

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Henna Aho

HUNAJAN JA PIHKAN KÄYTTÖ KROONISTEN HAAVOJEN HOIDOSSA

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

AHO, HENNA	Hunajan ja pihkan käyttö kroonisten haavojen hoidossa
Opinnäytetyö	47 sivua + 3 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Raija Ronkainen
Toimeksiantaja	BIOTULI-hanke
Toukokuu 2013	
Avainsanat	haavanhoito, hunaja, krooninen haava, pihka

Tämän opinnäytetyön aiheena olivat krooniset haavat ja niiden hoitaminen hunajalla ja pihkalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten hunaja ja pihka olivat käytössä kroonisten haavojen hoidossa. Opinnäytetyö oli osa BIOTULI-hanketta. Tutkimusjoukkona toimi osa erään kaupungin haavahoitajista. Jokaisella tutkimusjoukkoon valikoituneesta haavahoitajalla oli kokemusta joko pihasta ja hunajasta tai vain toisesta materiaalista. Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä käytettiin ryhmäteemahaastattelua ja aineisto analysointiin sisällönanalyysillä.

Tuloksissa ilmeni, että hunajaa ja pihkaa käytettiin kroonisten haavojen hoidossa. Hoitajilla oli hyvin tietoa siitä, miten monipuolisesti hunajaa ja pihkaa voidaan käyttää. Käyttökokemukset olivat hoitajien mukaan lähinnä positiivisia. Hoitajat kokivat, että hunajasta ja pihkasta on huonosti saatavilla tietoa, jota voisi hoitotyössä hyödyntää. Tämä lisäsi heidän epävarmuutta aloittaa hunajan tai pihkan käyttämistä kroonisten haavojen hoitomuotona ajoittain. Hunaja- tai pihkahoidon vaikuttavuuden arviointi oli hoitajien mielestä haastavaa, sillä heillä ei ollut tiedossa, kuinka monen haava oli parantunut ja missä ajassa näiden hoitojen ansiosta.

Hoitajat kaipasivat lisää tietoa hunajasta sekä pihkasta. Hunajaa ja pihkaa voitaisiin tämän avulla hyödyntää enemmänkin haavanhoidossa riittävän tiedon tuoman varmuuden myötä. Hunaja- ja pihkahoitoja tarvitsi tutkia enemmän. Hunajan ja pihkan markkinointiin tulisi valmistajien kiinnittää enemmän huomiota.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

AHO, HENNA

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

May 2013

Keywords

Use of Honey and Resin (on) for Chronic Wounds

47 pages + 3 pages of appendices

Raija Ronkainen, senior lecturer

BIOTULI-project

wound care, honey, chronic wound, resin

The subject of this Bachelor's thesis was chronic wounds and their treatment with honey and resin. The aim was to find out how honey and resin were used as the treatment of chronic wounds. This Bachelor's thesis was part of the BIOTULI-project. The research group was part of wound care nurses of one city. Each wound nurse selected to the research had experience either in resin and honey, or just in one of those materials. The method used for data collection was thematic group interviews and the data was analyzed by content analysis.

The results showed that honey and resin were used as a treatment of chronic wounds. The nurses had knowledge of the variety of ways of using honey and resin. The nurses' experiences (was) were mostly positive. They felt that there was little information available of the ways of using them in nursing. This added uncertainty to begin the use of honey or resin for taking care of chronic wounds from time to time. The nurses found the evaluation of the effectiveness of honey or resin treatment challenging, because they did not know how many wounds had healed and how quickly due to these interventions.

The nurses wanted more information about honey and resin. Honey and resin could be used more, if the nurses had more information of these materials. Honey and resin treatments should be examined more and their marketing should be paid more attention to.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	HAAVAN PARANEMISPROSESSI	7
3	KROONINEN HAAVA	8
	3.1 Kroonisen haavan määritelmä	8
	3.2 Painehaavan määritelmä	8
	3.3 Ennaltaehkäiseminen	9
	3.4 Haavakipu ja sen hoitaminen	10
4	INFEKTIOIDEN TORJUNTA HAAVANHOIDOSSA	12
	4.1 Tavanomaisen varotoimet	12
	4.2 Haavainfektion tunnistaminen	13
5	HAAVANHOITOTUOTTEEN VALINTA	14
6	LUONNONMATERIAALIT	16
	6.1 Hunaja	16
	6.2 Kuusenpihka	17
7	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
	7.1 Tutkimusongelmat	19
	7.2 Tutkimusmetodina teemahaastattelu	19
	7.3 Sisällönanalyysi ja tulkinta	22
8	TUTKIMUSTULOKSET	24
9	LUOTETTAVUUS	27
10	POHDINTA	30
	10.1 Opinnäytetyön johtopäätökset	30
	10.2 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisideat	31
	LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Liite 2. Kirje hoitajille

Liite 3. Sisällönanalyysirunko

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten entisajan hunaja- ja pihkahoidot ovat siirtyneet tähän päivään. Opinnäytetyön edetessä saatiin huomata, että käytössä hunaja- ja pihkahoidot ovat tänä päivänäkin. Erityisesti hunajasta on saatavilla useamman eri valmistajan tuottamia hunajatuotteita, geelistä erilaisiin hoitolevyihin. Pihkasta on saatavilla ainoastaan yhden valmistajan tuottamaa pihkasalvaa. Opinnäytetyöntekijän oma mielenkiinto luonnonmateriaaleista kohdistui hunajaan ja pihkaan, joita alueellamme on käytössä.

Tutkimustyötä tehdään sekä hunajan että pihkan osalta ahkerasti. Pihkasta on valmistumassa toukokuussa 2013 väitöstutkimus, joka käsittelee pihkan käyttämistä kroonisten haavojen hoitamisessa. Väitöstutkimuksen etenemistä voi seurata Helsingin yliopiston internetsivuilta (Sipponen 2013). Myös hunajasta on lähivuosina tullut useampia tiedeartikkeleita ja vertaisarviointeja. Aiempaa tutkimustietoa hunajasta ja pihkasta oli kuitenkin niin vähän tarjolla, joten tutkimusmenetelmänä pidettiin sopivana teemahaastattelua ja sen käsittelemisessä sisällönanalyysia.

Opinnäytetyöntekijä valitsi tämän opinnäytetyön aiheekseen, sillä hänen oma isoisänsä oli käyttänyt pihkasalvaa haavansa parantamiseksi. Opinnäytetyöntekijällä ei ollut tämän enempää kokemusta hunajan eikä pihkan käytöstä ennen opinnäytetyön aloittamista. Opinnäytetyöntekijä piti tätä tilaisuutena kehittää omia haavanhoitotaitojaan sekä samalla perehtyä opinnäytetyöprosessiin. Opinnäytetyössä käytetään asiakkaasta tai asukkaasta yhteneväisesti sanaa potilas, sillä se oli sellainen termi joka toistui useammassa lähteessä.

Opinnäytetyö on osa **BIOTULI-hanketta**. BIOTULI-hankkeen tarkoituksena on antibakteerisia ominaisuuksia omaavien yhdisteiden löytäminen puuperäisistä raaka-aineista, joita terveydenhuollon tuotteissa voitaisiin teollisesti hyödyntää. PK-mittakaavassa selvitetään uusien, antibakteeristen tuotteiden liiketoimintamahdollisuuksia, markkinoita sekä liiketoimintamalleja, myös innovaatioprosessit ovat tarkkailun alaisena. Energianlähteenä käyttämisen mahdollisuutta jalostusprosessien sivutuotteena tutkitaan, samoin kun perehdytään materiaalivirtojen ohjaukseen ja logistiikkaan. (BIOTULI-hanke.)

Etelä-Karjalan liitto toimii BIOTULI-hankkeen rahoittajaviranomaisena. Toiminta on kohdennettu Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan alueelle. Hanke on jakauduttu viiteen erilaiseen työpakettiin, josta WP2 on tämän opinnäytetyön yhteistyötaho. WP2 on Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan osa, jossa vastuullisena johtajana toimii projektipäällikkö Saara Eskola. Tämän työryhmän tarkoituksena on tutkia, kuinka terveydenhuollon tuotteissa uudet syntyvät antibakteeriset yhdisteet tai yhdiste olisi hyödynnettävissä. (BIOTULI-hanke.)

2 HAAVAN PARANEMISPROSESSI

Trauma, sairaus tai kuolioituneen kudoksen irtoaminen ovat syitä mikä voi aiheuttaa potilaalle haavan. (Eronen 2011, 8). **Inflamaatiovaihe** käynnistyy hyytymistapahtumalla, sillä kudoksen verenkierto on haavan vuoksi vahingoittunut. Verisuonet supistuvat eli vasokonstriktioituvat heti vaurion synnyttyä, jotta veri hyytyisi vaurioalueella. Tämä vaihe on lyhyt, kestoltaan alle 96 tuntia. Tulehdusvaiheessa ei ole kyse bakteeritulehduksesta, vaan se puhdistaa haavaa kuolleista soluista. (Laato, Veräjänkorva & Kössi 2010, 206 - 207.)

Tulehdusvaiheesta seuraa **uudelleenmuodostumisenvaihe eli regeneraatiovaihe**, jossa elimistömme ryhtyy muodostamaan granulaatiokudosta haava-alueelle, hyödyntäen haavalla jo olevaa fibronektiiniverkkoa. Alueelle muodostuu myös hiussuonistoa. Paranemisprosessin edetessä fibronektiiniverkko korvataan tyyppi III kollageenillä, joka on elastisempaa. (Laato ym. 2010, 207.)

Haavan paranemisen viimeisessä vaiheessa, **kypsymisvaiheessa eli maturaatiossa** haava alkaa saavuttaa lopullisen vetolujuutensa granulaatiokudoksen korvautuessa arpikudoksella. Alkuperäinen vetolujuus saavutetaan vain suolistossa, muualla elimistössä saavutetaan keskimäärin vain noin 60 - 70 % vetolujuus. Karvoitus ja rauhaset eivät enää palaudu alueelle, jossa ne ovat jo kerran menetetty. (Laato ym. 2010, 207 - 208.)

3 KROONINEN HAAVA

3.1 Kroonisen haavan määritelmä

Kroonisen haavan luokitellusta on monia erilaisia määritteitä. Se eroaa akuutista haavasta kestollaan sekä paranemisprosessiltaan. Kroonisen alaraajahaavan Käypä hoito -suositus (2007) kuvaa haavan krooniseksi, kun säären tai jalkaterän alueella oleva haava on ollut yli neljä viikkoa avoinna. Aikaraja suosituksessa lyhenee kahteen viikkoon, jos haava on osittainkin iskeeminen.

Haavaa joka on pitkäaikainen tai jatkuva nimitetään krooniseksi eli pitkäaikaiseksi haavaksi. Se on voinut syntyä sisäisten tekijöiden eli esimerkiksi vaskuliitin, syövän, diabeteksen, laskimoiden tai valtimoiden vajaatoiminnan vuoksi. Kroonisia haavoja muodostavat myös erinäiset ulkoiset tekijät, kuten pitkäaikainen vuodelepo joka aiheuttaa pitkäkestoista painetta ihoon ja kudoksiin. Kroonisia haavoja ovat esimerkiksi painehaavat, tulehtuneet leikkaushaavat, diabeetikon jalkahaavat ja infektoituneet tai vääränlaista hoitoa saaneet akuutit haavat. (Eronen & Kinnunen 2009.)

3.2 Painehaavan määritelmä

Painehaavalla tarkoitetaan paikallista kudoksen vauriota, joka on aiheutunut paineen, venymisen tai hankaamisen tuotoksena näiden osatekijöiden joko erinäisestä tai yhteisvaikutuksesta. Kehon ulkoisen ulokkeen kohdalle sattuva pitkittäin, kohtisuora ja samalla staattinen paine on yksi tärkeimmistä painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Myös kitkan aiheuttama ihon hankautuminen ja venyminen on huomioonotettava seikka. Niiden vaikutuksesta kudoksesta voi rikkoutua ja kärsiä verenkiertohäiriöstä. Näitä voimia kutsutaan tangentiaalisiksi voimiksi. Näitä syntyy, kun potilasta siirretään tai kohotetaan. (Juutilainen & Hietanen 2005, 186 - 187.)

Palautumattoman kudoksen nekroosi syntyy 4 - 12 tunnin kuluessa kudosalueen altistuttua sellaiselle voimalle, joka johtaa kapillaarien sulkeutumispaineen ylittämiseksi. Painevaikutuksen tiedetään syntyvän kudosalueella jo kahdessa tunnissa. Syväällä oleva lihaskudos sietää huomommin pitkittynyttä paineen nousua huomommin kuin pinnalla oleva iho. Tämä uskotaan johtuvan siitä, että kudospaine on suurempi syvemmillä kehossa kuin kehon pinnalla. Yleisemmin painehaavoja on luu-ulokkeiden kohdilla. (Juutilainen & Hietanen 2005, 186 - 187; Appelgren 2013.)

Taulukko 1. Painehaavojen syvyysluokitus (Soppi 2011; Juutilainen & Hietanen 2005, 189 - 190, teoksessa Haava; Hietanen & Juutilainen 2012, 309.)

Aste	Kuvaus
1	Tavallisemmin luu-ulokkeen alueella oleva ehjän ihon vaalenematon punoitus (= eryteema). Painevaurion merkkejä ovat myös punoitus, turvotus, kuumotus sekä ihon tai ihonalaiskudoksen kovettuminen.
2	Haava joka ulottuu osittain dermikseen, haavapohja on matala ja väriltään vaaleanpunainen tai punainen eikä siinä ole kuollutta kudosta. Se voi näyttää myös nirhaumalta tai rakkulalta.
3	Vaurio joka läpäisee koko ihon. Myös nekroosia voi olla ihonalaisessa rasvakudoksessa. Luuta, jännettä tai lihasta ei kuitenkaan näy.
4	Syvä haava joka ulottuu luuhun, jänteeseen tai lihakseen saakka. Iho vaurion pinnalla saattaa silti olla ehjä.

3.3 Ennaltaehkäiseminen

EPUAP:n suosituksessa lähdetään siitä että, tunnistetaan potilaat joiden riski saada painehaava on suurentunut (EPUAP). Apuna voi käyttää erilaisia mittareita, esimerkiksi Bradenin asteikkoa, joka on tällä hetkellä käytetyin. Mittarin avulla arvioidaan potilaan riskiä saada painehaava, jolloin tämän tietyn potilaan painehaavalle altistaviin tekijöihin voidaan tehokkaammin puuttua. Tunnistamisessa arvioidaan yleisesti potilaan yleiskuntoa, ihoa, liikuntakykyä, ihon kosteutta, ravitsemustilaa ja kipua. Potilaan tila tulisi arvioida heti hänen saavuttua sairaalaan ja sen pitäisi olla säännöllistä, jotta muutokset potilaan tilassa ja hoitoympäristössä pystyttäisiin huomioimaan riittävän varhaisessa vaiheessa. (Juutilainen & Hietanen 2005, 190 - 195; Appelgren 2013)

Painehaavoista 95 % olisi ennalta ehkäistävissä oikeanlaisella toiminnalla. Painehaava, jonka ennaltaehkäisytoimia ei ole dokumentoitu ja joka syntyy hoidon aikana, on hoitovirhe. Potilaalla on oikeus valittaa hoitovirheestä. (Appelgren 2013.) Suomen haavanhoitoyhdistys on suomentanut NPUAP ja EPUAP tekemän painehaavojen syvyysluokittelun, joka kantaa suomalaisittain nimeä painehaavahelpperi. Tätä voidaan hyödyntää painehaavan syvyyden luokittelun arvioinnissa. (ks. SHHY 2013.)

Asentohoito on yksi tärkeimmistä ja ehkä helpoimmista keinoista ehkäistä painehaavojen muodostumista. Asentohoidossa muutetaan asentoa tai painopistettä, yksilölliset tekijät huomioon ottaen, muutaman tunnin välein. Esimerkiksi istuma-asennossa 15

minuutin välein tulisi painopisteen muutos tehdä. Painevaurion riskitekijöistä liikkumattomuus on yksi tärkeimmistä. (Soppi 2001; Juutilainen & Hietanen 2005, 187; 195, teoksessa Hietanen, Iivanainen, Seppänen, & Juutilainen 2005. Haava.)

Apuvälineiden käyttö siirroissa on myös tehokasta painehaavojen ennaltaehkäisemistä. Esimerkiksi käyttämällä liukulakanaa ja vuodesuojaa potilassiirroissa pystytään välttämään hiertymistä ja venymistä iholla ja kudoksissa. Myös erilaiset patjan ja tyyntynyt ja muut apuvälineet, joilla painetta ja venytystä saadaan vähennettyä, ovat suositeltavia. Näillä saadaan esimerkiksi vältettyä raajojen painumista toisiinsa. (Soppi 2005; Juutilainen & Hietanen 2005, 194 - 195, teoksessa Hietanen, ym. 2005. Haava.)

Ihon hoitaminen ja suojaaminen hyvällä hygienialla ja rasvaamisella edistää ihon pysymistä ehjänä. Pintakuivilla vaipoilla inkontinenssipotilailla vältytään ihon hautumiselta. Erilaiset haavanhoitolevyt ovat hyviä paineen ja kitkan vähentämiseksi punoitavilla iho alueilla. (Soppi 2011; Kuusisto 2013.)

Kudosten terveyden ylläpitämisessä ravitsemuksella on oma tärkeä osansa. Minkä vuoksi potilaan ravitsemustila tulee määritellä ja samalla seurata energian ja ravintoaineiden saantia. Tarvittaessa lisäravintovalmisteilla voidaan ravintoaineiden saantia turvata. (Soppi 2005; EPUAP, 4 - 6.) Vajaaravitsemuksen seulonnassa käytännöllinen työväline on Valtion ravitsemusneuvottelukunnan luoma MUST-menetelmä, joka auttaa tunnistamaan vajaaravitsemuksellisen syystä olevia painehaavan riskipotilaita ja siinä kuinka heitä tulisi hoitaa (ks. VRN).

3.4 Haavakipu ja sen hoitaminen

Haavanhoidossa kivun arviointi on yksi tärkeistä vaiheista, jota tulisi pitkin hoitosuhdetta tehdä. Sitä tulisi arvioida myös yksittäisten hoitotilanteiden edetessä, sillä tilanne voi muuttua. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuvälineenä erilaisia kipumittareita tai kipupäiväkirjaa. (Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä 2004, 4, 7.)

Kudosvauriokipu sekä hermovauriokivut ovat **kiputyyppejä**, joihin haavanhoidossa törmätään. Kudosvauriokipu, toiselta nimeltään nosiseptiivinen kipu voi olla osoitus akuutista tai kroonisesta tulehduksesta. Se on elimistön fysiologinen vaste siitä, mitä kipuärsyke sille aiheuttaa. Hermovauriokipu, toiselta nimeltään neuropaattinen kipu

on hermoston vaste siitä, mitä hermovauriolla (trauma, infektio, aineenvaihduntahäiriö tai syöpä) tai toimintahäiriöllä saadaan aikaan. Tuntemukset, jotka näihin liittyvät voivat muuttua ja olla epämiellyttäviä kokemuksia. Tämä kipuluokka on merkittävä tekijä kroonisen kivun synnyssä. (Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä 2004, 4.)

Haavanhoidossa huomioitavia **kipuluokkia** ovat tausta-, liike-, toimenpiteeseen liittyvä- sekä operatiivinen kipu. Koettuun kipukokemukseen vaikuttavat aiheuttajan lisäksi myös potilaan psykososiaaliset tekijät ja ympäristö (ikä, sukupuoli, koulutustaso, ympäristö, aiemmat kokemukset). (Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä 2004, 5.)

Haavakivun hoidossa kannattaa lähteä paikallisista tekijöistä, jotka voivat haavakivun taustalla olla. Näitä ovat esimerkiksi turvotus, haavaerite ja infektio. Haavakivun hoidossa taloudellisuus ja käytännöllisyys tulee huomioida. Haavalla käytettävä sidos voi tuottaa potilaalle kipua, jolloin tällaisia tuotteita tulee välttää. Markkinoilla olevat Safetac®-tuotteiden tiedetään aiheuttavan potilaalle vähemmän kipua kuin muut markkinoilla olevat sidokset. (Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä 2004, 7; Kuusisto 2013.)

Lääkärin ohjenuorana kipulääkkeiden määräämisessä on käyttökelpoinen WHO:n syöpäkivun hoitoon suunniteltu kolmiportainen asteikko. Periaate on sama myös haavakivun hoidossa, aloitetaan miedommilla kipulääkkeillä ja tarvittaessa siirrytään vahvempiin kipulääkeluokkiin. Tärkeintä kuitenkin on itse kivun saaminen hallintaan. (Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä 2004, 7 - 8.) Haavan käsittelykivun hoitoon voi käyttää erilaisia paikallisesti käytettäviä valmisteita, kuten Emla®-emulsiovoidetta tai Xylocain®-geeliä tai sprayta haavan puuduttamiseksi, noin 30 minuuttia ennen haavanhoidon aloittamista. Haavankipu on tärkeää saada nopeasti hallintaa, jottei kipu kroonistu. (Kuusisto 2013.)

Yksi osa kivun hyvää ennaltaehkäisemistä ja hoitamista on hyvä työnsuunnittelu. Sopivan työolosuhteiden järjestäminen, haavalle sopiva hoito, tarvittaessa sen päivittäminen ja siihen liittyvä konsultointi ja potilaan huomioiminen ja ohjaaminen ovat asioita joilla voimme vaikuttaa jo paljon potilaamme vointiin. (Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä 2004, 8 - 9.) Ki-

pua potilaalle voi aiheuttaa liian tiukat sidokset sekä ompeleet, sekä haavanhoitotuotteet saattavat ärsyttää haavaa, joka aiheuttaa kipua potilaalle (Kuusisto 2013).

4 INFEKTIOIDEN TORJUNTA HAAVANHOIDOSSA

4.1 Tavanomaisen varotoimet

Infektioiden torjunta haavahoidossa perustuu yleisiin tavanomaisiin varotoimiin. Eli niihin käytäntöihin, joita käytämme mikrobien tartuntatien katkaisemiseen, mm. potilaiden, henkilökunnan ja erilaisten välineiden välityksellä. Tavanomaisien varotoimien tulisi olla osa omaa työskentely ja eräänlainen automaatio eri asiakkaiden kohdalla. (Syrjälä 2010, 27.) Erityisesti haavanhoidossa on muistettava että 80 % kroonisista haavoista on kolonisontunut bakteereilla ja kahdessa kolmasosasta haavoista kasvaa useampi kuin yksi bakteeri. Bakteeriviljelyä ei kuitenkaan tule ottaa rutiininomaisesti joka haavasta, sillä bakteeriviljely ei kerro onko haava infektoitunut vaikka siinä bakteereja olisikin. (Forsblom 2013.)

Käsihuuhteen käyttö on hyvä keino estää mikrobien leviäminen ympäristössä. Hoitoon liittyvissä infektioissa kosketustartunta on kuitenkin se tavallisin tapa, jolla infektiot leviävät (Syrjälän 2010, 28). WHO:n suosituksen mukaan käsihuuhdetta tulisi käyttää ennen potilaan koskettamista, ennen aseptista toimenpidettä, kehon nesteiden koskemisen jälkeen, potilaskontaktin jälkeen ja potilaan ympäristön koskettamisen jälkeen. (WHO. Viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan.)

Tästä suosituksesta poiketen Iivanaisen, Skarpin sekä Alaluhdan (2008, 26 - 27) tekemä tutkimus antaa melko hyvän kuvan siitä, mitä työelämässä tapahtuu käsihygienian osalta. Tutkimuksessa havainnointiin aitoja haavanhoitotilanteita, yhteensä 74, erillisen havainnointilomakkeen pohjalta. Tutkimustuloksissa ilmenee että 93 % hoitohenkilökunnasta käytti käsihuuhdetta ja 89 % antoi sen kuivua ennen suojakäsineiden pukemista. Kun haavahoito oli saatu päätökseen, suojakäsineiden riisumisen jälkeen 69 % pesi kätensä, lähes jokainen käytti käsihuuhdetta mutta n. 90 % otti sitä riittävästi ja vain reilu 80 % antoi sen kuivua.

Haavanhoidossa **suojainten käyttö** on suositeltavaa, sekä itsensä että potilaan suojaamisen kannalta. Yli vuorokauden vanhoissa haavoissa sekä toimenpiteissä joissa ei läpäistä ihoa ja limakalvoa käytetään tehdaspuhtaita suojakäsineitä sekä välineitä jotka

ovat desinfioidut. Tehdaspuhtaiden käsineiden materiaali on yleisemmin lateksi tai synteettinen materiaali kuten nitrili. Ns. ”Mikki Hiiri” -käsineitä ei suositella. Ne ovat valmistettu polyeteenistä ja niiden suojaava teho on huono terveydenhuoltoon. Nuorempien haavojen eli alle vuorokauden ikäisten hoidossa tulee käyttää steriilejä tutkimus- ja toimenpidekäsineitä. (Iivanainen ym. 2008, 25; Syrjälä 2010, 28.)

Haavahoidossa eri työvaiheet tulee erottaa toisistaan, sillä suojakäsineet ovat aina toimenpidekohtaiset. Haavanhoidon alussa poistetaan edellinen sidos (vaihe 1), haava puhdistetaan (vaihe 2), jonka jälkeen haavalle asetetaan uusi haavasidos (vaihe 3). Näiden vaiheiden välissä tulee suojakäsineet vaihtaa puhtaisiin ja tehdä käsidesinfektio, sillä infektion aiheuttajamikrobi voi olla lähtöisin potilaasta. Näillä toimenpiteillä pyrimme estämään niiden pääsyn haavaan. (Iivanainen ym. 2008, 25.)

Aseptinen työskentelytapa korostuu haavanhoidossa. Haavahoidossa kuten muussakin asiakkaidemme perushoidossa tapahtuu samalla periaatteella, puhtaasta likaiseen. Jos jostakin syystä on tarve ensin hoitaa likainen haava, niin ei sekään väärin ole, tällöin täytyy vain muistaa käsihygienia eli käsihuuhteen oikeanlainen käyttö sekä suojakäsineiden vaihto. Lisäksi haavahoidossa voidaan omien käsiemme lisäksi hyödyntää erilaisia työkaluja esim. atuloita peitemateriaalin poistoon erittävästä haavasta. (Iivanainen, ym. 2008, 25; Syrjälä 2010, 28.)

4.2 Haavainfektion tunnistaminen

Varhainen toteaminen infektioiden torjunnassa on toisinaan haasteellista. Sen vuoksi haavaa tulisikin säännöllisesti tarkkailla, jolloin jo lievemmät infektiot havaitaan. Sillä haavainfektio katkaisee haavan normaalin paranemisprosessin. (EWMA 2005.)

Haavassa tulisikin tarkkailla kliinisiä infektion merkkejä: kuumotus, punoitus, turvotus. Myös kipua tulee myös arvioida jota voi haavan ympärillä olla. Jos haava erittää märkäistä eritettä, tuoksuu huonolle, se on nopeasti laajentunut tai pahentunut, on syytä huolestua. Nämä kaikki ovat yhteisiä infektion kriteerejä kaikille haavatyypeille. Haavainfektio on silloin kyseessä, jos yksi näistä edellä mainituista oireista löytyy sekä haavalla on bakteerikasvua. On muistettava, että haavainfektio voi johtaa septiseen infektiin, selluliittiin mutta myös nekrotisoivaan faskiittiin. (Käypä hoito -suositus 2007; Seppänen 2006, 16.)

Potilaita joilla on lisääntynyt riski saada haavainfektio, ovat vastasyntyneet ja vanhukset, sillä ikä on yksi tärkeistä suojaavista tekijöistä. Myös huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, epätasapaino ravitsemuksessa, laihtumisessa/ lihomisessa heikentävät haavan paranemista ja näin altistavat haavainfektioille. Liikunnan ja unen puute, tupakointi, huumeet, alkoholin käyttö, stressi ja muut elämäntyyliin liittyvät tekijät heikentävät luonnollista immuniteetti puolustustamme. (EWMA 2005.)

5 HAAVANHOITOTUOTTEEN VALINTA

Korhosen artikkelissa (2012, 21) tulevat hyvin esille seikat, joita tulisi huomioida, kun haavatuotetta ollaan valitsemassa. Lähtökohtaisesti asiakkaan kokemuksia erilaisista haavanhoitotuotteista samoin kannattaa kysyä siitä, millainen hoitovaste niillä on ollut. Lisäksi erilaiset tiedossa olevat yliherkkyydet sekä allergiat tulee selvittää asiakkaalta. Tavoitteena olisi saada järjestettyä sellainen hoitomuoto, jolla haava saataisiin parannettua mahdollisimman nopeasti.

Pääpaino haavatuotteen valitsemisessa on kuitenkin itse haava. Mitkä ovat sen syntyyn johtaneet tekijät eli etiologia, minkä kokoinen haava on (syvyys), ikä (alle/yli 24 tuntia haavan synnystä) sekä missä haava sijaitsee. Myös haavan paranemisvaihe tulee huomioida, erittäkö haava, onko se infektoitunut, mikä on haavan ympäristön kunto ja kuinka potilas yleisesti voi. (Korhonen 2012, 21; Krooninen alaraajahaava 2007.)

Tavoitteena olisi mahdollisimman esteettinen, haavan paranemista tukeva, helppokäyttöinen sekä taloudellinen haavanhoitotuote. Haavasidoksen tulisi myös pitää haava puhtaana, suojata sitä bakteereilta tai tarvittaessa hoitamaan haavan infektoita eikä itse sidoksesta saa irrota hiukkasia tai biologisesti hajoamattomia kuituja haavaan. Haavan pitää saada hengittää. Sopivan lämpötilan ja pH:n ylläpitäminen auttaa haavaa paranemaan. Helppokäyttöistä ja oikein valittua sidosta ei tarvitse vaihtaa liian usein, se asettuu hyvin haavalle eikä sen vaihtaminen tuota kipua. Myös haavaympäristön suojaaminen kastumiselta ja ärsyttävältä haavaeritteeltä on tärkeää. Vain CE-merkittyjä tuotteita voidaan käyttää haavanhoidossa. Haavanhoitotuotteen saanti kannattaa myös huomioida ja se, onko tuotteesta satavissa steriiliä vaihtoehtoa. (Hietanen 2012, 137; Korhonen 2012, 18 - 21; Krooninen alaraajahaava 2007.)

Perussidoksia ovat harso- ja kuitutaitokset, haavatyyny, kiinnitys- ja tukisidokset, haavakontaktituotteet sekä tuotteet jotka tukevat haavan paranemista. Niiden tehtävä

haavalla on passiivinen, jolloin niitä kutsutaan myös passiiviksi haavasidoksiksi. Ne eivät toimi aktiivisesti haavanpohjalla eivätkä vaikuta haavaeritteen soluihin. Haavan suojaamisessa tai haavaeritteen imemisessä harso- ja kuitutaitokset ovat kelpoja ensi- tai toissijaisia sidoksia. Varsinkin erilaiset haavatyynyt ovat tarkoitettu kudosten ja veren imemiseen sekä ne myös suojaavat, hoitavat ja pehmustavat haavaa. Niitä voidaan käyttää niin ensi- kuin toissijaisinakin sidoksina. Harso- ja kuitutaitosten avulla voidaan asettaa haavalle hydrogeeliä, pihka- tai hunajavoidetta joko niin, että sitä annostellaan suoraan haavalle ja suojataan taitoksella, tai levitetään sitä suoraan taitokselle, joka asetetaan haavalle. Taitoksilla saadaan myös tehtyä kosteita kompresseja. Kuitutaitokset sopivat haavan mekaaniseen puhdistamiseen. Haavakontaktisidoksilla, kuten polyamidi-, rasva- ja silikoniverkoilla suojataan haavapintaa ja ehkäistään haavaeritettä imevän sidoksen haavapintaan tarttuminen. Nämä toimivat ensisijaisina sidoksina, jotka tarvitsevat päälle peitto- ja kiinnityssidoksen. Kiinnitys- ja tukisidoksia kuten putkisidoksia tai kierresiteitä voidaan tarkoituksesta riippuen käyttää sidosten kiinnittämisessä, kipsin tai tukilastan alla tai tietyn alueen tukemisessa. (Hietanen 2012, 138 - 139, 141 - 143; Krooninen alaraajahaava 2007.)

Tuotteet jotka sisältävät lääkeainetta, antiseptistä tai antimikrobista ainetta, kasvutekijä- ja tekoihovalmisteet sekä erikoisvalmisteet ovat aktiivisia tuotteita. Niillä on haavan paranemisessa aktiivinen vaikutusmekanismi. Näiden saatavuus on Suomessa huonoa. (Hietanen 2012, 139; Krooninen alaraajahaava 2007.)

Interaktiivisia haavatuotteita ovat ne haavasidokset, jotka sisältävät haavan paranemiseen vaikuttavaa aineita tai on käsitelty niin että aktivoituminen tapahtuu vasta kun kudoseritettä tulee sidokselle. Tällaiset tuotteet voidaan myös aktivoida etukäteen nesteellä. Näitä tuotteita ovat muun muassa alginaatit, hydrogeelit, vaahtosidokset, kylälästetyt harsokankaat ja erilaiset yhdistelmävalmisteet. Tuotteesta riippuen niitä on saatavilla sidoksina, tyynyinä, levyinä, nauhoina, geelinä, jauheena, pastana. Näillä luodaan haavalle optimikosteus, jonka avulla fibrini- ja nekroosikudoksen puhdistuminen haavan autolyyttisen mekanismin kautta käynnistyy. Useimmat niistä tarvitsevat päälle peitto- tai kiinnityssidoksen. (Ks. Krooninen alaraajahaava 2007; Kallio 2011, 8 – 10; Hietanen 2012, 139.)

Luonnonmateriaaleista käytetyimpiä lienee tällä hetkellä hunaja, pihka ja toukat. Tosin silti niiden käyttö on vähäistä rinnakkaistenttuna perinteisiin haavanhoitotuottei-

siin. Tutkimuksia toistaiseksi on vähän, samoin kun tieteellisiä analyysejä. Yhteistä näillä kuitenkin tämän hetkisen käsityksen ja kokeiden mukaan on se, että ne ovat tehokkaista yleisempien sairaalainfektioiden torjunnassa. (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009.)

6 LUONNONMATERIAALIT

6.1 Hunaja

Hunajasta on saatavilla useamman valmistajan valmisteita voiteesta erilaisiin sidoksiin. Haavanhoitovalmisteita ovat muun muassa Activon, Dermagiq, L-Mesitran, Medihoney sekä Skinex aktisor. (SML 2013.) Näissä käytetään yleisemmin manukahunajaa tai Revamil®:ia. Sen käyttöominaisuuksiin vaikuttavat alkuperä sekä sen prosessointi. Haavalla hunaja luo osmoottisen tilan, mikä puhdistaa haavaa. Tämän vuoksi se sopii infektiokerkkin tai jo infektoituneisiin haavoihin. (Krooninen alaraajahaava 2007.) Hunajatuotteet ovat yleisesti melko hyvin siedettyjä. Esimerkiksi Medipet:n valmistama L-Mesitran ei sisällä allergisoivia ainesosia. (Huttunen, Riihinen, Kauhanen, Tikkanen-Kaukanen 2012, 2; Juutilainen & Niemi 2007.)

Käytettäväksi hunaja sopii erityisesti kroonisiin ja ongelmallisiin haavoihin, jotka paranevat hitaasti. Jolloin käyttöalueeksi soveltuvat palovammat, säärahaavat, haavaumat diabeetikon jaloissa, painehaavat, paiseet, ihonsiirre- ja ottokohtahaavat. (SML 2013.) Hunaja puhdistaa haavan tehokkaasti nekroottisesta kudoksesta. Mutta soveltuu käytettäväksi myös muille avoimille haavoille. (Kallio 2011, 9.)

Hunajan käyttötapaan vaikuttaa hunajan olomuoto (tavallinen/onkalogeeli, sidos, verkko vai voide) sekä haavan sen hetkinen tilanne. Haavan ympäristö on hyvä suojata joko perus- tai suojavoiteella. Kuiville ja vähän erittäville haavoille geelimäisen hunajan voidaan joko levittää suoraan haavalle tai haavataitokselle, joka asetetaan haavan päälle. Kun hunaja levitetään suoraan haavalla, tulee levittäminen aloittaa reunoilta, jolloin estetään sen pois valuminen haavalta. Hunajan on tarkoitus peittää koko haava-alue. Hunajan päälle asetetaan haavaan tarttumaton sekä imevä haavanhoitotuote. Hunajatuotteiden vaikutuksesta haavaeritys saattaa olla alkuun runsaampaan, mikä tulee imevää sidosta valittaessa huomioida. Haavanhoito tiheyteen vaikuttaa haavaerityksen määrä sekä haavan reagointi hunajatuotteisiin, mutta hunajatuote voi olla haavalla jopa seitsemän vuorokautta. Pseudomonas positiivisesti infektoituneet

haavat tulee hoitaa päivittäin. Sidosten vaihdon yhteydessä haava huuhdellaan joko keittosuolalla tai puhtaalla vedellä. (SML 2013; Steripolar 2013, 4 - 5.) Hunajatuotteen pakkausselosteesta tulee tarkastaa valmistajan antamat ohjeet käyttöön liittyen.

Haavalla hunaja muodostaa kostean ympäristön sekä toimii antibakteerisena, anti-inflammatorisena sekä hajua poistavana aineena. Nämä ominaisuudet edistävät haavan paranemista. Hunajan heikko vetyperoksidi on vähäisestä määrästäan pitkävaikutteinen ja tehokas, eikä sillä ole kudonvaurioita aiheuttavaa ominaisuutta, joka taas vetyperoksidilla on. (SML 2013). Antimikrobinen vaikutus perustuu hunajan fytokeemialliseen vaikutukseen haavalla, lisäksi se lisää lymfosyyttien ja fagosyyttien aktiivisuutta haavalla. Haavan pH saadaan pidettyä pienenä hunajan sisältämän sokerin ansiosta, mikä tukee haavalla olevien makrofagien toimintaa. (Juutilainen & Niemi 2007.)

Pseudomonas sekä MRSA ovat antibioottiresistenttejä kantoja, joihin hunajan on todettu tehoavan. (Huttunen & kump. 2012, 5 - 6; Juutilainen & Niemi 2007.)

Tässä opinnäytetyössä haastateltavilla hoitajilla oli käytössään Steripolarin (2013, 4 - 5) Medihoneyn geelimäiset tuotteet eli pinnallisille ja syville haavoille tarkoitetut hunajageelit. Medihoney-tuotteet ovat olleet hunajahoidon edelläkävijöitä tuotekehityksen puolella. Pinnallisille haavoille tarkoitettu hunajageeli soveltuu kirurgisille haavoille, akuuteille ja kroonisille haavoille, palovammoille, sääri- ja painehaavoille, ihonotto- sekä ihonsiirtokohdille käytettäväksi. Syville haavoille tarkoitettu hunaja soveltuu haavoille, jotka ovat syviä, onkalomaisia, nekroottisia tai infektoituneita. Sitä voidaan käyttää myös kirurgisissa haavoissa. Molempien hunajatuotteiden tuubit säilyvät neljä kuukautta avaamisen jälkeen käyttökelpoisena.

6.2 Kuusenpihka

Opinnäytetyössä käytetään Repolar Oy:n valmistaman Abilar® pihkasalvasta saatuja tutkimuksia, koska se on tällä hetkellä ainoa CE-merkitty pihkasalva. Aiheesta on vähän julkaistuja ja luotettavia tutkimuksia, vaiikka hoitomenetelmänä se on ollut jo kauan käytössä. (Abilar® pihkasalva 10% -pakkausseloste; Sipponen 2008, 42.)

Kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia ei ole tiedossa. Hartsyliherkkyydestään tietävien ihmisten ei suositella käyttävän pihkasalvaa, sillä pihka sisältää hartseja ja tällöin voi syntyä allergisia ihoreaktioita. Sivuvaikutuksia Abilar®-pihkasalvan voidepohjalla ei pitäisi olla. Hoito tulee keskeyttää ja vaihtaa toiseen jos salva syystä tai toi-

sesta aiheuttaakin ärsytystä tai herkistymistä. Mahdollisista haittavaikutuksista olisi hyvä ilmoittaa valmistajalle. Sitä ei myöskään suositella raskaana oleville tai imettäville naisille, sillä mahdolliset haittavaikutukset eivät ole tiedossa. Avaamisen jälkeen pihka säilyy käyttökelpoisena yhden vuoden ja avaamattomana vähintään neljä vuotta. (Sipponen 2008, 4; Abilar® pihkasalva 10% -pakkausseloste; Kallio 2011, 10.)

Abilar® 10 % (pakkauskoko on 20 g, jolloin tuotteessa on 2 g pihkaa) pihkasalva on valmistettu kuusen pihkasta formuloituun voidepohjaan, niin ettei sitä ole valmistusvaiheessa kuumennettu, jolloin se ei ole päässyt muuttumaan tervaksi. Pihkasalvan on ajateltu korvaavan tervahoito, josta monet esim. psoriaasista sairastavat hyötyvät, sillä niissä on samoja biologisia ainesosia. Pihkasalvaa on käytetty myös reumaatikoiden haavojen hoidossa hyvällä menestyksellä. (Abilar® pihkasalva 10% -pakkausseloste; Sipponen 2008, 40 - 41; Sipponen 2013.) Haavanhoitoon käytetään kuusenpihkaa, koska on tiedossa, että esimerkiksi männynpihalla ei ole samanlaisia antimikrobisia ominaisuuksia kuin kuusenpihalla. Entisajan kansanlääkinnässä kuusenpihka on sekoitettu voihiin tai sian ihraan, mutta tämän nykyään korvaa nykyaikaiset modernit voidepohjat. (Sipponen 2013.)

Psoriaatikoiden lisäksi pihkaa käytetään myös puhkaistujen paiseiden, erilaisten haavojen, märkivien ihotulehdusten, kynsivallintulehdusten, kynsisienien, palovammojen, hyttysten puremien sekä painehaavojen hoitoon. Sitä on käytetty jo useampien vuosien, jopa vuosikymmenten ajan, sillä pihka on aikoinaan ollut yksi kansanlääkintämuoto. (Abilar® pihkasalva 10% -pakkausseloste; Tietoa Abilar 10% Pihkasalvasta; Sipponen 2006, 10.) Tehokkaana hoitomuotona pihkasalvaa pidetään etenkin painehaavojen hoidossa, josta Lapin eräiltä terveysasemilta on tullut hyvää kokemusperäistä tietoa. (Sipponen 2006, 10.)

Pihkasalvan käyttö on yksinkertaista. Ennen salvan levittämistä haava-alue puhdistetaan ja kuivataan. Tämän jälkeen pihkasalvaa sivellään joko suoraan hoidettavalle ihoalueelle (ei saa hieroa) tai levitetään sideharsotaitokselle, joka asetetaan haavan päälle. Puhtaalle sideharsotaitokselle pihkasalvaa laitetaan noin 1 - 2 mm paksuinen kerros. Limakalvoille, silmiin eikä suuhun pihkasalva ei sovellu käytettäväksi. Haavanhoidon tiheyteen vaikuttaa haavan tilanne, sitä voidaan hoitaa pihkasalvalla useamman kerran päivässä tai esimerkiksi kolmen päivän välein. Haavan umpeuduttua

hoito voidaan päättää. Hoidon kesto vaihtelee päivistä kuukausiin. (Sipponen & Lohi 2003, 3775; Abilar ® pihkasalva 10% -pakkausseloste.)

Pihkasalvan ominaisuuden ansiosta se pysäyttää haavalla olevien bakteerien solujen aineenvaihdunnan. Bakteerit eivät tähän varsinaisesti vielä kuole, mutta niiden ATP-tuotanto estyy, jolloin energiavarastot hupenevat ja bakteerien solujen jakautuminen ja uusiutuminen estyy. (Sipponen 2008, 41.) Mikrobiologiset tutkimukset ovat osoittaneet että MRSA:n ja VRE:n bakteerien kasvua haavoissa saataisiin estettyä pihkavoidetta käyttämällä haavanhoidossa (Sipponen 2006, 11; Jokinen, Sipponen, Lohi, & Salo, 2009).

Tutkimustyö on vielä kesken, mutta pihkavoiteella saattaisi olla myös muita edullisia vaikutuksia haavan paranemisen kannalta myös tämän antibakteerisen vaikutuksen lisäksi. Näitä on ajateltu olevan epiteelisolujen liikkuminen ja jakautuminen sekä uudismuodistuminen verisuonistossa. (Sipponen 2006, 13.)

7 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, miten työelämässä krooniset haavat ja luonnonmateriaaleista pihka ja hunaja näkyvät käytännössä ja mitkä ovat ihmisten asenteet niiden käyttämisestä kohtaan. Tutkimuslupa haettiin keväällä 2013 Kouvolan kaupungilta. Opinnäytetyön päämäärä on vastata kysymyksiin:

Mikä on pihkan osuus kroonisen haavanhoidossa?

Mikä on hunajan osuus kroonisen haavanhoidossa?

7.2 Tutkimusmetodina teemahaastattelu

Teemahaastattelussa kiinnostuksen painopiste on tutkittavan ilmiön perusluonteessa, ominaisuuksissa ja hypoteesin löytämisessä. Tarkoituksena on saada ihmiset jakamaan kokemuksiaan, ajatuksiaan, uskomuksiaan ja tunteitaan tiettyä aihetta eli teemaa kohtaan. Tavoitteena on saada ihmiset keskustelemaan teemasta ja tuomaan vuorovaikutuksella omia tulkintojaan ja merkityksiään esille, niin että haastattelu etenisi enem-

män tiettyjen teemojen siivittämänä kuin kysymysten. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47 – 48, 66.) Tämän opinnäytetyön tutkimusmetodina käytettiin teemahaastattelua. Haastattelun kohderyhmäksi valikoitui osa erään kaupungin haavanhoitotyöryhmä. Tämä ryhmä valittiin tutkimuksen kohteeksi, sillä etukäteen oli selvitetty, että heillä on kokemusta joko hunajan tai pihkan tai sekä molempien käytöstä haavanhoidossa. Ryhmä muodostui 5 hoitajasta: auktorisoidusta haavahoitajasta sekä eri avoterveydenhuollon yksiköiden haavahoitajista.

Haastattelun rungoksi on hyvä laatia teema-alueuuttelo, josta selviää tutkimuksen teemojen pääkäsitteet ja niiden alakäsitteet. Teemat ovat luettelossa yksityiskohtaisesti, pelkistetyksi ja iskusanamaisesti. Teema-alueuuttelo on hyvä muistilista ja keskustelun ohjaaja itse teemahaastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 66 - 67.) Tämän opinnäytetyön teemahaastattelun teemat mietittiin tarkkaan yhdessä opinnäytetyöntekijän, opinnäytetyön ohjaajan sekä hankkeen työelämänohjaajan kanssa. Niistä laadittiin edellä olevien ohjeiden mukainen runko (kts. liite 1)

Teemahaastattelun tärkeä ja välttämätön osa on **esihaastattelu**. Sillä testataan teema-alueuuttelon toimivuutta; aihepiirien järjestystä sekä kysymysten muotoilua. Yksittäinen esihaastattelu antaa tietoa myös siitä, millainen olet haastattelijana. Mitä useampi esihaastattelu ehditään ennen varsinaista teemahaastattelua varten tehdä, sitä luotettavamman se tutkimuksesta tekee. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 72 - 73.) Tässä opinnäytetyössä esihaastattelu toteutettiin haastatteleamalla erään terveysaseman sairaalaan vuodeosaston henkilökuntaa, jossa ennalta tiedettiin olevan kokemusta kroonisista haavoista sekä hunaja- ja pihkahoidosta. Tämän yksittäisen esihaastattelun koettiin olevan riittävä, sillä teema-alueuuttelo tuntui haastattelijasta toimivalta. Myös haastateltavat olivat sitä mieltä, että teemat olivat ymmärrettäviä ja että niistä oli helppo keskustella. Teemahaastattelun etenemisnopeus koettiin sopivaksi. Jännitettä selvästi loi nauhuri, minkä esihaastateltavat toivat esille.

Ryhmähaastattelussa on tavoitteena saada ihmiset keskustelemaan tutkittavasta ilmiöstä. Tarkoituksena on saada ryhmän jäsenet kommentoimaan spontaanisti, jakamaan huomioitaan sekä tuottaa monipuolista tietoa melko vapaamuotoisen keskustelun kautta. Haastatteli keskustele yhta aikaa kaikille ryhmäläisille ja voi yksittäiselle jäsenelle esittää välillä kysymyksiä. Pyrkimyksenä kuitenkin on, että ihmiset kes-

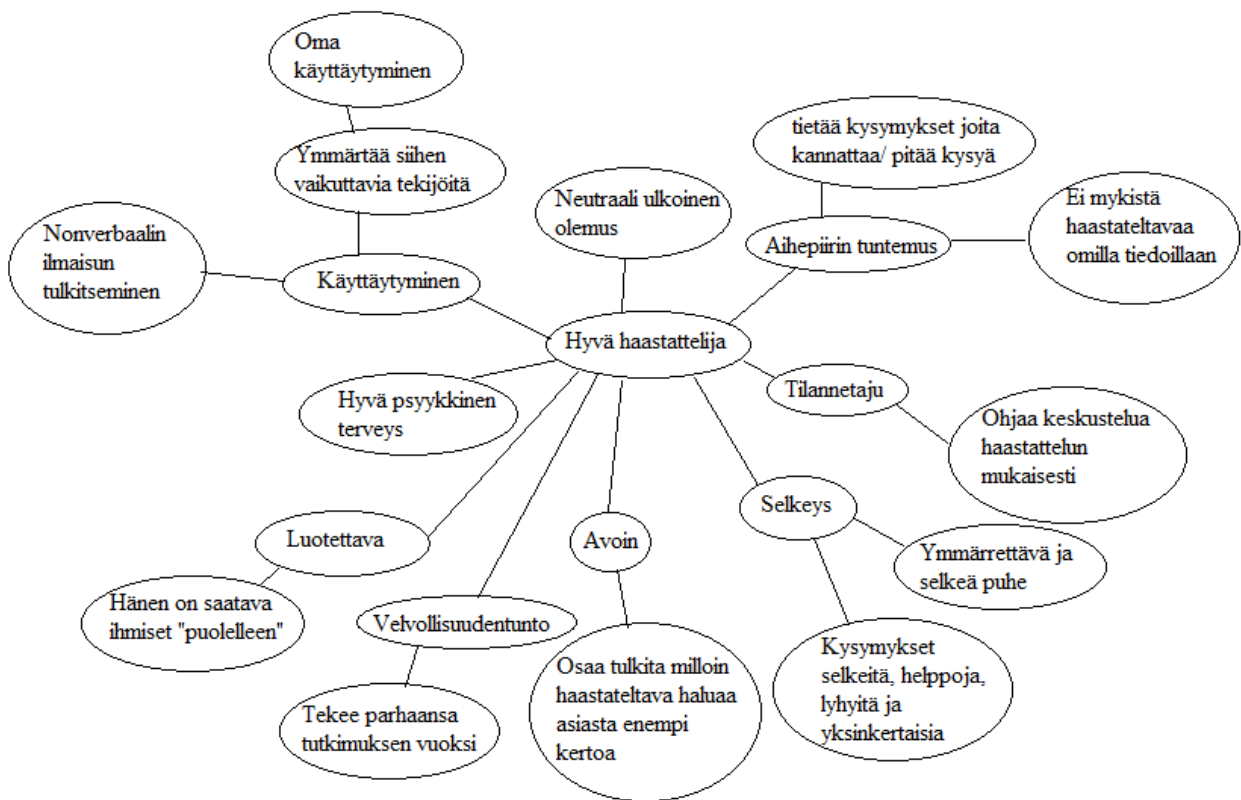
kustelisivat ja varsinainen ”haastattelemine” jäisi pois. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61 - 63.)

Ryhmähaastattelun suurin etu on tiedon saaminen tutkittavasta ilmiöstä isommalta ryhmältä kerralla, jolloin haastattelukertoja tarvitaan vähemmän ja säästetään aikaa sekä budjettia. Haastateltavien ollessa arkoja tai ujoja saa heistä enemmän tietoa irti ryhmässä, sillä tuolloin he saattavat kertoa enemmän kuin yksilöhaastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 61 - 63.) Nämä ryhmähaastattelun positiiviset puolet olivat perusteena sille minkä vuoksi opinnäytetyössä hyödynnettiin teemahaastattelussa isompaa haastattelujoukkoa, yksittäisten haastatteluiden sijaan.

Haastattelun toteutuksessa käytännön järjestelyihin tulee kiinnittää huomiota. Haastattelu ajankohta tulee pyrkiä sijoittamaan klo 8 - 20 välille ja niin, että se häiritsisi mahdollisimman vähän muuta elämää. Haastattelupaikaksi sopii lähes mikä tahansa rauhallinen ja teemahaastattelua mahdollisimman vähän rikkova paikka, myös tutkimuksen luonne ohjaa haastattelupaikan valintaa. Haastattelun kestossa olisi pyrittävä 1,5 - 2 tuntiin, sillä tällöin haastattelija ja haastateltavat jaksavat vielä keskittyä aiheeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 73 - 74.) Tämän opinnäytetyön teemahaastattelu suoritettiin haavahoitajien kokouksen yhteydessä, jolloin aika ja paikka oli ennalta osallistujien tiedossa. Kokouksen loppuun oli varattu haastattelulle oma aikansa, mikä näkyi myös heidän kokouskutsussaan, jolloin jokainen vapaaehtoinen pystyi jäämään keskustelemaan. Kokoukseen osallistuville hoitajille lähetettiin etukäteen kirje (liite 2), jossa ilmeni haastattelun tarkoitusperä sekä haastattelun teemat pääpiirteittäin. Kokous järjestettiin terveysaseman kirjastossa, jossa oli hyvät puitteet haastattelulle. Tila oli riittävän suuri, rauhallinen, mukava ja siellä oli helppo luoda hyvä kontakti haastateltavien kanssa. Kaikki keskusteluun osallistujat mahtuivat istumaan saman suuren pöydän ympärille. Aiheeni sai aikaan hyvin keskustelua ja saavutti haastattelulle ennalta määritellyt tavoitteet tunnissa.

Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 68 - 69) teoksessa on lueteltu useampien kirjailijoiden luomia piirteitä siitä, **millainen on hyvä haastattelija**. Siitä, miten hyväksi haastattelijaksi tullaan, on ristiriitaista tietoa. Osa on sitä mieltä, ettei haastattelijaksi synnytä vaan siihen opitaan ja toiset taas kertovat, että on olemassa haastattelijalahjakkuuksia. Välttämättömät taidot, joita haastattelussa tarvitaan, voidaan siis oppia haastattelijaj-

koulutuksessa tai haastattelemalla. Hyvän haastattelijan ominaisuuksia on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1. Hyvän haastattelijan ominaisuuksia (mukailen Hirsjärvi & Hurmes 2010, 68 - 69)

Haastatteluun valmistautuessa tulee haastattelijan tuntea käytettävä menetelmä. Haastattelijan on hyvä opetella haastattelurunko hyvissä ajoin. Ennen haastattelua tulisi varmistaa että laitteisto on toimiva. Haastattelun alussa haastattelija varmistaa, että haastattelee oikeaa henkilöä tai ryhmää. Haastattelijan tulisi pyrkiä olemaan mahdollisimman välitön ja tunnollinen. Haastattelun päätteeksi tulee tarkastaa, että sovitut teemat ovat käyty läpi ja että tallennus on onnistunut. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 71 - 72.)

7.3 Sisällönanalyysi ja tulkinta

Sisällönanalyysi on eräänlainen kommunikaatioprosessi tutkimusaineiston ja tutkijan välillä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sen alkukäteen suunnitteleminen helpottaa itse haastatteluiden toteuttamista sekä niiden litteroimista. Haastattelussa se luo syvemmän

dialogin haastateltavien ja haastateltavien välille, jolloin haastattelumateriaalia saadaan enemmän kerättyä, jolloin pienempi joukko haastateltavia voi riittää tarvittavan tiedon saamiseksi. Se on myös ajallisesti tehokkaampaa, sillä suuremman haastattelumateriaalin toteuttamiseen ja käsittelemiseen kuluu enemmän aikaa ja voi tehdä tutkimuksen aikataulusta tiukan. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko deduktiivisesti eli teorialähtöisesti tai induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 & 113.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä muodostetaan ensin analyysirunko, jossa hyödynnetään induktiivista aineiston käsittelytapaa. Tämän rungon pohjalta voitaisiin testata uutta tietoa tai taitoa, jonka analysoimiseen tällainen sisällönanalyysi sopii. Induktiivinen sisällönanalyysi soveltuu hyvin strukturoimattomasti kerättyyn aineistoon, kuten haastatteluiden, päiväkirjojen ja raporttien tulkinnan välineeksi. Jonkin edellä mainitun aineiston pohjalta tehdään aineiston tiivistäminen ja mahdollisuuksien mukaan myös yleistäminen. Nämä voidaan luokitella kategorioihin sekä tuloksia voidaan kuvata erilaisilla käsitekartoilla. Sisällönanalyysi on kummassakin tavassa aikaa vievä vaihe, joten sille tulee muistaa varata riittävästi aikaa aikataulua laatiessa. Aineiston läpi käyminen sekä analyysien laatiminen kannattaa tehdä mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, jolloin materiaali on vielä tuoretta sekä inspiroivaa. Tällöin aineiston tarkentaminen haastateltavilta onnistuu vielä helposti. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 & 113.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista, aineistolähtöistä sisällönanalyysia, sillä aineisto kerättiin teemahaastatteluina, joiden tulkitsemiseen tällainen lähestymistapa soveltuu. Sisällönanalyysissä teemahaastattelun lopputulos on kuvattuna alkuperäisinä ilmaisuina, joista on johdettu pelkistetty ilmaisu ja näin tehty johtopäätöksiä (ks. liite 3).

Litterointi on osa teemahaastattelua ja sillä tarkoitetaan aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanasta sanaan. Tutkimustehtävästä ja otteesta riippuu se, kuinka tarkkaan aineisto käsitellään. Litterointi voidaan tehdä joko litteroimalla vain osa haastateltavan puheesta tai teema-alueesta tai litteroimalla koko aineisto. Aineiston puhtaaksi kirjoittamisessa voi käyttää apuna erilaisia tietokoneavusteisia ohjelmia tai tallenteelta kuuntelemalla ja mekaanisesti tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalle kirjoittamalla. Haastateltavien sanomisia ei ole pakko eritellä, ja etenkin ryhmähaastattelussa pelkän tallen-

teen perusteella se on haasteellista, sillä eri ihmisten äänien erottaminen voi olla hankalaa, mikä tekee analyysien tekemisestä haastavaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 139 – 140, 63.) Tässä opinnäytetyössä vain osa materiaalista litterointiin teemahaastattelurungon mukaisesti eikä haastateltavien sanomisia ei erikseen eritelty, sillä se oli pelkän tallenteen pohjalta haastavaa. Haastattelija itse litteroi tekstin. Litterointi toteutettiin kuuntelemalla tallennetta ja siitä haastattelun tärkeimmät asiat kirjoitettiin tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmalle. Litteroitua materiaalia oli fontilla Calibri, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,0 cm yhteensä kuusi sivua.

Redusoinnissa pääpaino on teeman sisällössä, mikä tarkoittaa, että tässä vaiheessa aineiston sisältö ratkaisee. Kiinnostuksen kohteena ovat sanomiset ja asiat, jotka on teemasta sanottu tai mitä siihen on katsottu liittyvän. Sisältö voi olla yksittäinen sana, lause tai lauseen osa. Tarkoituksena on muotoilla saadut tulokset pelkistettyyn muotoon. Teemahaastatteluun kerätty aineisto on helposti siirrettävissä omaan teemaruunkoonsa. Vain luovuus on rajana. Teemoittelussa voi hyödyntää erilaisia keinoja erotella asioita toisistaan, esimerkiksi eriväriset yliviivauskynät, liimalaput, tietokoneen tekstinkäsittelyohjelmat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93 & 109 - 110.) Tämän opinnäytetyön teemoittelu tehtiin poimimalla yksittäisiä lauseita tai niiden osia litteroidusta materiaalista, jotka kirjoitettiin liimalapuille ja näitä kerättiin pöydälle erilaisiin ryhmiin, löytäen jokainen paikkansa lopulta. Nämä ryhmät siirrettiin sisällönanalysirunkoon, joka on opinnäytetyön liitteenä (liite 3).

8 TUTKIMUSTULOKSET

Taustatekijät kysyin haastattelun alussa jokaiselta erikseen. Ryhmä koostui yhdestä auktorisoidusta haavahoitajasta, terveysaseman sairaalan osastonhoitajasta ja hoitajasta, terveysaseman aluesairaanhoitajasta sekä kirurgian poliklinikan sairaanhoitajasta. Heidän työkokemuksensa oli melko kirjavaa, sillä jokainen heistä oli useita vuosia ollut terveydenhuoltoalalla ja vaihdellut jonkin verran työyksiköitä. Yhteistä kaikille osallistujille oli, että heistä jokainen oli joskus työuransa aikana käyttänyt joko pihkaa tai hunajaa tai sekä molempia. Haavoja heistä jokainen, paitsi osastohoitaja kohtasi päivittäin. Hoitajat kokivat kroonisten haavojen määrän arvioinnin vaikeaksi sillä, potilasmassa on vaihtelevaa ja tilanteet muuttuvaisia. Kroonisia haavoja kaikki hoitajat paitsi osastonhoitaja arvelivat hoitavansa lähes päivittäin.

Hunajan sekä pihkan käytön yleisyydessä oli melko suurta vaihtelua. Enemmän käyttökokemuksia heillä oli hunajasta, jota heistä jokainen oli käyttänyt, mihin vaikutti myös se, että tämä oli ollut heillä kauemmin käytössä. Kaikki muut paitsi yksi hoitaja olivat käyttäneet pihkaa haavanhoidossa. Työyksiköstä riippuen joko hunaja tai pihka oli runsaammalla käytöllä. Näiden tuotteiden käytössä koettiin eri trendien haavanhoidon keskuudessa vaikuttavan myös heidän toimintaansa. Trendien koettiin vaikuttavan siihen, että toisinaan saattoi olla hunaja enempi käytössä ja sitten taas pihka. Toisilla hunaja tai pihka oli useampana päivänä viikossa käytössä, kun taas toisilla saattoi olla useampi vuosi siitä, milloin on viimeksi näitä valmisteita haavanhoidossa käyttänyt. Näiden materiaalien käytön harvinaisuutta saattaa myös kuvata se, että hoitajat muistivat melko tarkasti tapauksia, jossa olivat hunajaa tai pihkaa käyttäneet.

Hunajan sekä pihkan koettiin sopivan lähes kenelle tahansa riippuen haavan tyypistä. Erityisesti vanhempien ihmisten koettiin olevan suopeampi näiden tuotteiden käytölle ja heiltä on tullut toisinaan myös aloite hunaja- tai pihkahoidon aloittamiseksi. Hoitajat kokivatkin itse olevansa useimmiten hunaja- tai pihkahoidon aloittajana. Vain yksi hoitaja toi esille heidän osastonsa entisen lääkärin mielenkiinnon näihin hoitoihin. Vain yhdellä potilaalla oli ollut hunajahoito haavassaan, kun hän oli siirtynyt erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon. Potilaat, jotka haluavat käydä joka päivä suihkussa, olivat myös potentiaalisia hunaja- tai pihkahoidon käyttäjiä. Tällöin potilaan täytyy myös olla melko omatoiminen, varsinkin jos ei hän ole sairaalahoidossa, jotta potilas itse tai puolisonsa avustuksella saa haavan hoidettua.

Pihkaa käyttösektori on laaja. Hoitajat ovat käyttäneet sitä kovettuma-alueiden hoidossa, sääri- sekä laskimoperäisissä haavoissa sekä erilaisissa traumaperäisissä haavoissa, kuten ruhjeissa. Erityisesti neuropattisissa haavoissa pihka koettiin toimivaksi. Pihkaa oli käytetty myös eriasteisissa painehaavoissa, esimerkiksi toisen asteen painehaavoissa. Infektoituneisiin tai syviin painehaavoihin pihkaa ei käytetty. Pihkaa käytettiin myös ”viimeisenä keinona”, silloin kun lähes kaikkea muuta oli kokeiltu ja havaittu toimimattomiksi. Sitä myös yhdistettiin muihin haavanhoitotuotteisiin, kuten Sorbact® - nauhaa joka oli imemässä haavasta tulevaa eritettä. Turvotuksen hoitoon tuli pihkahoidon aikana panostaa, mikä lisäsi hoidon onnistumista. Pihkahoidon ansiosta oli myös antibioottihoitoja pystytty lopettamaan pihkan tuoman avun vuoksi. Pihkan koettiin olevan myös melko edullinen haavanhoitotuote, jolloin kokonaiskus-

tannus pienen haavan osalta jäi pieneksi. Avattuna pihkavoide säilyy vuoden, mikä nostettiin pihkan yhtenä hyvänä puolena.

Hunajalla oli myös selkeästi oma käyttöalueensa. Hoitajat olivat käyttäneet sitä palatumavammoissa, säärihaavoissa, amputaatioissa, erilaisissa paiseissa, abskessien ja herpesten jälkitiloissa sekä painehaavaumissa. Potilaiden perussairaus ei ole ollut este hunajahoidon aloittamiseksi. Sitä käytettiin niin syöpähoidoissa oleville, kuin diabeetikoille mutta myös dialyysihoitoa saaville. Eräs hoitaja oli itse tehnyt seurantaan siitä, vaikuttiko hunaja diabeetikoiden verensokeriarvoihin, sillä tätä tietoa he eivät olleet löytäneet mistään. Hänen tekemän seurannan lopputulos oli se, että hunaja ei vaikuta diabeetikoiden verensokeriarvoihin. Myöskään toiset hoitajat eivät olleet huomanneet hunajan vaikuttaneen diabeetikoiden verensokeriarvoihin. Hunajan käyttömukavuutta koettiin lisäävän saatavuus erilaisina valmisteina, kuten onkalohunaja sekä tavallisena hunaja, jotka heillä oli Medihoneylta. Hunajaa käytettiin myös yhdessä toisen haava- hoitovalmisteen kanssa, kuten Sorbact® -nauhan. Tämä lisäsi sen käyttömukavuutta mutta se myös imi haavaeritettä.

Hoidon pituuden arviointi koettiin hankalaksi, sillä potilas usein kotiutuu tai jatkaa kotona aloitettua hoitoa, jonka jälkeen hoitaja ei välttämättä enää näe potilasta. Hyvin harvoin kukaan oli jälkepäin ottanut yhteyttä ja kertonut haavansa parantuneen. Vain muutama hoitaja tiesi hunaja- tai pihkahoidolla haavan parantuneen haavan koosta riippuen joko muutamassa kuukaudessa tai puolessa vuodessa. Haavan pienentymistä ja paranemista useampi koki kuitenkin tapahtuvan jo lyhyemmässäkin ajassa. Tarkkaa tietoa siitä, toimivatko nämä tuotteet haavalla hoitajilla ei paljon ollut.

Pihka- tai hunajahoitoa harvoin jouduttiin lopettamaan ennen kuin haava oli parantunut. Pihkahoitoa hoitajat olivat joutuneet lopettamaan hartsiallergian vuoksi, mitä he pelkäsivätkin hoitoa aloittaessaan. Hunajalle allergisoivia potilaita hoitajat eivät olleet kohdanneet. Myös haavalle tulleet infektiot, kuten ruusu olivat johtaneet hunaja- tai pihkahoidon lopettamiseen. Tällöin hoidontilalle oli usein vaihdettu hopeatuote sekä imeväsidos. Hunajaa sekä pihkaa käytettiin myös väärin, mikä johti ympäristön vettymiselle, jolloin hoito jouduttiin lopettamaan. Tämänkin hoitajat ajattelivat olevan ehkäistävässä, jos kaikille olisi selvää kuinka tuotteita tulee käyttää.

Potilaat olivat tyytyväisiä niin hunaja- kuin pihkahoitoonkin. Potilaiden asenteiden hoitoja kohtaan koettiin olevan positiivisia, myös heidän jotka eivät hoitoa itse

vaatineet aloitettavaksi. Negatiivisena puolena potilaat olivat hoitajien mukaan kokeneet hunaja- tai pihkahoidon omakustanteisuuden. Sillä jos potilas hoitaa haavansa kotona, hoitajat eivät ole antaneet tuotteita heille kotiin mukaan, vaan tuolloin ne täytyy käydä itse ostamassa apteekista. Silti kukaan ei ollut kieltäytynyt näistä hoidoista.

Hunaja- sekä pihkahoidon edut olivat hyvin hoitajien tietoisuudessa. Erityisesti tuotteiden antimikrobinen vaikutus tuli selkeästi esille. Sitä hyödynnettiin paljon, sillä hoitajat kokivat lääkäreiden vastahakoisesti aloittavan antibioottihoitoja haavojen paikallisinfektioiden hoitamiseksi. Hoitajat valitsivat näistä tuotteista jommankumman nimenomaan haavan infektoitumisen vuoksi. Jolloin antibioottihoitoa ei ole aina tarvinnut aloittaa. Hoitajilla oli myös useampaa mielipidettä siitä, kumpaa oli mieluisampi käyttää, mikä näkyi myös heidän valinnoissaan haavanhoidossa. Useampi hoitaja kuitenkin koki pihkan olevan helpompi levittää kuin hunaja. Hoitajat toivat myös esille tuotteiden kustannustehokkuutta, sillä itse hunajaa eikä pihkaa ei pidetty kalliina ja sen päälle laitettava peittoside voi olla myös halvempi. Tällöin yksittäisen haavanhoitokerran hinnan arvioitiin jäävän melko pieneksi. Tämän hoitajat kuvasi olevan myös potilaiden mielestä hyvä asia, vaikka tuotteiden hintaa ei pidetty koskaan olleen esteenä hoidon aloittamiseksi potilailta. Hoitajat olisivat myös valmiita kokeilemaan muita valmisteita esimerkiksi hunajasta, josta niitä on saatavilla, mutta niitä pidetään liian kalliina, jolloin niitä ei pystytä hankkimaan. Hunaja- ja pihkahoitoa pidettiin myös melko usein viimeisenä vaihtoehtona, silloin kun ”mikään muu ei ole toiminut”.

Hoitajien asenteet ja kokemukset olivat kokonaisuudessaan positiivisia. Hunaja- sekä pihkahoito koettiin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi haavojen hoidossa. Niitä ei pidetä työläämpänä vaihtoehtona, vaikka niitä vertaisi johonkin synteettiseen valmistukseen. Tietoa ja koulutusta heistä useampi kaipaisi niin hunaja- kuin pihkahoidosta. He kokivat, että heidän kollegat olisivat myös tällaisen tiedon tarpeessa, jotta tuotteita osattaisiin käyttää oikein. Hoitajat kokivat myös tiedon etsimisen tuotteista hankalaksi, sillä sitä ei koettu olevan helposti saatavilla ja löydettyjä ohjeistuksia pidettiin epäselvinä. Tuotteiden markkinoinnissa koettiin myös olevan puutetta.

9 LUOTETTAVUUS

Tutkimustyön luotettavuutta lisää jos työtä pystytään arvioimaan koko tutkimuksen ajan. Tutkijan toimilla on suuri merkitys tutkimuksen luotettavuuteen. Laadukkaaseen

aineiston keräämiseen kuuluu mahdollisimman hyvä haastattelurunko, jossa pääteemojen lisäksi on valmiiksi mietitty syventäviä lisäkysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 184.) Opinnäytetyö pyrittiin tekemään mahdollisimman rehellisesti ja luotettavuutta silmällä pitäen. Koska opinnäytetyöntekijä perehtyi itsenäisesti aiempaan teoriatietoon ja laati niiden pohjalta teemahaastattelussa käytettävän teema-alueluettelon, lisää tämä tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyön teoriapohjan rakentaminen oli haastavaa. Tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita hunajasta sekä pihkasta oli huonosti saatavilla. Niiden käyttämiseen liittyi myös hankaluudet niiden saatavuudessa. Kaikkia tieteellisiä artikkeleita ollut saatavilla koko tekstinä, joka oli poissulkukriteeri teoriatietoa haettaessa. Osa artikkeleista on saatu suoraan niiden tekijöiltä. Kaikki tutkijat eivät kiireensä vuoksi ehtineet omia tekstejä lähettää opinnäytetyöntekijälle. Opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä lisäksi Terveystieteiden tutkimuskeskukseen (THL) sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskitykseen (FIMEA) opinnäytetyön prosessin aikana. Näiden yhteydenottojen pohjalta opinnäytetyöntekijä ei saanut uutta tietoa opinnäytetyöhön liittyen.

Omiin kykyihinsä sekä itseensä luottaminen luovat varmuutta haastatteluun. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että haastattelija on sisäistänyt haastattelurungon oikein, minkä vuoksi esihaastattelu onkin tärkeä tekijä luotettavuuden lisäämiseksi. Haastattelija pystyy tekemään itsearviointia kuuntelemalla esihaastattelu ja lopullista haastattelu ja näin vertaamaan mitä kehitystä näiden kahden haastattelun välillä on tapahtunut. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 184.) Haastattelupäiväkirja on hyvä työväline laadukkuuden parantamiseen. Siihen voi kirjoittaa muistiin huomioita joita haastattelun yhteydessä tulee, esimerkiksi jos jokin tietty kysymys tuotti vaikeutta, kysymys ei tuonut toivottua vastausta ja niin edelleen. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 184.) Opinnäytetyöntekijä piti tutkimuspäiväkirjaa koko prosessin ajan. Tähän tutkimuspäiväkirjaan merkittiin tarpeellisia asioita muistiin ja niitä hyödynnettiin opinnäytetyön prosessin edetessä, muun muassa opinnäytetyöhön liittyvissä seminaareissa sekä ohjaavan opettajan ohjauksissa. Opinnäytetyöntekijä toimi itse haastattelijana, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, sillä tutkimusprosessin edetessä hän pystyi sisäistämään uutta tietoa jota teemahaastattelulla haettiin. Opinnäytetyöntekijä teki esihaastattelun ennen varsinaista teemahaastattelu, teema-alueluettelon toimivuuden varmistamiseksi.

Myös tekniikka tuo oman osansa haastatteluiden laadukkuuteen. Se että haastattelut tallentuvat oikein, niin että niistä kuuluu koko keskustelu, on tärkeä tekijä ryhtyes-

sämme käsittelemään aineistoa. Lopussa on hyvä tarkistaa haastattelurungossa että kaikki teemat on käyty läpi, jolloin teemojen tarkentaminen onnistuu haastattelun yhteydessä. Tarkennusta voi tehdä myös haastatteluiden jälkeen esimerkiksi puhelimitse. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 184.) Opinnäytetyön teemahaastattelut tallennettiin digitaalisella tallentimella. Digitaalisen tallenteen käyttöä harjoiteltiin etukäteen ennen haastatteluita, jotta teemahaastattelut tallentuisivat varmasti oikein. Teemahaastattelun lopussa teema-alueuuttelo käytiin vielä haastateltavien kanssa suullisesti läpi jotta voitiin todeta että kaikki teema-alueuuttelon kohdat on käyty läpi. Teema-alueuutteloon haastattelijat pyrki laittamaan pienen merkin aina, kun asia oli käsitelty mikä helpotti keskustelun eteenpäin viemistä.

Tutkimusentekijän ollessa itse sekä haastattelijat että litteroitsijat tulisi litterointi tehdä mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen. Tämä parantaa laatua huomattavasti. Jos litteroitsijoita on useampi, tulee varmistaa että kaikki ovat ymmärtäneet ohjeet oikein. Tämän voi tehdä esimerkiksi litteroimalla jokin tietty otos ja vertailemalla niitä toisiinsa tai tarkastelemalla niitä ryhmässä. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 185.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijä toimi haastattelijana sekä litterointisijana itsenäisesti, mikä lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta. Teemahaastatteluiden litterointi aloitettiin heti teemahaastatteluiden jälkeen ja se saatiin päätökseen viikossa. Teemahaastatteluiden litteroinnin jälkeen ei ollut tarvetta tarkentaa asioita enää jälkepäin haastateltavilta. Opinnäytetyöntekijälle tämä oli ensimmäinen ammattikorkeakoulutasoinen opinnäytetyö, joten koko prosessi oli melko vieras. Tämä voi heikentää opinnäytetyön luotettavuutta.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan teot, valinnat ja ratkaisut ovat arvioinnin kohteena ja opinnäytetyöntekijä itse on luotettavuuden kriteeri, johon vaikuttaa hänen oma rehellisyytensä. Näillä laatutekijöillä on suuri vaikutus tutkimuksen luotettavuuteen. Jos tutkimuksen haastattelun otos kärsii, haastattelun tallennus ei onnistu oikein, litterointi tai luokittelu ei ole tehty tutkimussuunnitelman mukaisesti, täytyy niistä rehellisesti kertoa tutkimustekstissä. Näiden tietojen puute heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustekstissään tutkijan on kuvailtava sekä perusteltava nämä valinnat ja arvioitava niiden tarkoituksenmukaisuutta. (Hirsjärvi & Hurmes 2010, 185; Vilka 2009, 158 - 159.) Opinnäytetyötä koskevat teot, valinnat ja ratkaisut on pyritty kertomaan tutkimustekstissä niitä käsittelevissä kohdissa, jottei tutkimuksen läpinäkyvyys kärsi. Laatutekijöitä on silmällä pidetty koko opinnäytetyön ajan.

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, mikä on hunajan sekä pihkan merkitys kroonisen haavan hoidossa. Näihin tutkimuskysymyksiin vastausta haettiin ryhmäteemahaastattelulla. Tutkittava ryhmä oli pieni, mutta intensiivinen, ja heiltä saatiin riittävästi ja sen verran tietoa, mikä oli tarkoituksen mukaista opinnäytetyön toteuttamiseksi.

Pihkan sekä hunajan hyödyntäminen haavanhoidossa tuntui olevan hyvin hoitajien tietoisuudessa, mutta niitä voisi varmasti vielä enemmän hyödyntää. Aloitteen hunajatai pihkahoidon aloittamisesta tuli useimmiten hoitajalta, toisinaan myös potilaalta itseltään, mutta harvemmin lääkäriltä. Hoitajat käyttivät monipuolisesti pihkaa haavanhoidoissaan, kuten tuotteen valmistajan Repolar (2013) internetsivuillaan kuvaakin. Myös hunajaa oli hyödynnetty monenlaisissa erilaisissa haavoissa, kuten Steripolar (2013, 5 - 6) tuotekuvastossaan suosittaa. Näiden tuotteiden vääränlaisella käytöllä oli saatu aikaan haavojen tilan huononemista, mikä voi luoda ihmisille vääränlaista käsitystä näiden tuotteiden hyödyistä.

Hoitajat kaipasivat koulutusta hunajasta sekä pihkasta, koulutuksen yhteydessä heillä voisi olla mahdollisuus myös kysyä epäselvistä asioista ja saattaisivat saada selkeämpää ohjeistusta tuotteiden käytölle. Tuotteiden valmistajat voisivat enemmän markkinoida tuotteitaan, jolloin ne tulisivat tunnetummaksi, mikä mahdollisesti lisäisi hoitohenkilökunnan kiinnostusta niistä

Valintoja tehdessään hoitajat joutuivat pohtimaan myös haavanhoidolle tulevaa hintaa, sillä haavanhoitokulut pyrittiin pitämään mahdollisimman pieninä. He olisivatkin halukkaita kokeilemaan myös muita luonnonmateriaaleja, mutta niiden pitäisi ainakin kokeiluvaiheessa olla ilmaisia. Tämän vuoksi he tekivät itse erilaisia haavanhoitotuotteita käytössä olevistaan hunajasta sekä pihkasta. Tarkkaa tietoa ei myöskään ole sitä, saadaanko hunajalla tai pihkalla vähennettyä haavanhoitokustannuksia, mutta on arvioitu että esimerkiksi pihkalla voitaisiin säästöä saada tehtyä (Sipponen 2013).

10.2 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisideat

Opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyöntekijä kohtasi monia epäkohtia ja etenkin hoitajien haastatteluista nousi monia asioita, joita voisi tutkimustyöllä selvittää ja luoda uutta tietoa. Luonnonmateriaalit kiinnostivat hoitajia, mutta niistä heillä oli liian vähän tietoa, ja he toivoisivatkin että niitä mainostettaisiin ja markkinoitaisiin enemmän ja paremmin. Näistä tuotteista oli myös huonosti saatavilla tutkimustietoa, jota voitaisiin hyödyntää hoitotyössä. Minkäänlaista tilastoa luonnonmateriaalien tai synteettisten valmisteiden yleisyydestä ei ollut saatavilla.

Opinnäytetyöntekijä ihmetteli myös hoidon vaikuttavuuden arvioinnin puutetta. Hoitajilla eivät tieneet, olivatko potilaiden haavat parantuneet heidän aloittamallansa hoidolla ja missä ajassa. Millaiset mahdollisuudet olisi järjestää esimerkiksi jälkitarkastusta haavoille? Asiakkaan olleessa avoterveydenhuollon parissa olisiko hoitajilla resursseja olla yhteydessä toisiinsa ja kertoa hoidon vaikuttavuudesta?

LÄHTEET

Abilar ® pihkasalva 10% -pakkauseloste. Repolar. 2012. Saatavissa:
http://www.repolar.com/media/Abilar_tuoteseloste_082012.pdf päivitetty 2/2013.
 [viitattu 7.11.2012 + 24.4.2013].

Appelgren, J. 2013. Painehaavojen synty, riskitekijät ja ennaltaehkäisy. PowerPoint-esitys 23.4.2013. Kouvola: Kouvolan kaupungintalo.

BIOTULI-hanke. Tietoa BIOTULI-hankkeesta. Saatavissa: <http://www.biotuli-han-ke.fi/?ref=http%3A%2F%2Fwww.google.fi%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3D%26esrc%3Ds%26source%3Dweb%26cd%3D1%26sqi%3D2%26ved%3D0CCsQFjAA%26url%3Dhttp%253A%252F%252Fwww.biotuli-han-ke.fi%252F%26ei%3DZHT9ULKjDuaF4ASk3oHoAQ%26usg%3DAFQjCNEz1GpImIwhU910bAXICiueushIeA%26bvm%3Dbv.41248874%2Cd.bGE> [viitattu 21.1.2013].

EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Saatavissa:
<http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ravitsemussuositukset.pdf> [viitattu 16.1.2013].

Eronen, P. 2011. Elämä pitkäaikaisen alaraajahaavan kanssa -potilaiden kuvauksia. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotiede.

Eronen, P. & Kinnunen, P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoitotyö. Sairaanhoitaja-lehti 11/2009. Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2009/asiantuntija-artikkeli/kroonista_haavaa_sairastavan_pot/ [viitattu 16.1.2013].

EWMA. European Wound management Association. 2005. Position document: Identifying criteria for wound infection. EWMA-internetsivut. Saatavissa:
http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/Position_Documents/2005__Wound_Infection_/English_pos_doc_final.pdf [viitattu 6.11.2012].

Forsblom, B. 2013. Bakteeriviljelynäytteenotto kroonisesta haavasta. PowerPoint-esitys 23.4.2013. Kouvola: Kouvolan kaupungintalo.

Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa: Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet, s. 136 - 156.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, A. 2005. Haava. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Huttunen, S., Riihinen, K., Kauhanen, J. & Tikkanen-Kaukanen, C. 2012. Antimicrobial activity of different Finnish monofloral honey against human pathogenic bacteria. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apm.12039/pdf> [viitattu 22.1.2013].

Iivanainen, A., Skarp, E. & Alahuhta, M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. Haava-lehti 4/2008, s. 25 - 29.

Jokinen, J. J., Sipponen, A., Lohi, J. & Salo, H. 2009. Haavahoidon uusia ja vanhoja tuulia. Terveysportti. Suomen lääkäri-lehti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Haavanhoidon%20uusia%20ja%20vanhoja%20tuulia [viitattu 3.11.2012].

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Terveysportti, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Uusia%20ajatuksia%20ja%20v%C3%A4lineit%C3%A4%20haavan%20hoitoon [viitattu 8.11.2012].

Kallio, H. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. Saatavissa:
http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&ved=0CFoQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fohjepankki.vsshp.fi%2Ffi%2Fdokumentit%2F32703%2FKroon%2520ja%2520akuutti%2520haavanhoito-opas%2520uusin%2520_3_.pdf&ei=mTabUOukLMTc4QTN7IEY&usg=AFQjCNHX9zytJDD9LcjKndvtg7UXfvJ7nQ [viitattu 8.11.2012].

Korhonen, A. 2012. Haavahoidon peruseriaatteet. Haava-lehti 2/2012 s. 18 - 21.

Krooninen alaraajahaava. 2007. Käypä hoito -suositus. Päivitetty 17.8.2007. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50058> [viitattu 10.4.2013].

Kuusisto, P. 2013. Painehaavojen hoito. PowerPoint-esitys 23.4.2013. Kouvola: Kouvola kaupungintalo.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99.

Lohi, J., Sipponen, A., Jokinen, J. & Vanha, K. 2006. Kuusenpihkasta valmistetun voiteen käyttö haavojen hoidossa - kansanperinteestä lääketieteeseen. Haava-lehti 3/2006, s. 10 - 13.

Seppänen, S. & Hjerpe A. 2007. Haavahoitotuotteiden saatavuus Suomessa - Selvitys vuosina 2006 - 2007. Suomen haavahoitoyhdistys Ry. Saatavissa:
<http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/haavanhoitotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf> [viitattu 21.1.2013].

Seppänen, S. 2006. Haavainfektion kriteerien tunnistaminen. Haava-lehti 3/2006, s. 16 - 19.

SHHY ry. Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi. NPUAP - EPUAP painehaavojen syvyysluokitus I-IV. Saatavissa:
http://www.shhy.fi/kuvat/Painehaavahelpperi_A5_pysty.pdf [viitattu 4.5.2013].

Sipponen, A. & Lohi, J. 2003. Lappilainen piikahoito - ”uusi” painehaavojen hoitokeino? Suomen lääkärilehti 38/2003, s. 3775 - 3776.

Sipponen, A. 2008. Kuusen pihkasalva - kansanperinteestä apteekin tiskille. Haava-lehti 4/2008, s. 40 - 42.

Sipponen, A. Lääketieteen lisensiaatti. Arto Nyberg -asiaohjelma 28.4.2013, jakso 16/64. Helsinki: Pasila 2. studio. Saatavissa: <http://areena.yle.fi/tv/1872151> [viitattu 3.5.2013].

SML. Suomen Mehiläishoitajain Liitto. 2013. Hunaja haavojen hoidossa. Saatavissa: <http://www.hunaja.net/hunajatietoa/hunaja-haavojen-hoidossa/> [viitattu 22.1.2013].

Soppi, E. 2011. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Päivitetty 16.11.2011. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Painehaavan%20hoitoperiaatteet [viitattu 16.1.2013].

Steripolar. 2013. Medihoney TM käyttöohjeet. Saatavissa: http://www.steripolar.fi/images/stories/medihoney/Medihoney_kayttoohjevihko.pdf [viitattu 24.4.2013].

Syrjälä, H. 2010. Mitä hoitoon liittyvät infektiot ovat ja voidaanko niiden esiintyvyyteen vaikuttaa? Teoksessa Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta, s. 27 - 29.

Tietoa Abilar 10% Pihkasalvasta. Repolar. 2013. Saatavissa: <http://www.repolar.com/pages/abilarr-haavanhoito/abilarr-tietoa.php> [viitattu 24.4.2013].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. Uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

WHO. World Health Organization. Viisi muistisääntöä hyvään käsihygieniaan. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d986eb90-aae0-43cd-9bdd-b5ad2f60b928> [viitattu 4.5.2013].

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1. - 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

VRN. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. MUST-menetelmä vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa. Saatavissa:

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/must.versio2.pdf>
[viitattu 4.5.2013].

WUWHS. World Union of Wound Healing Societies. 2004. Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä. Konsensusdokumentti. Saatavissa: http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/haava_4-2004_erikoispainos.pdf [viitattu 21.1.2013]

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Työkokemus

- työyksikkö
- kokemus

Krooniset haavat työssäsi

- minkälaisia
- minkä verran, missä ajassa

Ennakkoasenteet luonnonmateriaaleja kohtaan

- vrt. synteettiset haavanhoitotuotteet

Pihka

- käyttö / käyttömukavuus
- aloite tuotteen käyttämiselle
- kokemukset / tulokset
- potilaiden suhtautuminen
- tuotteen haitat / edut
- osuus haavainfektioiden synnyssä

Hunaja

- käyttö / käyttömukavuus
- aloite tuotteen käyttämiselle
- kokemukset / tulokset
- potilaiden suhtautuminen
- tuotteen haitat / edut
- osuus haavainfektioiden synnyssä

Hei!

Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Olen tekemässä opinnäytetyötä luonnonmateriaalien käytöstä haavanhoidossa, jonka avussa tarvitsisin nyt Teidän apua. Olen tulossa haavahoitajien kokoukseenne, jonka loppupuolella tarkoituksenaani olisi hieman haastatella Teitä. Haastattelu tulisi kestämään maksimissaan tunnin.

Luonnonmateriaaleista työhöni ovat valikoituneet pihka sekä hunaja. Olisinkin kiinnostunut tietämään millaisia kokemuksia Teillä on pihka ja hunajan käytöstä kroonisten haavojen hoidossa? Millaisia kroonisia haavoja olette hoitaneet ja minkä verran niitä Teillä on hoidettavana? Haastattelun teemat pohjautuvat näihin, tarkemmin niitä en aio tässä tuoda julki, jotta haastattelun tulokset tulisivat mahdollisimman neutraalilta pohjalta.

Olisin oikein kiitollinen jos pystyisitte jäämään kokoukseenne jälkeen vastaamaan näihin kysymyksiin 😊

Terveisin Henna Aho

Sairaanhoitajaopiskelija / KyAMK

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
<p><i>”useampana päivänä viikossa”</i> <i>”pari - kolme potilasta ollut kellä käyttänyt vuosien aikana”</i> <i>”saattaa olla sellain buumi, että käytetään enempikin”</i> <i>”vähä trendien mukaan käyttö menee”</i> <i>”en ole koskaan käyttänyt pihkaa”</i> <i>”...hunajaa oon käyttäny enemmän”</i></p>	<p>Hunajan sekä pihkan käyttöön vaikuttavat pitkälti sen hetkiset trendit haavanhoidossa sekä hoitajan omat kokemukset.</p>	<p>Hunajan ja pihkan käytön yleisyys</p>
<p><i>”erityisestä vanhemmat ihmiset haluaa ja mielellää aloittaa”</i> <i>”jos haluaa käydä suihkus joka päivä niin voi helpost käydä”</i> <i>”joku pieni haava, niin on aika edullisia”</i> <i>”sellaset potilaat jotka on pystyn itse sit kotoon vaihtamaan, aika omatoimisille”</i> <i>”puoliso mukana haavanhoidossa.”</i> <i>”... oon käyttän myös diabeetikoil, ku ei tää ole vaikuttanut heidän verensokeriarvoihin”</i></p>	<p>Hunaja sekä pihka sopivat lähes kenelle tahansa, erityisesti vanhemmat ihmiset sekä henkilöt jotka käyvät joka päivä suihkussa sopivat näiden tuotteiden käyttäjiksi. Näitä hoitoja käyttävän tulisi kyetä hoitamaan haavansa kotona.</p>	<p>Kenelle hunaja/ pihka sopii</p>
<p><i>”diabeetikon neuropaattiset haavat, kovettumat; päkiän ja kantapään alueella, painehaavat; ei kamalan syvät ja infektoituneet et toisen asteen painehaavat, säärihaavat, laskimoperäiset haavat ja sit sellaiset erilaiset trauma haavat; ruhjeet”</i> <i>”kun ei oo tapahtun mitää edistyst mitäs nyt sit kokeiltais ja sit on kokeiltu sitä pihkaa”</i> <i>”pelkkä neuropaattinen ongelma, niin niissä se yleensä toimii”</i> <i>”ku se turvotuksen hoito onnistu niin kyl sit se pihkahoitoki alkoi toimimaa. Kaikki antibiootit jäi pois”</i> <i>”pihka yhdistettynä siihen sorbact-nauhaa, nii se toimii ... et sitte ku se erittää, nii siin on ollu se nauha sitte mukana”</i></p>	<p>Pihkan käyttösektori on laaja, se sopii diabeetikoille, neuropaattisiin haavoihin, kovettumiin, paine-, sääri- ja laskimohaavoihin sekä ruhjeisiin. Se usein on myös ”viimeinen” vaihtoehto, silloin kun muu ei ole toiminut. Pihkahoittoa voidaan myös yhdistää toiseen haavanhoidotuotteeseen, esim. Sorbact-nauhaan. Turvotuksen hoitoon tulee myös kiinnittää huomiota.</p> <p>Pihka ei sovi käytettäväksi syviin esimeriksi painehaavoihin.</p>	<p>Millaisiin haavoihin pihka sopii</p>

<p><i>"Paleltumavammat ..., säärihaavat, amputaatiot..., nuorella syöpäihmisellä oli tossa solisluun alueelle tullu sellain paise"</i></p> <p><i>"isoi onkalohaavoja, eli abskessin jälkitilaa"</i></p> <p><i>"painehaavauma"</i></p> <p><i>"Diabeetikot ja syöpäpotilaat, etenki pään alueen haavat. Herpekseen, sen jälkitilat, kun oli päänahan alueella ja oli dialyysihoidossa"</i></p> <p><i>"Hunaja on ollut kohtuullisen helppo käyttää, varsinki ku sitä on käyttäny sen sorbactin kanssa."</i></p> <p><i>"Onkalohunaja ja ns. tavallinen hunaja."</i></p>	<p>Hunajaa on saatavilla useampana erilaisena valmisteena, minkä koettiin lisäävän sen käyttömukavuutta erilaisissa haavoissa. Hunaja käyttösektori on myös laaja, se sopii diabeetikoille, syöpähoidoissa olevalle, onkalohaavoihin, painehaavaumiin, herpesen jälkitiloihin. Myös hunajan kanssa on käytetty muita haavanhoitotuotteita käyttämisen helpottamiseksi.</p>	<p>Minkälaisiin haavoihin hunaja sopii</p>
<p><i>"puol vuotta"</i></p> <p><i>"mä sen alotan, ni sittehän ne lähtee, et en kauheesti tiää mikä se lopputulema on"</i></p> <p><i>"Muutaman kuukauden verran ollu joku pien haava"</i></p> <p><i>"pienentyyny kohtuullisen nopeasti ja lyhyessä ajassa"</i></p>	<p>Hoidon pituuden arviointi koettiin hankalaksi, sillä potilas usein kotiutuu hunaja- tai pihkahoidon kanssa. Keneläkään ei ollut tarkkaa tietoa siitä onko haavat parantuneet näiden hoitojen myötä.</p>	<p>Hoidon pituus</p>
<p><i>"pihkaa sit yritettii viimisenä keinona mut ei sitte ... siihe jalkaa iski ruusu"</i></p> <p><i>"hartsiallergia, jolloin hoito piti lopettaa heti"</i></p> <p><i>"jos tuotetta laittaa paljon, niin se ympäristön vettyminen"</i></p>	<p>Pihkahoito harvemmin jouduttiin lopettamaan, ja silloinkin syynä on ollut joko allerginen reaktio tai haavan tullut infektio, näitä ongelmia ei ollut hunajan kanssa. Yhteinen hoidon päättämisen tekijä näillä tuotteilla oli ympäristön vettyminen. Mikä tämänkin koettiin olevan ehkäistävässä, mikäli kaikille olisi selvää kuinka näitä tuotteita käytetään.</p>	<p>Milloin hoito on jouduttu lopettamaan.</p>
<p><i>"joku on tietyst sitte siitä sanonnu että kun joutunu itte maksamaan sen 20 euron tuubin, ku sitte nää haavanhoitotuotteet sittehän on niiku meijän kautta tullu jos hän käy meillä"</i></p> <p><i>"jos hän hoitaa itte sitä nii myö ei anneta sitä hänelle mukaan."</i></p> <p><i>"Kukaan ei ollut kieltäytynyt sen käytöstä."</i></p> <p><i>"asiakkailla on ollut positiiviset asenteet"</i></p>	<p>Potilaat ovat olleet myöntyväisiä pihka- tai hunajahoitoonsa. Ne ovat olleet hyvin siedettyjä ja helppoja käyttää.</p> <p>Hunaja- sekä pihkahoidon huonona puolena pidetään sen omakustanteisuutta, millaiseksi hoito muuttuu jos haavan potilas hoitaa itse kotona.</p>	<p>Potilaiden kokemukset pihkan/hunajan käytöstä</p>

<p><i>"Hyvä puoli että se peittoside voi olla halvaversio"</i></p> <p><i>"Pihka levittyy paremmin ku hunaja."</i></p> <p><i>"En usko et kellää se hinta on ollu este hoidon aloitukseen"</i></p> <p><i>"et aina niis on se antimikrobinen vaikutus"</i></p> <p><i>"pieni paikallinen infektio, niin mie oon alottannu ja jos se on hoitunut sillä niin ei siihen ole välttämättä aloitettu mitään ab-kuuria"</i></p> <p><i>"laitetaan ensin jotain muuta sitte vasta jos siihen tulee mitää ongelmaa"</i></p> <p><i>"kustannustehokkuus"</i></p>	<p>Näiden tuotteiden antimikrobinen vaikutus koettiin selväksi eduksi, sillä hoitajat kokivat että lääkärit olivat vastahakoisia aloittamaan antibioottikuureja, jolloin paikalliset infektiot saatiin näillä usein hoidettua.</p> <p>Tuotteiden koettiin olevan kustannustehokkaita, sillä itse valmisteet olivat melko edullisia ja niiden kanssa käytettävä peittoside voi olla halvempi versio. Tällöin yksittäisen haavanhoitokerran hinta jäi melko pieneksi, mikä lisäsi myös potilaiden myöntyvyyttä tuotteille.</p>	<p>Tuotteiden etuja</p>
<p><i>"mä en koe työlläämäks"</i></p> <p><i>"siin on muutama sellain perusasia mikä pitää tietää tavallaan"</i></p> <p><i>"et ei mennä ojasta allikoon"</i></p> <p><i>"meil on ollu yks lääkäri joka on ollu erityisen kiinnostunu täst pihkast"</i></p> <p><i>"se on se hartsijuttu sellain mikä jännittää"</i></p> <p><i>"tarvis olla koulutusta"</i></p> <p><i>"...riittää sellain pien tippa, et ei tarvi peittää koko haavaa sil tuotteel, vaikka lukiski niissä ohjeissa"</i></p> <p><i>"Markkinointi ei ole ollut kovin onnistunutta"</i></p> <p><i>"Itse joutuu paljon etsimään tietoa, ohjeistusta puuttuu, eikä netissäkään ole sellast kunnollist selvää ohjeistusta"</i></p>	<p>Hoitohenkilökunta kokee hunaja/pihkahoidon hyödylliseksi, mutta kaipaisivat sen käyttöön lisää koulutusta. Tietoa koetaan olevan huonosti tarjolla ja sitä joutuu itse etsimään.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan asenteet / kokemukset</p>