistosta toimintatapoja, eroja ja yhtäläisyyksiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–22.)

Lähtökohtana on aineiston moniulotteinen sekä yksityiskohtainen huomiointi. Tutkija ei määritä asioiden tärkeyttä. Suositellaan käytettäväksi sellaisia tutkimusvälineitä, joissa tutkimuksen kohteena olevien näkökulmat sekä mielipiteet pääsevät esiin. Tällaisia tutkimusvälineitä ovat esimerkiksi teemahaastattelu, havainnoiminen ja ryhmähaastattelu. Tutkittavat valitaan tarkoituksenmukaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää huomioida aineiston ainutlaatuisuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 159–160.)

Opinnäytetyössämme käytimme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska kotisairaanhoitajien haavanhoito-osaamisesta ei ole aiempaa tietoa ainakaan meidän alueellamme. Kotisairaanhoitajien vähäinen määrä alueellamme oli myös vaikuttava tekijä tutkimusmenetelmän valinnassa.

Yksi aineistonkeruumenetelmä on kysely. Tutkija voi olla lähellä tai etäällä kyselyyn vastaavia henkilöitä käytettiinpä sitten kvalitatiivista tai kvantitatiivista tutkimusta. Kyselytutkimuksen hyötynä pidetään useimmiten sitä, että sen avulla pystytään keräämään laaja tutkimusaineisto, koska tutkittavia henkilöitä voi olla paljon sekä kyselyn avulla voidaan kysyä lukuisista asioista. Kyselyä pidetään tehokkaana aineistonkeruumenetelmänä, koska se säästää tutkijan aikaa sekä vaivannäköä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193–195.)

Kyselyllä on myös joitakin heikkouksia. Tutkija ei voi olla varma, ovatko kyselyyn vastanneet suhtautuneet tutkimukseen vakavasti eli onko kysymyksiin vastattu huolellisesti ja rehellisesti. Laadukkaan kyselylomakkeen tekeminen vie oman aikansa ja sen tekeminen edellyttää tutkijalta riittävästi tietoa ja taitoa. Toisinaan myös kyselyyn vastaamattomien määrä saattaa nousta suureksi. Kyselylomakkeella saadaan tietoa esimerkiksi faktoista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Tarkkoja faktoja tulisi kysyä yksinkertaisilla kysymyksillä joko avoimilla kysymyksillä tai sitten monivalintakysymyksillä. Usein kyselylomakkeilla selvitetään myös edellä mainittujen asioiden lisäksi vastaajien taustatietoja, kuten esimerkiksi sukupuoli, ikä, koulutus ja ammatti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195–197.)

Avoimessa kyselylomakkeessa vastaajilla on vapaus kertoa oma mielipiteensä aiheesta omin sanoin. Kysymyksille ei ole valmiita vastauksia. Vastaajat saavat myös itse määritellä mikä heidän mielestään on tärkeää ja olennaista. Avoimilla kysymyksillä saadaan tietää vastaajan tietämys aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Me valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi avoimen kyselylomakkeen, koska sen avulla toivoimme saavamme luotettavan tuloksen, koska vastaajat saivat tutustua kyselylomakkeeseen rauhassa ja vastata siihen ajan kanssa. Aiheemme oli toisaalta myös arkaluonteinen, joten tämän takia mielestämme oli parempi tutkia asiaa etäältä. Kyselylomakkeemme oli avoin. Päädyimme siihen siksi, että mielestämme on tärkeää tutkittavan aiheen kannalta, että vastaajat saivat ilmaista itseään omin sanoin ja niin saimme mielestämme hyvin esille kotisairaanhoidajien tietämyksen haavanhoitoon liittyen. Kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat opinnäytetyömme tutkimuskysymysten sekä tutkitun tiedon pohjalta. Emme tehneet koekyselyä. Kyselylomakkeet jaoimme eri alueiden esimiehille, jotka jakoi-

vat ne alueensa kotisairaanhoidajille eli tutkittaville. Lomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa esimiehille, ja me noudimme ne henkilökohtaisesti.

5.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä muodostamalla tutkittava ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Käsitejärjestelmä, -kartta ja malli ovat tutkittavaa ilmiötä kuvailevia kokonaisuuksia. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.)

Sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysimenetelmään. Tutkimuksen tarkoitus määrittää sen, kumpaa menetelmää käytetään. Sisällönanalyysin tarkoituksena on tiivistää tutkimuksesta saatu aineisto niin, että se kuvaa tutkittavaa ilmiötä yleistävästi ja lyhyesti. Olennaista on, että aineistosta erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineisto luokitellaan, ja luokitusten on oltava toisensa poissulkevia ja selkeitä. Samaa luokkaan tulevat samaa merkitystä ajavat asiat. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–23.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä muodostetaan teoreettisen merkityksen perusteella luokkia, joihin aineistossa ilmenevät asiat luokitellaan. Induktiivista sisällönanalyysia on hyvä käyttää silloin, kun tutkimuksen aiheesta ei ole paljoa aiempaa tietoa. Luokat muodostetaan aineistosta johtaen ja tutkimuskysymykset ohjaavat muodostusta. Induktiivista sisällönanalyysia käytettäessä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus, analyysia ei saa ohjata aiempi tieto tai havainnot. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135)

Sisällönanalyysissä on keskityttävä omaan rajattuun aiheeseen, ja ylimääräiset asiat on jätettävä tutkimuksen ulkopuolelle. Aineistosta muodostetaan selkeä kokonaisuus, josta voidaan vetää johtopäätöksiä. Analyysissä on kolme vaihetta; pelkistäminen, ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen (alaluokka-yläluokka-pääkäsite). Pelkistämisessä tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset otetaan huomioon. Ryhmittelyssä samaa tarkoitta-

vat ilmaisut muodostavat luokan, luokan nimen on oltava sisältöä kuvaava. Teoreettisten käsitteiden luomisessa, abstrahoinnissa, luokituksia yhdistellään. Tämän avulla saadaan yleiskäsitteiden perusteella kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94-115)

Me analysoimme tutkimusaineiston käyttämällä edellä mainittua tekniikkaa. Aluksi ryhmittelimme vastaukset kysymyksittäin ja etsimme vastauksista yhtäläisyyksiä. Seuraavaksi pelkistimme vastaukset, jonka jälkeen muodostimme yhteisen kategorian (LIITE 2).

6 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö täytyy toteuttaa eettisesti ja luotettavasti. Työn tulee olla rehellinen ja kunnioittaa ihmisarvoa. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla jokaisen itse valita haluaako osallistua tutkimukseen vai ei. Ketään ei saa pakottaa osallistumiseen vaan sen on oltava täysin vapaaehtoista. Myös salassapitovelvollisuus tulee muistaa. Tiedonantajien henkilötietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Vastausten analysointi ja tulkinta tulee olla rehellistä eikä niitä saa manipuloida. Plagiointi on kielletty. (Hirsjärvi ym. 2008, 23–27.) Eettikan avulla pyritään erottamaan hyvyys ja pahuus sekä oikeus ja vääräys. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 125–142.) Tutkimusetiikassa käsitellään eettisesti hyvän ja luotettavan tutkimuksen tekemistä. Tutkimusetiikka pohjautuu lainsäädäntöön. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 285–287.) Hoitotyön tulee perustua tieteellisesti tutkittuun tietoon sekä laajaan kliiniseen kokemukseen, jotta se olisi eettisesti oikein potilasta kohtaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 125–142.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös erilaisilla kriteereillä. Cuba ja Lincoln (1981, 1985) ovat laatineet laadullisen tutkimuksen kriteerit, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Jälkimmäisessä laadinnassa mukaan tulivat totuusarvo, sovellettavuus, kiinteys ja neutraalisuus. (Kankkunen ym. 2009, 160.) Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että lukija ymmärtää kuinka analyysi on toteutettu sekä tiedostaa tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Eli toisin sanoen tutkimustulosten tulee olla selkeästi kuvattu. Siirrettävyydellä tarkoitetaan huolellista tutkimusmateriaalin kuvausta, tutkittavien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä myös aineiston keräämisen ja analysoinnin yksityiskohtaista kuvausta. (Kankkunen ym. 2009, 160.)

Eettisyys ilmenee opinnäytetyössämme siinä, että vastaajien henkilöllisyys ei tule tietoisuuteen, anonyymiys säilyy koko prosessin ajan. Tarkoituksena oli, että kotisairaanhoidajat vastaavat kyselylomakkeeseen omien kokemuksiansa perusteella. Näin ollen jokainen vastaaja sai oman äänensä kuuluviin. Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, mikä puoltaa itsemääräämisoikeutta. Eettisyys nousee esiin myös siinä, että tulokset esitetään todenmukaisina, eikä niitä ole tekaistu. Meidän työssämme luotettavuuteen vaikutti positiivisesti se, että tutkimustulokset kuvataan selkeästi ja totuudenmukaisesti. Koti-

sairaanhoitajille annettiin myös tarpeeksi aikaa vastata kyselylomakkeeseen, jolloin heillä oli mahdollisuus syventyä tutkittavaan aiheeseen ja vastata mahdollisimman kattavasti oman osaamisensa perusteella.

7 TUTKIMUSTULOKSIA

Kyselylomakkeita jaettiin 12, joista kuusi (6) saimme takaisin. Näin ollen vastausprosentti on 50. Vastaajien ikäjakauma oli 27–46 vuotta. Hoitoalan kokemusta vastaajilla oli kolmesta vuodesta yli 20 vuoteen. Neljä vastaajista oli käynyt erikseen lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen sairaanhoitajakoulutuksen jälkeen.

7.1 Kotisairaanhoitajien kuvaus omasta haavanhoito-osaamisesta

Kokonaisuudessaan kotisairaanhoitajat arvioivat tämän hetkisen haavanhoito-osaamisensa tyydyttävälle tasolle, arvosanalla 7 (asteikolla 4–10).

Haavan paranemisprosessiin vaikuttavista tekijöistä kotisairaanhoitajilla oli kattava tietoperusta. Tärkeimmiksi tekijöiksi koettiin ravitsemus, hygienia, aseptiikka, oikeanlaiset haavanhoitotuotteet, tarkat haavanhoito-ohjeet sekä säännöllinen hoito. Muutaman vastaajan mielestä myös psykologisilla tekijöillä on vaikutusta haavan paranemiseen. Yksi vastaajista oli maininnut haava-alueen kosteuden ja lämmön vaikutukset haavan paranemista edistävänä tekijänä. Myös potilaan sairaudet hidastavina tekijöinä oli huomioitu, esim. diabetes.

Ruokavalio/ravitsemus, hygienia, puhtaat/steriilit haavanhoitovälineet, oikeat haavanhoitotuotteet ja tarpeen mukaiset hh-käynnit/hoidot.

Kysyttäessä ravitsemuksen ja elintapojen vaikutusta haavan paranemiseen vastaajat olivat sitä mieltä, että niillä on suuri vaikutus. Valtaosan mielestä monipuolinen ruokavalio, riittävä proteiinien saanti sekä liikunta ovat oleellisia haavan paranemiseksi. Vastaajistamme puolet mainitsi haavan paranemista edistävänä tekijänä puhtauden. Oleelliseksi koettiin myös diabeetikon hyvä hoitotasapaino. Kaikki vastaajat eivät tarkemmin eritelleet, mikä vaikutus eri tekijöillä on haavan paranemisprosessiin.

Tärkeä merkitys. Monipuolinen ruokavalio, riittävästi proteiineja ja kaloreita. Lepo/liikunta tasapaino. Puhtaus.

Merkittävästi. Esim. tupakoitsijan haava paranee hitaammin. Diabeetikon ruokavalio ja vs-arvot oltava kohdallaan. Liikunta edistää verenkiertoa ja nopeuttaa haavan paranemisprosessia.

Vastaajien mielestä potilaan ohjaamisessa erityisen tärkeää on kertoa haavan paranemista edistävästä ja haittaavista tekijöistä. Näistä tekijöistä hygienia, ravitsemus ja kivunhoito olivat yleisiä vastauksia. Vain yksi vastaaja mainitsi vastauksessaan potilaan informoinnin tulehtuneen haavan merkeistä sekä liikunnan vaikutuksesta haavan paranemisprosessiin. Yhdessä vastauksessa nousi esiin diabeetikon verensokeriarvojen seuranta/tasapaino.

Ravitsemus, turvotusten hoito, hygienia/aseptiikka, kivun hoito.

Oireista mitä tulee silloin, kun haava tulehtuu ja alkaa menemään huonompaan suuntaan. KIPU, KUUMOTUS, PUNOITUS, ERITYS, TURVOTUS. Ruokavaliosta ja liikunnasta → edistävät haavan paranemista.

Potilaan hoitoon sitouttamista koskevaan kysymykseen vastaajat antoivat melko suppeita vastauksia. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kokonaan. Muiden vastauksista esiin nousi kannustaminen ja motivoiminen. Hoitajan tulee antaa konkreettisia merkkejä haavan paranemisesta ja informoida potilasta siitä, miksi ja miten haavaa hoidetaan.

Potilaan kokonaistilanne tulee ymmärtää. Otetaan potilas mukaan päätöksen tekoon. Tuetaan elämään mahdollisimman normaalia elämää. Autetaan jatkamaan harrastuksia yms. haavasta huolimatta. Otetaan myös puheeksi arkielämään liittyvät haasteet ja haavan aiheuttamat rajoitukset → etsitään ratkaisuja niihin.

Suurin osa vastaajista kertoi käyttävänsä haavan puhdistamiseen fysiologista keittosuolaa (NaCl) tai tavallista hanavettä sekä Aquacel Ag-tuotetta. Kaksi kotisairaanhoidajaa mainitsi käyttävänsä myös kyrettiä. Puhdistamiseen käytettiin lisäksi tarvittaessa vetyperoksidia. Haavan suojaamiseen yleisimmin vastaajien mukaan käytetään Mepilexiä, Aquacelia ja Meporea. Muita vastaajien luettelemia suojaamiseen käytettäviä tuotteita ovat taitokset, sideharsot, Coban-sidokset ja Drymax.

Mekaaninen puhdistus → kyretti, tarv. vetyperoxidi kuohutus, NaCl-huuhtelu/vesi, Aquacel/-Ag, Mepilex.

Useimmat kotisairaanhoidajista vastasivat arvioivansa haavan paranemista tarkkailemalla ja seuraamalla haavan koon muutoksia. Myös haavan syvyyden, katteen määrän, erityksen,

värin ja hajun seuraaminen ilmeni useassa vastauksessa. Vain muutama vastaaja mainitsee kirjaamisen olevan haavan paranemisen arvioimisen työväline.

Haava koko (suurentunut – pienentynyt), väri, erityys, haju.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajan vastuulla on konsultoida lääkäriä, mikäli haavan paranemisprosessi ei etene. Hoitajan vastuuksi määriteltiin myös haavanhoito, haavan paranemisen arviointi, hoitotuotteiden valinta ja aseptiikasta huolehtiminen.

Hoitaja seuraa haavan paranemista ja tarv. konsultoi esim. lääkäriä mikäli haava-prosessi ei etene. Tuotteiden oikea valinta.

Suuri. Hoitajan vastuulla haavan-hoito, että tapahtuu hygieenisesti, eikä haavalle pääsisi hoitovälineiden kautta bakteereja. Hoitaja yhdessä lääkärin kanssa huolehtii oikeanlaiset haavanhoitotuotteet.

7.2 Kotisairaanhoitajien ehdotuksia haavanhoito-osaamisen kehittämiseksi

Kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että lisäkoulutukselle on tarvetta. Kotisairaanhoitajat kehittäisivät haavanhoito-osaamistaan käymällä siihen liittyvää lisäkoulutusta, joka pitäisi sisällään erityisesti tietoa haavanhoitotuotteista sekä niiden käyttötavoista ja -tarkoituksista, koska kotisairaanhoitajien mielestä oikeanlaisten haavanhoitotuotteiden valinta on haastavaa. Lisäkoulutus auttaisi kotisairaanhoitajia sopivan haavanhoitotuotteen valinnassa, koska nykyään markkinoilla on erittäin paljon erilaisia vaihtoehtoja.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen perusteella voimme esittää seuraavanlaiset johtopäätökset:

- 1) Kotisairaanhoitajat arvioivat oman tämän hetkisen haavanhoito-osaamisensa keskiarvolla 7, asteikolla 4-10. Tämä tarkoittaa tyydyttävää tasoa.
- 2) Kokkolan kaupungin kotihoidossa työskentelevät kotisairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen, erityisesti erilaisten haavanhoitotuotteiden käyttötarkoituksista ja -tavoista.

9 POHDINTA

Kvalitatiivinen menetelmä sopi hyvin tutkimukseemme, koska aiempia tutkimuksia samaisesta aiheesta ei juuri ollut. Saamamme tutkimustulokset osoittavat lisäkoulutuksen tarpeen olevan suuri. Kotisairaanhoidajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta erinäisten haavanhoitotuotteiden käytöstä. Kotisairaanhoidajien vastaukset avoimiin kysymyksiin olivat suurimmalta osin melko samansuuntaisia. Haavanhoidon perusasiat tuntuivat olevan hallussa. Vastaajat kokivat ravitsemuksella ja elintavoilla olevan tärkeä merkitys haavan paranemisprosessissa. Myös Ratisen ja Sholbergin (2009) tutkimuksen mukaan ravitsemus on keskeinen osa haavanhoitoa ja potilaan puutteellinen ravitsemus voi hidastaa haavan paranemisprosessia. Näin ollen tuloksemme olivat samansuuntaisia.

Opinnäytetyön tekeminen jälkeenpäin ajateltuna olisi kannattanut aloittaa aiemmin. Tietoa haavanhoitoon liittyen löytyi todella paljon ja koimme aiheen rajaamisen haastavaksi ja aikaa vieväksi. Opinnäytetyön suunnitelman teko oli mielestämme ongelmallista ja yliarvostettua. Suunnitelman teko venyi reippaasti, joten varsinaisen opinnäytetyön teko alkoi vasta kesällä 2012. Lopullinen työ on tehty kohtalaisen lyhyessä ajassa. Varsinaista opinnäytetyötä tehdessämme kuitenkin huomasimme opinnäytetyön suunnitelman tärkeyden ja sen tuoman avun.

Kysymysten asetteluun olisimme voineet käyttää enemmän aikaa ja vaivaa. Jälkeenpäin ajateltuna kysymyksiä oli mielestämme liikaa, ja ne olivat hieman liian epätarkkoja. Kaikkiin kysymyksiin emme saaneet toivomiamme vastauksia. Jotkut vastaukset jäivät kovin yleiselle tasolle ja osa ei oikeastaan edes vastannut kysymykseen. Olisimme myös toivoneet enemmän vastaajia, sillä saimme vain puolet jaetuista lomakkeista takaisin. Kyselylomakkeeseen vastaaminen saatettiin kokea liian aikaa vieväksi, millä saattoi olla vaikutusta vastaajien määrään ja vastausten laatuun.

Sisällönanalyysin tekeminen oli mielestämme kovin haastavaa. Vastausten ryhmittely oli vaikeaa ja aikataulu petti pahemman kerran. Mielestämme haastavin osuus tutkimuksen teossa oli juurikin vastausten analysointi. Tutkimuksen tekeminen on ollut pääasiassa energiaa vievää, ja se on vaatinut pitkäjänteisyyttä. Tutkittava aihe oli meidän molempien

mielestä mielenkiintoinen. Koimme molemmat, että sairaanhoitajakoulutuksessa on vain vähän teorialunteja haavoista. Tämä antoi suuntaa aiheemme valintaan. Sairaanhoitajan työtä ajatellen olemme saaneet paljon syventävää tietoa haavanhoitoon liittyen, mistä lie-nee hyötyä tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tekemisen myötä olemme oppineet hakemaan ajantasaista ja tutkittua tietoa, jota voimme tulevaisuudessa hyödyntää sairaanhoitajan ammatissamme.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata kotisairaanhoitajien tämänhetkistä haavanhoito-osaamista. Tähän saimme mielestämme suppean vastauksen. Kotisairaanhoitajat eivät antaneet osaamisestaan kovin tarkkaa kuvaa, mutta tämä saattoi johtua heidän ajanpuutteestaan sekä kysymysten asettelusta. Tuloksista kuitenkin ilmeni, että kotisairaanhoitajilla on kattava tietoperusta haavanhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli sen hyödynnettävyys esimiesten suunnitellussa lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen. Tavoite saavutettiin kiitettävästi. Tutkimustulosten mukaan kotisairaanhoitajat kaipaavat lisäkoulutusta erityisesti erilaisten haavanhoitotuotteiden käytettävyydestä, koska oikeanlaisen tuotteen valinta on vaikeaa suuren valikoiman vuoksi. Kortsalon ja Vartiaisen (2012) tutkimuksen mukaan haavanhoitotuotteiden valinta on yksi haasteellisimmista vaiheista haavanhoidossa, mitä myös meidän tuloksemme puoltavat. Heidän tutkimustulostensa mukaan haavanhoitotuotteen valintaan vaikuttaa haavan eritteiden määrä, haavan koko ja tyyppi.

Jatkotutkimusaiheina voisivat olla potilaiden kokemukset haavanhoitoprosessin toteutumisesta kotona sekä potilaan ja hoitajan välisen luottamuksen ja yhteistyösuhteen tärkeys kotihoidossa.

LÄHTEET

- Airimo, L. 2009. Diabeetikon jalkojen tutkiminen. Haava-lehti 1/2009.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2009. Sairaanhoido ja huolenpito. 7. uudistettu painos. Helsinki:WSOY.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2011. Hoitamalla hyvää oloa. 14.-15.painos. Helsinki:WSOY.
- Eronen, P. & Kinnunen, P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajalehti 11/2009. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/11_2009/asiantuntija-artikkeli/kroonista_haavaa_sairastavan_pot/. Luettu 2.6.2012.
- Farsaei, S., Khalili, H. & Farboud, E. S. 2012. Potential role of statins on wound healing: review of the literature. International wound journal June 2012.
- Heiskanen-Haarala, I. 2012. Haavahoitaja etsii paranemisen palikat. Sairaanhoidajalehti 6-7/2012.
- Hietanen, H. 2009. Diabeetikon jalkahaavat ja niiden hoito. Haava-lehti 1/2009.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1. painos. Porvoo:WS Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna:Kariston kirjapaino Oy.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, E. 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki:WSOY.
- Iivanainen, A. 2010. Sanoista tekoihin – käytännön haavanhoito. Haava-lehti 2/2010.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. 1. painos. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iivanainen, A. & Soppi, E. 2012. Infektio vai inflammaatio. Haavalehti 1/2012.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1. painos. Keuruu:Tammi.
- Ilmarinen, S. 2012. Älä stressaa haavanhoitotuotteiden kanssa. Sairaanhoidajalehti 6-7/2012.
- Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. 2011. Diabetes. 7. uudistettu painos. Hämeenlinna:Kariston kirjapaino Oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva:WS Bookwell Oy.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki:WSOY pro Oy.
- Karvinen, M. 2012. Ei vain lapun vaihtoa. Sairaanhoitajalehti 6-7/2012.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaminen. 1. painos. Helsinki:WSOY.
- Kokkolan kaupunki. Kotihoito. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.kokkola.fi/vanhusten_palvelut/kotihoito/fi_FI/kotihoito/. Luettu 20.2.2012.
- Kortsalo, H. & Vartiainen, M. 2012. Haavanhoidon osaaminen OYS:n traumatologian osastolla 7. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44050/Kortsalo_Hanne_Vartiainen_Monica.pdf?sequence=1. Luettu 31.10.2012.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede-lehti 23.
- Käypä hoito. 2007. Krooninen alaraajahaava. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50058#s6>. Luettu 2.4.2012.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. 1.-2. painos. Juva:WS Bookwell Oy.
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2008. Anatomia + fysiologia – rakenteesta toimintaan. 1. painos. Porvoo:WSOY.
- Moilanen, T. & Suorsa, N. 2006. Haavanhoitotuotteiden saatavuus kotihoidossa Kainuussa. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24667/STH3SBTiinaMNinaS.pdf?sequence=1> . Luettu 27.3.2012.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Haavanhoitotuotteiden valintaohje/krooninen ja infektoitunut haava. Duodecim – terveyskirjasto. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01216. Luettu 23.10.2012.
- Ratinen, T. & Sholberg, M-H. 2009. Haavanhoitajan näkemyksiä ravitsemuksesta osana haavanhoitoa. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2647/Sholberg_Helena.pdf?sequence=1 . Luettu: 27.3.2012.
- Sailo, E. & Varti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere:Tammi.
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E., Bjålie, J.G. & Toverud, K.C. 2011. Ihminen – fysiologia ja anatomia. 1. painos. Helsinki:WSOY.

Seppänen, S. & Hjerpe, A. 2007. Haavahoitotuotteiden saatavuus Suomessa – selvitys vuosina 2006-2007. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. Julkaisusarja nro 3. Mikkeli. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/haavanhoitotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf>. Luettu 27.3.2012.

Schildt, M. 2012. Profeetta omalla maallaan. Sairaanhoitajalehti 6-7/2012.

Siljamäki-Ojansuu, U. 2012. Ravitseminen ja haavapotilas. Sairaanhoitajalehti 6-7/2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Luettu 5.4.2012.

Tunkkari, A. 2010. Digitaalisten valokuvien käyttö haavanhoidossa. Kandidaatin tutkielma. Kokkolan kesäyliopisto – Oulun yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki:Tammi.

KOKKOLAN KAUPUNKI
 Sosiaali- ja terveystoimi

 Viranhaltija ja virka-asema
 Juola Maija
 Vanhustyön palvelujohtaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
 Muut

1

 Päivämäärä / pykälä
 19.06.2012 / § 128

Asia	Tutkimuslupa-anomus												
Päätös ja sen perustelut	<p>Myönnetään tutkimuslupa Jonna Saarelle ja Ros-Marie Rasmukselle, jotka opiskelevat K-P:n AMK:ssa hoitotyön koulutusohjelmassa. Tutkimuksen nimi on Kotisairaanhoidajien haavanhoito-osaaminen Kokkolan kaupungin kotihoidossa. Tutkimuksen kohderyhmä on kotihoidon alueiden 1, 2 ja 3 sairaanhoitajat. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata sairaanhoitajien haavanhoito-osamista.</p> <p>Tutkimus on kvalitatiivinen, aineisto kerätään kyselylomakkeella. Aineiston-keruu tehdään heinäkuussa 2012.</p> <p>Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tulee noudattaa tietosuojasta ja salassapiidosta annettuja ohjeita ja määräyksiä. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista.</p> <p>Tutkimuksen valmistuttua tutkijat luovuttavat yhden kappaleen työstään Kokkolan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen käyttöön.</p>												
Allekirjoitus	Vanhustyön palvelujohtaja  Juola Maija												
Oikaisuvaatimusoikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.												
Oikaisuvaatimusviranomainen	Sosiaali- ja terveyslautakunta												
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.												
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.												
Päätöksen nähtäväksi asettaminen	Sosiaali- ja terveystoimi, tiistai ____ / ____ 201__ klo 9-16.												
Tiedoksianto asianosaiselle	<table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä</td> <td>Asianosainen</td> </tr> <tr> <td>Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja 19.6.2012/MJ</td> <td>Jonna Saari</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle</td> <td>Asianosainen</td> </tr> <tr> <td>Paikka, pvm</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema</td> <td>Vastaanottajan allekirjoitus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten</td> <td></td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä	Asianosainen	Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja 19.6.2012/MJ	Jonna Saari	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Asianosainen	Paikka, pvm		Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema	Vastaanottajan allekirjoitus	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten	
<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä	Asianosainen												
Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja 19.6.2012/MJ	Jonna Saari												
<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle	Asianosainen												
Paikka, pvm													
Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema	Vastaanottajan allekirjoitus												
<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten													
Lisätietoja													
Liitteet													
Sisäinen jakelu	Anne Tunkkari, Vuokko Paananen												

 Postiosoite / Postadress:
 PL 43 / PB 43
 67101 KOKKOLA / KARLEBY

 Käyntiosoite / Besöksadress:
 Kaupungintalo / Stadshuset
 Kauppatori 5 / Salutorget 5

 Puhelin / Telefon:
 (06) 828 9111
 Fax: (06) 8289 389

 S-posti / E-post:
 etunimi.sukunimi@kokkola.fi
 fornamn.efternamn@kokkola.fi

 Internet:
 www.kokkola.fi

Taulukko 1. Haavanhoito-osaamisen kehittäminen ja lisäkoulutuksen tarve

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaisu	Yhteinen kategoria
<p>”Erityisesti kaipaisin lisäkoulutusta haavanhoitotuotteiden valinnassa. Markkinoilla on niin paljon erilaisia tuotteita. Haavanhoidossa tutkimuksia tehdään koko ajan → jatkuvaa kehittämistä.”</p> <p>”Erilaisista haavanhoitotuotteista ja miten hoidetaan erilaiset haavat.”</p> <p>”Tietoa enemmän eri tuotteista, esim. mitkä on imevät sidokset, milloin Aquacel, milloin Aquacel Ag?”</p> <p>”mm. haavanhoito tuotteista. mm. minkälainen htuote minkälaiseen haavaan.”</p> <p>”Säännöllisin väliajoin koulutusta/kertausta. Eri haavanhoitotuotteista (uusista ja vanhoista) millaisiin haavoihin, käyttötapa (mitä alle/mitä päälle).”</p>	<p>Kaipaa lisäkoulutusta haavanhoitotuotteista</p> <p>Erilaiset tuotteet</p> <p>Kehittyvä haavanhoito</p> <p>Erilaiset haavat</p> <p>Lisätietoa tuotteista</p> <p>Koulutusta haavanhoitotuotteista</p> <p>Säännöllistä kertausta ja/tai koulutusta</p> <p>Lisätietoa haavanhoitotuotteista</p>	<p>Koulutuksen tarve haavanhoitotuotteista</p>

ARVOISA VASTAAJA

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa ja valmistumme joulukuussa 2012. Koulutukseemme sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Aiheenamme on kotisairaanhoitajien haavanhoito-osaaminen Kokkolan kaupungin kotihoidossa. Tarkoituksenamme on kuvata Kokkolan kaupungin kotihoidossa työskentelevien kotisairaanhoitajien tämänhetkistä haavanhoito-osaamista. Tavoitteenamme on opinnäytetyömme hyödynnettävyys kotihoidon esimiesten suunnitellessa lisäkoulutusta haavanhoitoon liittyen.

Kirjeen ohessa on kyselylomake, joka käsittelee haavanhoitoa. Kysymykset ovat avoimia, joten vastaaminen tapahtuu omin sanoin. Ystävällisesti pyydämme Teitä vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman totuuden mukaisesti 3.8.2012 mennessä. Vastausten kirjoittamista voitte tarvittaessa jatkaa kyselylomakkeen kääntöpuolelle. Täytetyn kyselylomakkeen voitte palauttaa suljetussa kirjekuoressa alueenne esimiehelle. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Aineistoa käytetään ainoastaan opinnäytetyön tekoon. Opinnäytetyön tuloksista ei kykene tunnistamaan vastaajien henkilöllisyyttä.

Mikäli kyselylomaketta täyttäessä ilmenee ongelmia, voitte ottaa meihin yhteyttä alla olevien yhteystietojen kautta.

Kiitos ajastanne!

Yhteistyöterveisin

Jonna Saari

jonna.saari@cou.fi

Ros-Marie Rasmus

ros-marie.rasmus@cou.fi

**KYSELYLOMAKE KOTISAIRAANHOITAJIEN HAAVAHOITO-
OSAAMISESTA**

Vastatkaa kirjoittamalla kysymyksille varatuille riveille. Tarvittaessa voitte jatkaa paperin kääntöpuolelle.

1. Ikä _____ vuotta

2. Työkokemus hoitoalalla?

_____ vuotta

3. Oletko osallistunut haavanhoitokoulutukseen? Milloin?

4. Millä kouluarvosanalla arvioisit omaa haavanhoito-osaamistasi? (asteikolla 4-10)

Arvosanalla _____

5. Millä tekijöillä sinun mielestäsi on merkitystä haavan paranemisprosessissa?

6. Millä keinoilla tuet potilaan sitoutumista haavanhoitoon?

7. Mistä asioista haavanhoitopotilaalle tulee antaa ohjausta?

8. Mitä tuotteita yleisimmin käytät haavan puhdistamiseen ja suojaamiseen?

9. Miten ravitsemus ja elintavat mielestäsi vaikuttavat haavan paranemiseen?

10. Millä tavoin arvioit haavan paranemista?

11. Millainen mielestäsi on hoitajan vastuu haavan hoitamisessa?

12. Miten kehittäisit haavanhoito-osaamistasi? Mistä asioista haluaisit erityisesti lisäkoulutusta?

Kiitos vastauksistanne!