



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **HAAVASIDOKSEN VAIHTO KIRURGISEEN HAAVAAN**

Opetusvideo keskivaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille

Meiju Niemelä

Andrea Nybom

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

NIEMELÄ, MEIJU & NYBOM, ANDREA:  
Haavasidoksen vaihto kirurgiseen haavaan  
Opetusvideo keskivaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 9 sivua  
Huhtikuu 2018

---

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Tampereen ammattikorkeakoulun kirurgisen hoitotyön keskivaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille opetusvideo, aiheesta haavasidoksen vaihto kirurgiseen haavaan. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millainen on kirurginen haava, millaista aseptiikkaa tarvitaan kirurgisen haavan hoidossa, miten haavasidos vaihdetaan kirurgisen haavaan ja millainen on hyvä opetusvideo. Työn tavoitteena oli tukea sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimista liittyen alle 24 tuntia vanhan kirurgisen haavan hoitoon. Opetusvideolla havainnollistettiin haavan sidosvaihdon aseptiikkaa sekä valmistamaan opiskelijaa suunnittelemaan tulevaa haavanhoitoa. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka tuotoksena oli opetusvideo ja kirjallinen raportti.

Kirurgisella haavalla tarkoitetaan iholle tehtyä leikkaushaavaa. Kirurginen haava kuuluu pitää peiteltyä 24 tuntia leikkauksesta ja sitä käsitellään mahdollisimman vähän. Yleensä puhdas kirurginen haava paranee ongelmitta, mutta komplikaatioihin kuten verenvuotoon on osattava varautua. Haavan vuotaessa ja sidosten kastuessa haavasidos on vaihdettava pohjia myöten, vaikka haavan sulkemisesta olisi alle 24 tuntia. Tällöin haavasidoksen vaihto tulee tehdä steriilisti. Haavan paranemisen kannalta sairaanhoitajan ammattiosaaminen korostuu, jolloin on osattava kirurgisen haavan peittelyn perusteet. Aseptinen työskentely, haavasidoksen valinta ja tietotaito siitä, milloin haavasidoksen vaihto on tarpeellinen ehkäisevät mahdollisia komplikaatioita, kuten haavainfektioita.

Opinnäytetyön tuotoksena valmistui opetusvideo kirjallisen raportin teorian pohjalta. Video toimii sairaanhoitajaopiskelijoille opetuksen tukena ja havainnollistaa konkreettisesti eri työvaiheita alle 24 tuntia vanhan kirurgisen haavan sidoksen vaihdossa. Opinnäytetyön kirjallista tuotosta ja opetusvideota voidaan hyödyntää kirurgisen hoitotyön opetuksessa. Alle 24 tuntia vanhan kirurgisen haavan sidosvaihdosta ei löydy selkeää ohjeistusta siitä, kuinka toimia, joten opinnäytetyö on hyvä lisämateriaali sairaanhoitajaopiskelijoille. Jatkotutkimusehdotuksena esitetään kvantitatiivista tutkimusta siitä, kuinka työelämässä kirurgisen haavan sidoksen vaihto tapahtuu ja kuinka eri työvaiheet toteutuvat.

---

Asiasanat: kirurginen haava, haavasidos, aseptiikka, työjärjestys, opetusvideo

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

NIEMELÄ, MEIJU & NYBOM, ANDREA:  
Changing a Surgical Wound Dressing  
Educational Video for Mid-Stage Nursing Students

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 9 pages  
April 2018

---

The aim of this study was to define the concept of a surgical wound, the methods of protection against infections in wound care and how to change the wound dressing for a surgical wound. Moreover, the aim was to produce a suitable educational video in addition to the theoretical part of the study.

The study had a functional approach with the written report and an educational video as a tangible output of the process. The aim of the report and the video was to support the education of nursing students in the care of an under 24-hour-old surgical wound. The educational video presents protection against infections during the change of a wound dressing. It also prepares the student to plan the upcoming wound care.

The surgical wound should be covered up and left untouched for 24 hours after the operation. The wound dressing should be changed thoroughly if the wound bleeds and the dressings get wet even though the operation has been performed less than 24 hours ago. In that case, the change of the dressings should be performed in a sterile manner. Written instructions on changing the surgical wound dressings being somewhat limited, this thesis provides important information about surgical wound care in this particular respect. There is a need for a further quantitative study about the various stages in changing the surgical wound dressings in hospital settings.

---

Key words: surgical wound, wound dressing, aseptic, procedure, educational video

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	Kirurginen haava.....	7
3.1.1	Haavan paranemisen vaiheet.....	8
3.1.2	Suljetun haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät .....	9
3.1.3	Haavanhoidon periaatteet.....	11
3.2	Haavasidoksen vaihto .....	13
3.2.1	Haavasidos .....	14
3.2.2	Aseptiikka .....	15
3.2.3	Työjärjestys .....	16
3.3	Hyvä opetusvideo .....	22
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	25
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	25
4.2	Opinnäytetyön prosessi .....	25
4.3	Tuotoksen kuvaus .....	28
5	POHDINTA.....	30
5.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	30
5.2	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	32
5.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	34
	LÄHTEET.....	35
	LIITTEET .....	40

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan perustaitoihin kuuluu haavanhoito, jolloin on osattava vaihtaa haavasidos aseptisesti ja tietää milloin vaihdos on tarpeellinen (Tuuliranta 2014, 8). Kirurginen haava täytyy kuitenkin pitää peiteltynä 24 tuntia sulkemisen jälkeen ja sitä käsitellään mahdollisimman vähän, jotta haava pysyy puhtaana eikä ulkopuolelta tulevat mikrobit pysty tunkeutumaan haavaan. Haavan katsotaan olevan umpeutunut 24 tunnin jälkeen sulkemisesta sen verran, että se on vesitiivis eikä voi enää infektoitua ulkoapäin. Kirurgisen leikkaushaavan hoidon tavoitteena on eritteiden hallinta ja haavan suojaaminen. (Erämies 2017.)

Yleensä puhdas kirurginen haava paranee ongelmitta, mutta komplikaatioihin kuten verenvuotoon on osattava varautua (Erämies 2017). Haavan vuotaessa ja sidosten kastuessa haavasidos on vaihdettava pohjia myöten, vaikka haavan sulkemisesta olisi alle 24 tuntia (Erämies 2017; Pshp 2015). Haavasidoksen vaihto tapahtuu steriilisi alle 24 tuntia vanhaan haavaan tai niin kauan, kun haava vuotaa kirkasta verta (Erämies 2017; Hietanen 2016a, 220; Pshp 2015). Haavan paranemisen kannalta avainasemassa onkin löytää oikeanlainen haavasidos ja tietää kirurgisen haavan peittelyn perusteet (Kuokkanen 2016, 236).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opetusvideo keskivaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille ja täten selvittää oleellisin tieto haavasidoksen vaihdosta kirurgiseen haavaan. Kirjallisessa osuudessa käsittelemme sitä, mikä on kirurginen haava, kuinka se paranee ja kuinka siihen voi hoitajan toimesta vaikuttaa. Aseptiikan merkitys haavanhoidossa korostuu jokaisessa vaiheessa. Näistä aiheista koostamme opetusvideon kirurgisen hoitotyön opetuksen tueksi. Tavoitteena on tukea sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimista liittyen alle 24 tuntia vanhan kirurgisen haavan hoitoon. Opetusvideon avulla havainnollistamme haavan sidosvaihdon aseptiikkaa sekä valmistamme opiskelijaa suunnittelemaan tulevaa haavanhoitoa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

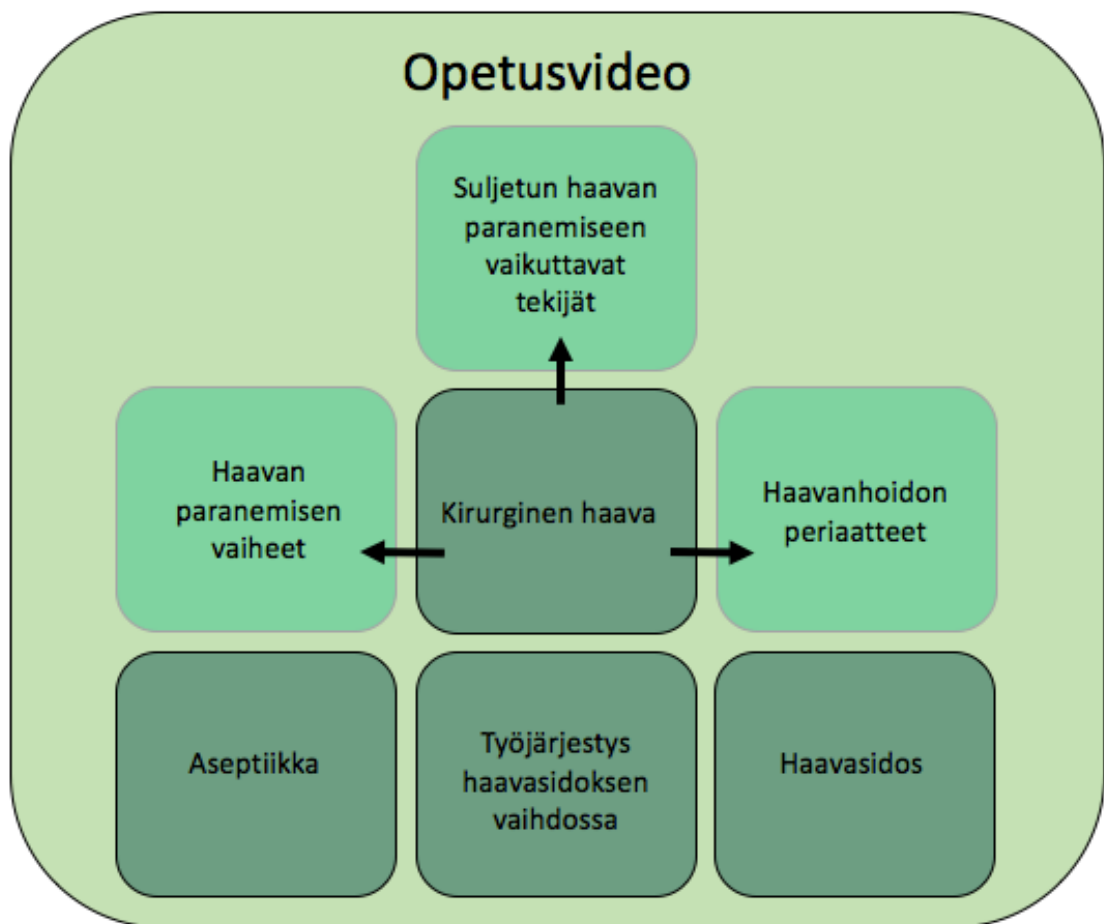
Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opetusvideo keskivaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille ja täten selvittää oleellisin tieto haavasidoksen vaihdosta kirurgiseen haavaan.

1. Mikä on kirurginen haava?
2. Millaista on aseptikka kirurgisen haavan hoidossa?
3. Miten haavasidos vaihdetaan kirurgiseen haavaan?
4. Millainen on hyvä opetusvideo?

Tavoitteena on tukea sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimista liittyen alle 24 tuntia vanhan kirurgisen haavan hoitoon. Opetusvideon avulla havainnollistamme haavan sidosvaihdon aseptikkaa sekä valmistamme opiskelijaa suunnittelemaan tulevaa haavanhoitoa.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme opetusvideo rakentuu teoratiedoista, jonka keskiössä on kirurginen haava. Tästä lähdemme käsittelemään haavan paranemisen vaiheita, haavanhoidon periaatteita ja tavoitteita, haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä, haavasidosta sekä myös aseptiikka, jossa on huomioitava steriiliys ja työjärjestys. Näistä näkökulmista koostuu opettava opetusvideomme. Viitekehiksemme (kuvio 1) kokoaa hyvin ajatustamme koko opinnäytetyöstä.



KUVIO 1. Viitekehys

#### 3.1 Kirurginen haava

Kirurgisella haavalla tarkoitetaan yleensä terveelle iholle tehtyä elektiivistä eli suunniteltua leikkaushaavaa, jolloin kyseessä on puhdas akuutti haava (Hietanen & Juutilainen 2016, 26). Kun haava on puhdas kirurginen, se pidetään ensimmäiset leikkauksen jälkeiset 24 tuntia peitettynä ja sen käsittelyä vältellään (Erämies 2017). Kirurgisen haavan

sulku tapahtuu kerroksittain, sulavia ompeleita käytetään lihaskalvoissa sekä verinahassa, kun taas ihon sulkemiseen voidaan käyttää teippejä, haavaliimaa, haavansulkuhakasia tai ompeleita. Valinta perustuu haavan paikkaan sekä mahdolliseen tulevaan rasitukseen. Haavan voi sulkea myös vapaalla ihonsiirteellä, jossa potilaan terve ihon pinta leikataan irti ja siirretään haavaan. Toinen vaihtoehto on käyttää kielekesiirrettä, jolloin potilaan terve iho ja sen alaiset kudokset verenkiertoineen siirretään haavaan. Tärkeintä kirurgisen haavan sulussa on saada ihon reunat tasaisesti samaan tasoon vastakkain, kuitenkin kiristämättä ihoa liikaa. (Kuokkanen 2016, 235–236; Iivanainen 2010, 505.)

Opinnäytetyössä rajaamme aiheemme koskemaan puhdasta alle 24 tuntista kirurgista haavaa, joka voi olla akuutti- tai päivystysluonteinen. Kyseessä ei siis ole traumaattinen haava, joka on syntynyt jonkin vamman aiheuttamana. Käsitteenäme kirurginen haava on suljettu joko ompeleilla tai hakasilla.

### **3.1.1 Haavan paranemisen vaiheet**

Yleisesti haavan paraneminen etenee ennustettavasti, mutta vallitsevat olosuhteet haavassa sekä sitä ympäröivissä kudoksissa voivat vaikuttaa paranemisprosessiin. Haavan paraneminen käynnistyy välittömästi kudoksen vaurioitumisen jälkeen. (Lagus 2016, 29.) Paraneminen jaetaan yleensä kolmeen eri vaiheeseen: tulehdus-, korjaus- sekä kypsymisvaihe (Laato & Kössi 2010, 48; Mercandetti 2017). Haavan parantuessa vaurio korvaantuu sidekudoksella ja antaa kudokselle vetolujuuden. Lopputuloksena iholla on arpikudos, josta puuttuu ihon alkuperäiset rauhaset. (Laato & Kössi 2010, 48; Lagus 2016, 29–30.)

Elimistön tapa reagoida kudosisvaurioon on tulehdusvaihe, joka alkaa välittömästi. Haava-alueelle vuotaneen veren hyytymään jääneet verihiutaleet ja neutrofiilit vapauttavat välittäjäaineita, jotka kutsuvat paikalle puhdistamaan vaurioitunutta aluetta ja puolustamaan valkosoluja. Valkosoluja saapuu haava-alueelle muutamassa minuutissa, mutta tulehdusreaktio on voimakkaimmillaan 1–3 vuorokauden kuluessa vauriosta. Valkosolut syövät haavalta pois kuollutta kudosta sekä tappavat alueelle tunkeutuneita mikrobeja. Yleensä tulehdusvaihe tyntyy muutamassa päivässä, ellei haava ole infektoitunut. (Lagus 2016, 31; Mercandetti 2017.)



Tulehdusvaiheen heikentyessä haavassa alkaa korjausvaihe (Laato & Kössi 2010, 49). Verihyytymästä muodostunut väliaikainen soluväliaine täyttää haavassa olevan kudospuutteen. Korjausvaiheessa myös kollageenisäikeet ja verisuonet kasvavat, jolloin haavan pinta peittyy epiteelisolulla. Noin 4–5 vuorokauden kuluttua vamman syntymisestä haava alkaa kuroutua eli sulkeutuu ja pienenee. (Lagus 2016, 33, 36.)

Yleensä 2–3 viikon kuluttua vammasta alkaa haavan kypsymisvaihe, joka voi kestää useista viikoista yli vuoteen (Laato & Kössi 2010, 49; Lagus 2016, 37; Mercandetti 2017). Kypsymisvaiheen tärkein osuus on tyypin III kollageenin hajoaminen ja sen korvaantuminen tyypin I kollageenilla. Tämän vaiheen aikana löyhä kudos korvaantuu tiiviillä arpikudoksella. (Laato & Kössi 2010, 49; Mercandetti 2017.) Edellä mainitut muokkaustahtumat ovat vastuussa kudoksen vetolujuudesta ja arven lopullisesta ulkonäöstä. Haavan vetolujuus on vasta 3% kudoksen alkuperäisestä vetolujuudesta, kun vammasta on kulunut vain viikko. (Lagus 2016, 37.) Mutta kolmen kuukauden kuluttua vammasta haava saavuttaa maksimi vetolujuutensa eli 70–80% kudoksen alkuperäisestä vetolujuudesta (Lagus 2016, 37; Mercandetti 2017). Kirurgisen haavan paranemisen kannalta tärkein vaihe on haavan sulku. On huomioitava, ettei ihon alle jää tyhjää tilaa tai haavan reunoille synny liikaa kiristystä. (Kuokkanen 2016, 235.)

### **3.1.2 Suljetun haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät**

Suljetun kirurgisen haavan paranemiseen vaikuttaa keskeisimpänä asiana haavan sulku. Esimerkiksi haavan ompeleminen nopeuttaa sen parantumista sekä vähentää arpikudoksen muodostumista (Tolvanen 2017). Yleisesti kirurgiset haavat paranevat ongelmitta, koska niiden ympäröivä ihoalue suojataan ja ympäristö puhdistetaan. Näin ollen koko prosessi toteutetaan aseptisesti puhtaassa ympäristössä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 229.)

Haavan paranemisen merkittävin komplikaatio on haavainfektio. Keskeisimpinä asioina haavainfektion estämisessä on steriiliys ja vähän kudosta vahingoittava kirurginen tekniikka. (Laato & Kössi 2010, 52.) CDC eli The Centers for Disease Control and Prevention (Yhdysvaltojen tartuntatautien valvonta- ja ehkäisykeskukset) ovat kehittäneet Surgical Wound Classification, joka lyhennetään SWC (Onyekwelu, Yakkanti, Protzer, Pinkston, Tucker & Seligson 2017). Suomessa SWC tunnetaan nimellä puhtausluokat,

jota pidetään yhtenä merkittävänä infektioriskin määrittäjistä. Se kuvaa potilaan infektioriskiä leikkaushetkellä ja tällöin se johtuu potilaan omien mikrobin määrästä leikkaushaavassa. Puhtausluokat (kuvio 2) jaetaan neljään eri luokkaan, joista puhtausluokka 1:ssä infektion todennäköisyys on n. 2–4%, kun taas jo luokassa 4 riski saada haavainfektio on yli 30%. (Lauritsalo 2015, 8–9.)

1. Puhdas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iho ehjä, ei infektion tai inflammaation merkkejä.</li> <li>→ Tyräleikkaukset, rintarauhasen kirurgia.</li> </ul>
2. Puhdas, kontaminoitunut	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei infektiota, mutta iholla ihorikkoja, näppyjä, ihottumaa.</li> <li>→ Umpilisäkkeen poisto (ei tulehtunut), elektiininen sappileikkaus</li> </ul>
3. Kontaminoitunut	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rajoittunut infektio tai inflammaatio.</li> <li>→ Tulehtuneen umpilisäkkeen poisto, tulehtuneen sappirakon poisto.</li> </ul>
4. Likainen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infektio todettu tai infektio levinnyt.</li> <li>→ Puhjetun umpilisäkkeen poisto, absessit.</li> </ul>

KUVIO 2. Puhtausluokat (Lauritsalo 2015, 8; Onyekwelu, Yakkanti, Protzer, Pinkston, Tucker & Seligson 2017).

Riskitekijöiden tunnistaminen jo leikkauksen aikana on ensisijaisen tärkeää, jotta vakavimmilta komplikaatioilta voidaan välttyä (Ovaska 2014, 53). Tavallisesti haavainfektiot ilmenevät vasta noin 5–10 päivän päästä leikkauksesta. Nykypäivänä hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet ja yhä useammin tehdään päiväkirurgisesti toimenpiteitä. Tällöin infektio todetaan vasta potilaan kotiutumisen jälkeen, jolloin paranemaan alkanut haava kipeytyy, turpoaa ja punoittaa. (Lauritsalo 2015, 8; Tuuliranta 2014, 10.)

Leikkauksen jälkeen haavaan alkaa pian kertyä jonkin verran verenvuotoa sekä kudoseristystä, jota elimistö itse pyrkii poistamaan (Kuokkanen 2016, 243). Joskus erityis tai verenvuoto on niin runsasta, että tarvitaan hoitotoimenpiteitä mahdollistamaan haavan paraneminen. Mahdollisia haavan paranemisen komplikaatioita, jotka voivat aiheuttaa haa-

van aukeamista ja verenvuotoa, ovat hematooma ja serooma. Hematooma on haavaonteloon kertynyttä hyytynyttä verta, kun taas serooma tarkoittaa kudostekertymää haavaontelossa. Näiden molempien komplikaatioiden vuoksi haavan paraneminen hidastuu, kun haavan reunat työntyvät erilleen toisistaan ja samalla aiheuttavat painetta. Tämän seurauksena voi syntyä haavan repeäminen ja runsaampi verenvuoto, joka johtaa tarpeelliseen haavasidoksen vaihtoon. (Hammar 2011, 30–31; Laato & Kössi 2010, 53; Lagus 2016, 47; Kuokkanen 2016, 243.) Kirurgian erikoislääkäri Tuuliranta (2014, 9) suosittelee hiekkapussin laittamista tihkuttavan haavan päälle, enemmän kuin kylmäpussin käyttöä. Näin ollen hematooma ja serooma pitkittävät tulehdusreaktiivaihetta haittaamalla ihon verenkiertoa ja toimivat kasvualustana bakteereille altistaen infektioille (Lagus 2016, 47; Kuokkanen 2016, 243).

Haavan paraneminen voi kuitenkin muistakin syistä häiriintyä monin eri tavoin ja monessa eri vaiheessa (Lagus 2016, 39). Hoitajan on tärkeää osata huomioida haavan paranemiseen vaikuttavat neljä tekijää: paikalliset tekijät, potilaasta johtuvat systeemiset tekijät, potilaasta johtuvat psykososiaaliset tekijät sekä hoitohenkilöstöstä- ja ympäristöstä johtuvat tekijät. Paikallisista tekijöistä olisi hyvä kiinnittää huomio esimerkiksi haavan sijaintiin; onko haava alttiina venytykselle tai onko se kehon liikkuvassa osassa. Potilaasta johtuvat systeemiset tekijät ovat mm. perussairaudet, lääkitys, ikä, perintötekijät sekä ravitsemustila. Kun taas psykososiaaliset tekijät, jotka johtuvat potilaasta kuten tupakointi, alkoholin käyttö, hoitoon sitoutuminen ja liikuntatottumukset. Huomattavassa asemassa haavan paranemisen kannalta on hoitohenkilökunnan ammattitaitoinen toiminta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 115–117.) Hoitajan on tiedettävä haavan etiologiasta sekä fysiologiasta, jotta haavan hoito olisi laadukasta sekä takaisi hyvän paranemisen (Jalonen & Ylönen 2014, 29). Välttämättä yksittäinen riskitekijä ei johda infektiin. Tärkeää on kuitenkin yhdenkin riskitekijän hoitaminen sekä minimoiminen, sillä useat tekijät yhdessä voivat lisätä haavainfektion mahdollisuutta. (Lauritsalo 2015.)

### **3.1.3 Haavanhoidon periaatteet**

Suljetun kirurgisen haavan hoidon tavoitteena on haavan suojaaminen ja eritteiden hallinta. Näin ollen haavan optimaalista paranemista tuetaan ja samalla ehkäistään kompli-

kaatioita. Haava pidetään kuivana sekä sen tarpeetonta koskettamista tulee välttää. (Hietanen 2016a, 219–220; TYKS 2011, 15.) Kirurgisen haavan hoidon pääperiaatteena voidaan pitää, ettei haavaan kosketa 24 tunnin sisällä leikkauksesta (Viitala 2018). Poikkeuksena kuitenkin on haavasidoksen läpi vuotanut veri tai sidoksen imutehottomuus. Kirurgista leikkaushaavaa, joka on alle 24 tuntia vanha, tulee käsitellä steriilein suojakäsinein. Veriset haavasidokset tulee vaihtaa pohjia myöten, sillä verinen haavaympäristö on hyvä kasvualusta bakteereille. Vaihdettaessa sidoksia puhdasta haavaa tulee kuitenkin käsitellä mahdollisimman vähän. (Hietanen 2016a, 219–220; TYKS 2011, 15.) Haavan katsotaan olevan umpeutunut 24 tunnin jälkeen sulkemisesta sen verran, että se on vesitiivis eikä voi enää infektoitua ulkoapäin (Erämies 2017). On olemassa myös haavoja, jotka täytyy hoitaa steriilisti 24 tunnin jälkeen haavan sulkemisesta. Esimerkiksi kirurginen haava, joka vuotaa kirkasta verta tai ortopedinen keinonivelhaava. (Hietanen 2016a, 220; Pshp 2015.) Yleensä ortopediset keinonivelhaavat saa kastella kolmannesta postoperatiivisesta päivästä alkaen. Tällöin haavaa hoidetaan steriilisti kolmen vuorokauden ajan, jos se erittää kudostuotetta. Erityksen ollessa taas verensekaista, haavaa hoidetaan viiden vuorokauden ajan steriilisti. (Hietanen 2016a, 220; Erämies 2017.)

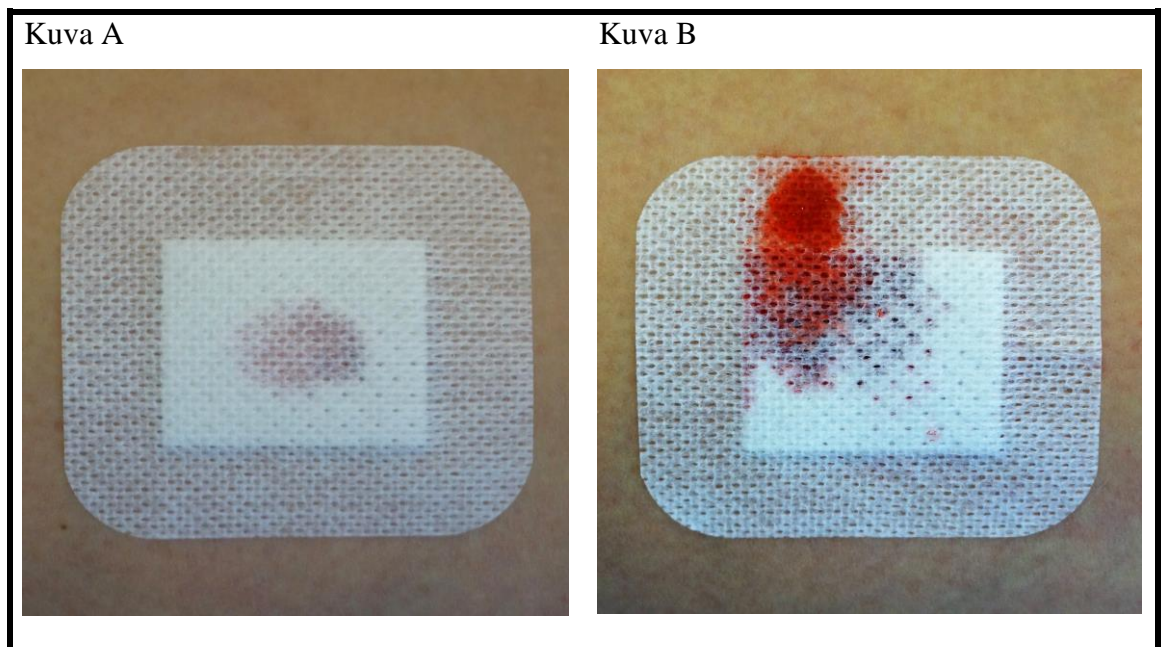
Steriili haavasidos on asetettu jo leikkaussalissa kirurgisen haavan päälle. Potilaan saapuessa osastolle sairaanhoitaja tarkistaa haavasidokset sekä kysyy haava-alueen kipua. Nämä sisältyvät leikkauksen jälkeisiin rutiinitarkastuksiin. Oleelliset huomiot haavan tarkistuksesta kirjataan potilasasiakirjoihin, jotta haavassa tapahtuvat muutokset osataan tunnistaa. (Ahonen ym. 2012, 105–106 & 115.) Huolellisella kirjaamisella taataan haavanhoidon jatkuvuus myös hoitajan tai osaston vaihtuessa. Kirjaamisen avulla selviää, onko haava vuotanut sidoksiin tai onko sidoksia jouduttu vaihtamaan. (Ahonen ym. 2012, 105; Juutilainen & Hietanen 2016, 74.)

Haavanhoidossa oleellinen osa on myös potilaan hyvä ohjaus ja neuvonta (Rautava-Nurmi ym. 2013, 239). Sairaanhoitajan tehtävä on ohjata potilasta oikeanlaiseen yskimis- ja hengitystekniikkaan, etenkin jos leikkaus on tehty vatsan alueelle. Lisäksi ylösnousutekniikka ja liikkuminen leikkauksen jälkeen on ohjattava jokaiselle potilaalle yksilöllisesti omien liikerajoitusten mukaan. (Ahonen ym. 2012, 102 & 694.) Leikkauksen jälkeen potilasta ohjataan seuraamaan haava-aluetta ja etenkin haavainfektion merkkejä eli turvotusta, punoitusta, jomotusta, kosketusarkuutta, kipua sekä haavan erityksen lisääntymistä (Rautava-Nurmi ym. 2013, 240). Sairaanhoitajan on tärkeä saada hyvä hoitosuhde

potilaaseen, jotta vuorovaikutus puolin ja toisin on luotettavaa. Potilasta ohjataan kertomaan omista tuntemuksistaan ja havainnoistaan haava-alueella. Potilaan kuvailut oireistaan ovat merkittävässä osassa hoitohenkilökunnan arvioidessa haavan paranemista. (Juutilainen & Hietanen 2016, 61; Rautava-Nurmi ym. 2013, 29–30.)

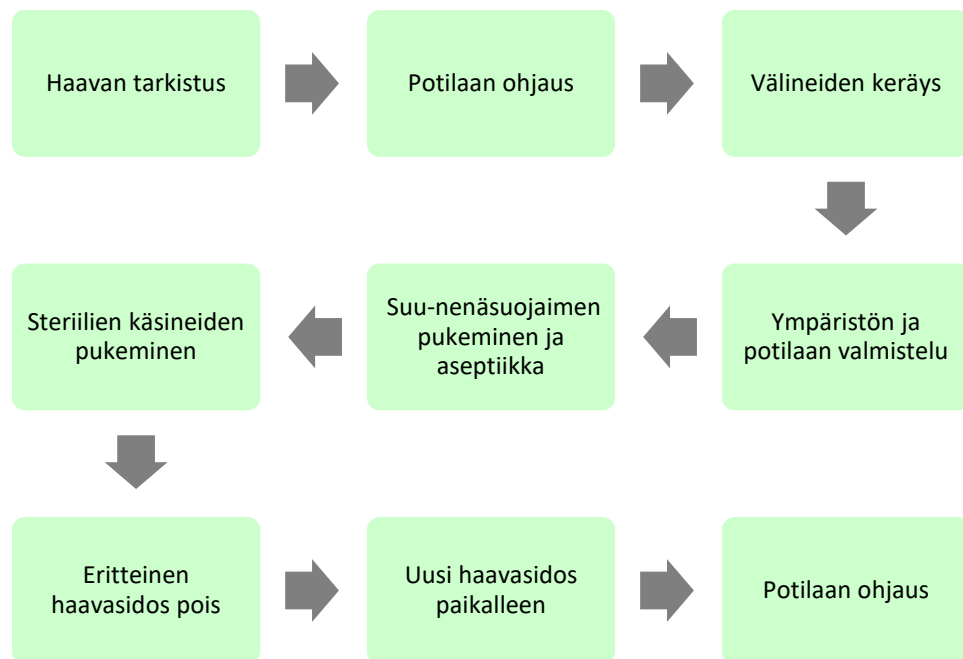
### 3.2 Haavasidoksen vaihto

Kirurgisen haavan tarkkailussa ja päätöksessä, onko sidoksen vaihto tarpeellinen, huomio kiinnitetään haavasidoksessa kertyvään eritykseen ja verenvuotoon. Jos verenvuoto tai erityks on runsasta, että sitä on tullut sidoksen läpi, täytyy haavasidos vaihtaa. (Hietanen 2016a, 220; Lapin sairaanhoitopiiri 2011.) Jos erityks tai verenvuoto on poikkeavan runsasta olisi myös tärkeää pyytää mahdollisuuksien mukaan leikkaavan lääkärin arvio haavan tilanteesta (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 369). Tarkkailtava on myös haavasidoksen liimareunoja. Jos erite on jostain kohdin levinnyt selvästi liimareunalle, sidos pitää vaihtaa. (Hietanen 2016b, 150.) Haavasidoksessa (kuva 1: A) havainnollistetaan sidosta, jota ei tarvitse vaihtaa. Kun taas toinen haavasidos (kuva 1: B) on erittänyt liimareunalle asti ja tällöin sidoksen vaihto on tarpeen.



KUVA 1. Haavasidos A, jossa läpikuultovuotoa. Haavasidos B, jossa haava vuotanut liimareunalle saakka. Kuvat: Juho Niemelä.

Sairaanhoitajan ammattiosaamista on osata suunnitella haavasidoksen vaihto sekä tietää, minkälainen sidos tukee kirurgisen haavan paranemista. Opinnäytetyössämme aseptiikan merkitys on tärkeässä roolissa, koska kyseessä on alle 24 tuntia vanha kirurginen leikkaushaava. Käymme vaihe vaiheelta (kuvio 3) läpi käsihygienian, suojainten käytön, pakkausten avaamisen ja haavasidoksen käsittelyn. Tärkeää on myös hoitoympäristön huomioiminen ja etenkin siihen liittyvä valmistelu ennen haavanhoitoa. Kaikissa näissä vaiheissa sairaanhoitajan työskentely on aseptista.



KUVIO 3. Työjärjestys haavasidoksen vaihdossa.

### 3.2.1 Haavasidos

Periaatteessa leikkaava lääkäri antaa ohjeen kirurgisen haavan peittämisestä tai sairaalassa on yleisohjeet tavallisimpien haavatyypin peittämisestä. Kirurgian erikoislääkäri Tuuliranta on kuitenkin havainnut sidoksen valinnan jäävän usein hoitajalle, joten tämän on tärkeää tuntea kirurgisen haavan peittelyn perusteet. (Tuuliranta 2014, 8.) Yleisesti ajateltuna haavasidoksen tarkoitus on eritteiden hallinta, haavan suojaaminen ja tukeminen (Pshp 2015).

Haavasidoksen valintaan vaikuttaa se, kuinka kirurginen haava on suljettu ja millä alueella se sijaitsee. Lisäksi mahdollinen erityis ja verenvuoto on otettava huomioon. Haavan

päälle laitettavan sidoksen tarkoituksena on ehkäistä paikallista kudosturvotusta sekä verenvuotoa ja suojata haavaa ulkoiselta kontaminaatiolta. Lisäksi sidoksella estetään ompeleiden tai hakasten tarttuminen vaatteisiin ja komprimoidaan eli puristetaan haavaa. (Hietanen 2016a, 219; Iivanainen 2010, 505.) Puhuttaessa kirurgisesta haavasta lähtökohdaksi on se, että haava on puhdas. Tällöin haavasidoksen ei tarvitse aktiivisesti vaikuttaa haavapohjaan tai haavaeritteen soluihin. (Hietanen 2016b, 138.) Suositeltavaa on käyttää runsaita absorboivia eli imukykyisiä sidoksia umpinaisten hengittämättömien sidosten sijaan. Jos haavasta on odotettavissa runsasta verenvuotoa tai kudoseritettä, voidaan joutua käyttämään puristavaa sidosta, jota ei voida avata usein. (Kuokkanen 2016, 236; Iivanainen 2010, 504.) Sidosten vahvistamista ei suositella, koska veri on hyvä kasvualusta bakteereille. Lisäksi kosteassa ja lämpimässä ne lisääntyvät nopeasti. (Erämies 2017.)

Taysin osastoilla, joissa hoidetaan kirurgisia haavoja, käytetään useimmiten Mepilex Border Post-Op haavasidosta (Laukkanen 2018). Valmistaja Mölnlycke kertoo haavasidoksen olevan optimaalinen kirurgisille haavoille, jotka erittävät. Haavasidos on suunniteltu siten, että haavaympäristöä voidaan tarkkailla leveiden ja läpinäkyvien kiinnitysreunojen ansiosta. Mepilex Border Post-Op haavasidos mahdollistaa potilaan mobilisointi joustavuutensa vuoksi. (Mölnlycke Health Care 2013b.)

Kirurginen haava umpeutuu 24–48 tunnin kuluttua leikkauksesta, jolloin haavasidokset voidaan poistaa ja haavan voi kastella, mikäli haava ei enää vuoda kirkasta verta. Useimmat haavat voidaan jättää viimeistään muutaman päivän kuluttua leikkauksesta ilmahoittoon ilman sidoksia. (Iivanainen 2010, 504; Tolvanen 2017.) Yleensä kirurgisen haavan jälkihoito on helppoa ja selväpiirteistä, mikäli haava on siisti ja normaalisti parantuva, eikä siinä ole komplikaatioita (Laato, Veräjänkorva & Kössi 2010, 210).

### **3.2.2 Aseptiikka**

Aseptiikalla tarkoitetaan työskentelytapaa, jolla pyritään estämään kudosten tai steriilin materiaalin kontaminaatio mikrobeilta (Kurvinen & Terho 2013; Kanerva & Tenhunen 2016, 115). Steriilillä taas tarkoitetaan, ettei esimerkiksi steriili instrumentti sisällä eläviä mikrobeja eikä bakteeri- tai sieni-itiöitä. Toimenpiteissä jolloin iho tai limakalvo läpäistään, tulee käyttää steriilejä välineitä ja tuotteita. (Ratia, Vuento & Laitinen 2010, 514;

Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 79.) Aseptiikkaosaaminen on osa sairaanhoitajien ammattiosaamista, joka pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon. Se edellyttää sairaanhoitajilta oikeanlaista tietoa, tahtoa, taitoa ja toteutusta, joka vaatii aina päivittämistä ja harjoittelua. (Karhe & Kari 2017.) Aseptisen työjärjestyksen toteuttaminen eli "työskentely puhtaasta likaiseen" on kaikessa potilashoidossa edellytyksenä infektioiden torjuntatyön onnistumiselle. Aseptisen työjärjestyksen mukaan ensin tehdään puhtaampi työ eli hoidetaan potilaat, joilla on puhdas haava. Tämän jälkeen vasta likaisemmat työt eli infektioituneet haavat. (Rantala, Huotari, Hämäläinen & Teirilä. 2010, 224–225.)

Sairaanhoitajan ammatillisuutta on huolehtia hyvin omasta henkilökohtaisesta hygieniasaan. Myös ulkoasun on oltava asianmukainen. (Karhumäki, Jonsson & Saros 2016, 65.) Oikein toteutettu käsihygienia, johon kuuluu käsien pesu ja käsien desinfektio, on tärkein infektiota ehkäisevä toimenpide. Hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen on tehokkain tapa ehkäistä infektioiden leviämistä, koska mikrobit tarttuvat kosketustartuntana. (Kurvinen & Terho 2013; Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 99; Tiitinen & Terho 2017.)

### 3.2.3 Työjärjestys

Kirurgisen haavan sidoksen vaihdon tapahtuessa steriilisti, on sairaanhoitajia hyvä olla kaksi, jotta työskentely toteutuu mahdollisimman aseptisesti ja voidaan toimia mahdollisessa äkillisessä verenvuodossa (Viitala 2018). Kahden hoitajan yhteistyö myös takaa, että haava on mahdollisimman vähän aikaa paljaana eikä näin ollen pääse jäähtymään, koska haavan jäähtyessä sen paraneminen hidastuu (Hietanen 2016a, 186; Pshp 2015).

Suunnitelmalliseen haavanhoitoon kuuluu tarvittavien välineiden keräys ja työjärjestyksen miettiminen etukäteen (Hietanen 2016a, 184). Tarvittavat välineet voidaan kerätä tarjottimelle tai siirrettävälle apupöydälle (Pshp 2015). Ennen tavaroiden keräämistä apupöytä puhdistetaan denaturoidulla alkoholilla pöytätasolta, jonka jälkeen siirrytään pöydän jalkoihin. Järjestys on siis ylhäältä alaspäin ja toiminta toteutetaan huolellisesti sekä systemaattisesti. (Iivanainen & Syväoja 2016, 304; Hunt 2014.) Puhdistettaessa apupöytää desinfiointiaineella esimerkiksi 80%:lla A12T Dilutuksella, on tärkeää suojata omat kädet suojakäsineillä (Berner Oy/Pro 2013). Steriileiden pakkausten käyttöpäivä sekä eheys tarkistetaan desinfioiduin käsin, ennen niiden keräämistä (Pshp 2015; Kurvinen &



Terho 2013a). Kun kaksi sairaanhoitajaa toteuttaa steriilisti haavasidoksen vaihdon, tarvittavat välineet (taulukko 1) kerätään apupöydälle (kuva 2).

TAULUKKO 1. Haavanhoitoon tarvittavat välineet.

Käsidesinfektioaine	Haavasidos
Suu-nenäsuoja	Vuodesuoja
Tehdaspuhtaat suojakäsineet	Kaarimalja
Steriilit suojakäsineet	Pinsetit
Steriilejä taitoksia	Siirrettävä apupöytä
Pintojen desinfointiaine	Roskakori



Kuva 2. Haavanhoitoon tarvittavat välineet apupöydällä. Kuva: Juho Niemelä.

Kirurgisen alle 24 tuntia vanhan leikkaushaavan aseptinen hoito alkaa aina huolellisella käsien desinfektiolla. Käsidesinfektioainetta otetaan kuiviin käsiin 3–5 ml ja hierotaan vähintään 30 sekuntia. Ennen hoitoa käsien pesua tarvitaan ainoastaan, jos kädet ovat näkyvästi likaiset. (Kanerva & Tenhunen 2016, 115; Kurvinen & Terho 2013.)

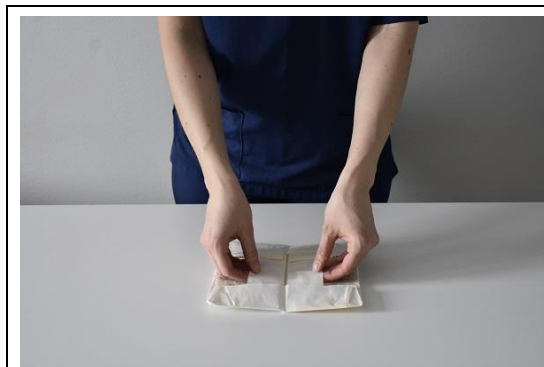
Kirurgisen haavan hoidossa tärkeää on työskentelyn suunnitelmallisuus ja hoitoympäristön puhtauden huomioiminen. Kirurgisen haavan sidoksen vaihto olisi hyvä tehdä aamulla ennen vuoteiden sijaamista tai kun huoneen siivoamisesta on kulunut kaksi tuntia.

Muita ympäristössä huomioitava asioita ovat riittävä valaistus ja rauhallisuus sidoksen vaihdon aikana. (Lapin sairaanhoitopiiri 2011.) Potilassänky on nostettava riittävälle korkeudelle sairaanhoitajan ergonomiaa ajatellen sekä sängyn laidat laskettava, jotta päästään työskentelemään mahdollisimman lähelle (Iivanainen & Syväoja 2016, 501; Kauranen 2017, 74; Tamminen-Peter & Wickström 2013, 31–32). Yleensä haavan hoidon ajaksi sänky suojataan vuodesuojalla ennakoiden mahdollista haavaeritystä tai verenvuotoa (Hietanen 2016a, 184). Haavanhoidossa on huomioitava potilaan intimiteettisuoja hyödyntämällä sermejä tai väliverhoja, kun hoidettava ihoalue paljastetaan (Iivanainen & Syväoja 2016, 490).

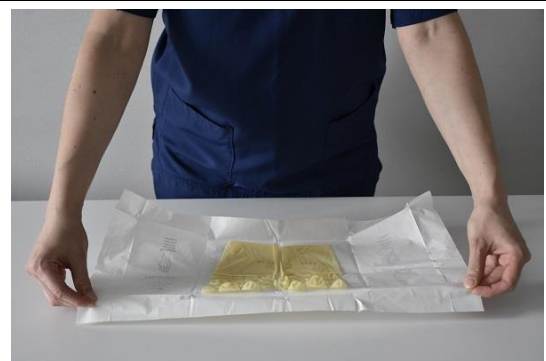
Suu-nenäsuojuksen pukevut molemmat sairaanhoitajat potilashuoneessa desinfioiduin käsin. Näin estetään syljen ja suun bakteerien pääsy kirurgiseen haavaan sidoksen vaihdon aikana. (Kanerva & Tenhunen 2016, 118; Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 296.) Kun suu-nenäsuojus on puettu, kädet tulee jälleen desinfioida (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 296). Suojaesiliinan käytöllä ei ole tarpeellista perustelua kirurgisen alle 24 tuntia vanhan haavan sidosvaihdossa, koska sitä käytetään yleensä vain sairaanhoitajan työasun suojelemiseen. Mikäli odotettavissa on runsasta verenvuotoa tai eritystä, on suojaesiliinan käyttö tarpeen. (Kanerva & Tenhunen 2016, 117; Viitala 2018; Vuorihuhta 2018.)

WHO eli World Health Organization on tehnyt määrittymisen, milloin on perusteltua käyttää tehdaspuhtaita tai steriilejä suojakäsineitä hoitotyössä (WHO 2009, 3). Alle 24 tuntia vanhan kirurgisen leikkaushaavan hoidossa käytetään steriilejä suojakäsineitä (Kanerva & Tenhunen 2016, 117; Routamaa & Ratia 2010, 161). Kahden sairaanhoitajan työskennellessä pystytään hyvin huolehtimaan steriilien välineiden käsittelystä. Avustava sairaanhoitaja toimii epästeriilinä ja avaa steriilejä pakkauksia toiselle sairaanhoitajalle, jonka työskentely tapahtuu steriilisti. Avustaja avaa sairaanhoitajalle steriilin suojakäsinepakkauksen, joka ottaa pakkauksen siirrettävälle apupöydälle. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 298.) Sairanhoitaja avaa steriilin suojakäsinepakkauksen apupöydällä varoen kontaminoimatta käsineitä ja desinfioituja käsiään. Steriilit käsineet puetaan kirurgista leikkaushaavaa ajatelleen avoimella tekniikalla (kuvio 4), eli kädet eivät ole minikään suojatakin sisällä. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 114; Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 299.) Ensimmäinen käsine puetaan dominoivaan käteen, joka suurimmalla osalla ihmisistä on oikea käsi. Paljaalla vasemmalla kädellä tartutaan vain käsineen taivutettuun osaan rannepuolelta, joka on ihoa vastaan tuleva puoli. Oikea käsi

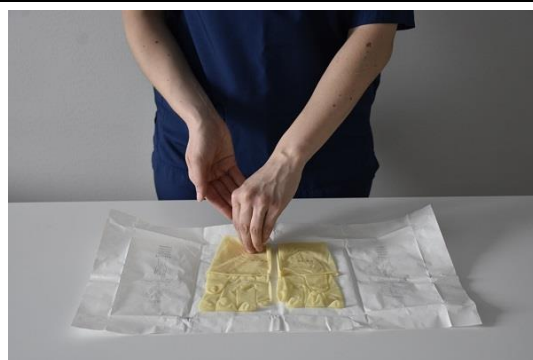
sujautetaan varovasti käsineen sisään vetäen käsinettä vasemmalla kädellä. Oikea käsi on nyt käsine kädessä steriili, joten vasenta käsinettä pukiessa pukemistapa on erilainen. Oikean steriilisti puetun käden sormet pujotetaan varovasti vasemman käsineen sormipuolelta taivutetun osan alle. Vasen käsine pujotetaan varovasti oikealla kädellä avustaen vasempaan käteen ja käsine vedetään ylös asti. Tämän jälkeen oikeaa käsinettä voidaan korjata vasemmalla kädellä, vetämällä käsinettä pidemmälle. (Doyle & McCutcheon 2015, Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 299.) Käsineiden istuvuuden parantamisessa pitää olla kuitenkin erityisen varovainen, ettei kontaminaatiota tapahdu. Käsineiden steriiliydestä tulee olla täysin varma, muuten käsineet tulee vaihtaa uusiin. Steriilit kädet pidetään vyötärölinjan yläpuolella ja varotaan koskemasta omia vaatteita. (Doyle & McCutcheon 2015.) Steriilit käsineet kädessä sairaanhoitaja siirtyy kauemmaksi apupöydästä ja avustaja siirtää käsinepakkauksen paperin apupöydältä roskiin. Kyseisellä toiminnolla välteetään steriilien käsineiden kontaminaatio. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 337–338; Pshp 2017a.)



Pakkaukseen tartutaan molemmiin käsin.



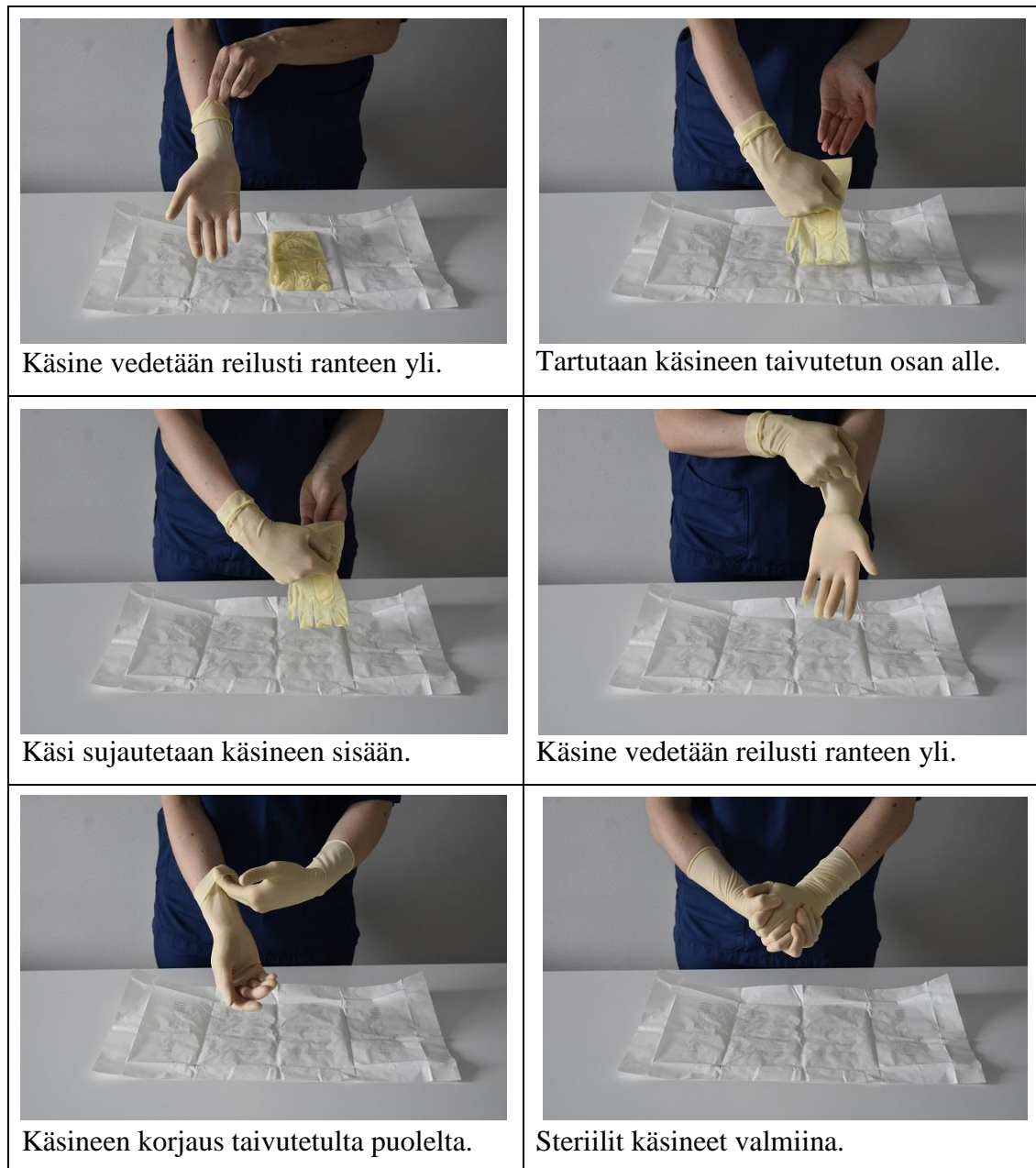
Pakkaus avataan kokonaan auki.



Tartutaan käsineen taivutettuun osaan.



Käsi sujautetaan käsineen sisään.



KUVIO 4. Steriilien käsineiden pukeminen. Kuvat: Andrea Nybom.

Avustava sairaanhoitaja valmistautuu haavasidoksen poistoon varaamalla roskakorin haavanhoitotilan viereen. Avustava sairaanhoitaja desinfioi kädet, jonka jälkeen hän pukee tehdaspuhtaat suojakäsineet. Mikäli haavasidos on tarttunut haavaan kiinni, voidaan käyttää apuna steriiliä instrumenttia sidoksen irrottamiseen (Pshp 2015). Kuitenkin haavasidoksen käsittely on helpompaa omin sormin tehdaspuhtaat käsineet kädessä (kuva 3) ja tällöin myös turvallisempaa potilaan iholle, kuin instrumenttia käyttäen. Haavasidoksen reunaan koskettaessa kyseessä ei tarvitse olla steriili materiaali, kuten instrumentti tai käsine, sillä sidoksen reunoja pidetään aina epästeriileinä. (Pickering & Marsden 2015;

Viitala 2018; Vuorihuhta 2018.) Haavasidoksen irrotuksen jälkeen eritteinen sidos laitetaan suoraan jätteisiin, jonka jälkeen poistetaan kontaminoituneet käsineet ja desinfioidaan kädet huolellisesti (Pshp 2015).



Kuva 3. Haavasidoksen poistaminen. Kuva: Juho Niemelä.

Haavasidoksen poiston jälkeen avustava sairaanhoitaja siirtyy avustamaan sairaanhoitajaa steriilissä toimenpiteessä. Sairaanhoitaja odottaa steriilit käsineet käsissä valmiina uuden haavasidoksen laittoon (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 337–338 & 350; Pshp 2017b). Haava olisi hyvä puhdistaa, jos haavan ympäröivälle iholle on erittänyt runsaasti verta ja kudostenestettä, koska eritteinen haava-alue on kasvualustana bakteereille (TYKS 2011, 15). Mahdollinen haavasta vuotanut veri ja erite voidaan puhdistaa imeyttämällä ne kevyesti painaen steriiliin taitokseen (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 22; Hietanen 2016a, 204). Mahdollisen puhdistuksen jälkeen uusi haavasidos voidaan asettaa haavan päälle. Avustava sairaanhoitaja avaa haavasidospakkauksen desinfioiduin käsin sairaanhoitajalle, joka ottaa steriilein käsinein haavasidoksen käsiinsä (Pshp 2017b). Sairaanhoitaja valmistautuu haavasidoksen laittoon varmistamalla oikean otteen eli kädet koskettavat vain irrotettavia suojapapereita eikä haavasidoksen vaahtotyynyä (Mölnlycke Health Care 2013a). Ennen haavasidoksen asettamista haavan päälle otetaan ote suojapaperista, jossa ei ole taitosta, ja lähdetään vetämään paperia pois. Tämä osa haavasidoksesta, josta paperi on otettu pois, asetetaan haavan päälle. Kun puolet haavasidoksesta on haavan päällä, irrotetaan varovasti toinen suojapaperi vetämällä paperin

taitoksesta samalla painaen toisella kädellä loput haavasidoksesta kiinni ihoon. Haavasidoksen liimareunat käydään vielä painaen läpi, jolla varmistetaan haavasidoksen pitävyyttä. (Mölnlycke Health Care 2013a.)

Haavasidoksen laiton jälkeen steriileiden käsineiden oikea riisumistapa on, että dominoivalla kädellä tartutaan toisen käsineen kämmenen alaosan ulkopintaan. Käsine vedetään pois niin, että likainen puoli kääntyy käsineen sisälle. Riisutun käsineen voi jättää siihen käteen, jossa on vielä steriili käsine tai pudottaa suoraan roskakoriin sen ollessa lähettyvillä. Paljaan käden sormet työnnetään käsineen ranneosan sisäpuolelle ja käsinettä työnnetään kääntämällä käsine pois kädestä. Käsineet kuuluu laittaa suoraan jätteisiin ja tämän jälkeen välittömästi desinfioida kädet. (Doyle & McCutcheon 2015; Rautava-Nurmi ym. 2013, 104.) Käsien desinfiointin jälkeen kasvoilta riisutaan suu-nenäsuojus tarttumalla ainoastaan sen kiinnitysnauhoihin. Suu-nenäsuojus laitetaan suoraan roskakoriin ja tämän jälkeen kädet tulee jälleen desinfioida. (Kanerva & Tenhunen 2016, 118; Rautava-Nurmi ym. 2013, 107.)

Haavasidoksen vaihdon jälkeen potilasta ohjataan ilmoittamaan, jos kipua ilmenee tai se voimistuu. Hoitotoimenpiteet sekä haava-alueen koskettaminen voivat aiheuttaa potilaalle lisääntyvää kipua. (Malmgren & Kontinen 2016, 91.) Sairaanhoitajan on myös ohjattava potilasta kertomaan, jos havaitsee haavasidoksessa uutta runsasta vuotoa tai jotain muuta poikkeavaa olossaan (Hietanen 2016a, 204 & 220; Juutilainen & Hietanen 2016, 61; Rautava-Nurmi ym. 2013, 240).

### **3.3 Hyvä opetusvideo**

Jokaisella ihmisellä oma tapansa oppia ja uuden oppimisen perustana on aiemmin opitut asiat (Erilaisten oppijoiden liitto ry 2018; Ursin & Ursin 2002, 44). Tutkittu tieto on osoittanut, ettei ole enää yhtä ainoaa tapaa opettaa. Tämän vuoksi nykypäivänä opetus on monimuotoisempaa ja tarkempaa kuin ennen, koska osataan huomioida erilaiset oppijat. Avuksi on tullut teknologia tukemaan erilaisia oppijoita, sekä mahdollistamaan opiskelijan itseohjautuvuutta. (Ursin & Ursin 2002, 118; Vainionpää 2006, 26–27; Toivola, Peura & Humaloja 2017, 97.)

Visuaalinen oppija saa parhaan hyödyn opetusvideosta, koska tällöin oppiminen tapahtuu katselemalla ja näkemällä (Eriolaisten oppijoiden liitto ry 2018). Videon vahvuutena opetuksessa on yleensä tunteen herättäminen, sekä auttaa opiskelijaa oivaltamaan, oppimaan ja muistamaan sisällön. Tämän vuoksi video on yleensä parempi kuin kuvaileva teksti. (Ailio 2015, 4–6.)

Opetusvideota tehtäessä, on mietittävä jokaisessa vaiheessa mitä oppimisella tavoitellaan (Kotila 2012, 27). Videon tekeminen koostuu neljästä tärkeästä työvaiheesta: käsikirjoitus, kuvaus, editointi ja julkaiseminen (Ailio 2015, 4–6). Videon tekeminen lähtee ideasta tai visiosta, jonka jälkeen se kirjoitetaan käsikirjoitukseksi. Laadukkaan videon takana onkin hyvä käsikirjoitus, jonka varaan koko työ on rakennettu. Käsikirjoittaminen on prosessi, jota kirjoitetaan vaihe vaiheelta. (Aaltonen 2002, 12–14; Apogee Oy 2013.) Kuvausvaihe voi olla hektinen ja teknisesti ongelmia tuottava, jolloin käsikirjoitus on tukipilari, jotta muistetaan tehdä ja kuvata kaikki oleellinen (Ailio 2015, 6). Kuvaajalle käsikirjoituksen on oltava huolellinen, jotta hän tietää tarkalleen mitä materiaalia kuvauksella halutaan. Kuvausvaihe vaatii aikaa ja suunnitelmallisuutta, jotta leikattavaa materiaalia on tarpeeksi. Leikkaamisen tehtävänä on korostaa materiaalin asiasisältöä koostamalla sekä karsimalla. Ennen videon julkaisua on tarkistettava tekniset ja ilmaisulliset asiat, kuten värisävyt sekä äänen tasot. Hyvä video on visuaalisesti kaunis ja houkutteleva. (Ailio 2015, 6–7.)

Opetusvideon avulla pyrimme luomaan mahdollisimman selkeän kokonaisuuden työjärjestyksestä, jota opiskelija voi pohtia ja aina palata katsomaan. Näin hän täydentää omaa älyllistä kaavaansa aiheesta ja kokonaisuus opitusta hoitoprosessista muotoutuu omaan ajatteluun. (Ursin & Ursin 2002, 104.) Opetusvideon äänitetyllä dialogilla pyritään saamaan vuorovaikutuksellinen yhteys katsojaan, joka auttaa saavuttamaan uuden asian ymmärrettävyyden (Ojanen 2009, 61). Videon äänityksellä pyritään ottamaan kuulijat huomioon siten, että kieli olisi selkeää mutta rikasta. Tämä lisää opiskelijan oppimishalukkuutta. (Ursin & Ursin 2002, 110.)

Opetusvideossamme huomioidaan tilaajan eli Tampereen ammattikorkeakoulun toiveet videon toteutuksen suhteen sekä käyttötarkoitus kirurgisen hoitotyön orientoivassa harjoittelussa. On ajateltava kohderyhmää, jotka ovat sairaanhoidon keskivaiheen opiskelijat. Tällöin huomioidaan opiskelijoiden ammattiosaaminen tässä vaiheessa opintoja.

Tampereen ammattikorkeakoulu määrittelee opetussuunnitelmassaan sairaanhoitajaopiskelijan tietotaidon keskivaiheen opinnoissaan:

Keskivaiheen opintojen aikana opiskelija kehittää kliinistä osaamistaan hoitotyön eri alueilla sekä osaa määrittää eri-ikäisten potilaiden / asiakkaiden hoitotyön tarpeita sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida näiden hoitotyötä yhteistyössä potilaiden / asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa. Opiskelija käyttää eri tieteenalojen tietoa oman toimintansa perustana. Opiskelija osaa ohjata ja tukea potilaita / asiakkaita itsehoidossa. Opiskelija osaa toimia moniammatillisessa yhteistyössä potilaiden / asiakkaiden edun mukaisesti. Opiskelija osaa arvioida kriittisesti omaa työtään. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2018a.)

Tampereen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmassa kirurgisen hoitotyön orientoivan harjoittelun osaamistavoitteena opiskelijoiden on osattava ohjata kirurgista potilasta pre- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Lisäksi opiskelijoiden on osattava hoitaa kirurgista haavaa aseptiikan periaatteita noudattaen sekä potilasturvallisuutta edistäen. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2018b.) Näin ollen opetusvideomme haavasidoksen vaihdosta kirurgiseen haavaan tukee opetussuunnitelmaa ja opiskelijoiden ammatillista kehitystä.



## 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan kehittäminen, ohjeistaminen, järjestäminen tai järjeistäminen. Opinnäytetyön tulee aina pohjautua ammatti-teoriaan ja tuntemukseen, joka koostuu kahdesta kokonaisuudesta. Osuudet ovat toiminnallinen osuus eli produktio sekä kirjallisen opinnäytetyöraportin eli opinnäytetyöprosessin dokumentointi ja arviointi. (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius & Sundqvist 2006.) Tavoitteena ei ole saada aikaan tutkimusta, vaan toiminnallisessa opinnäytetyössä lopputuloksena on yleensä opas, ohjekirja, video tai tapahtuma (Vilkkä & Airaksinen 2004, 6).

Tärkeää opinnäytetyön tekstissä on näkyä tekemisen ja kirjoittamisen vuorovaikutus, jolloin lukijalle selviää mitä on tehty, miksi ja miten. Vaikka opinnäytetyö on toiminnallinen, tekstistä on myös selvittävä, miten tuotokseen on päästy sekä kuinka se on tehty. Tekijän oma arvio omasta oppimastaan työhön liittyen on myös tärkeää. Valinnat ammatitieteoriasta tulee näkyä toiminnallisessa tuotoksessa ja ne pitää olla perusteltuna opinnäytetyön raportissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42, 65.)

Toteutamme opinnäytetyömme toiminnallisena, jonka tuotoksena on opetusvideo. Opinnäytetyömme idea on lähtöisin Tampereen ammattikorkeakoululta, joka on tällöin yhteistyökumppanimme. Sen rooli on tärkeä välittäen meille tiedon siitä, millainen opetusvideo on toiveena. Tampereen ammattikorkeakoululta tullut toive tehdä opetusvideo aiheesta "Haavasisidoksen vaihto kirurgiseen haavaan" viestittää, että kyseisestä aiheesta on toteuttaa opetusvideo opetuksen tueksi.

### 4.2 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyömme toteuttaminen alkoi keväällä 2017, jolloin päätimme tehdä opinnäytetyötä yhdessä. Saimme myös keväällä tietoomme opinnäytetyön etenemissuunnitelman (taulukko 2). Kiinnostuksen aiheemme olivat samanlaiset, koska suuntaudumme sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön ja halusimme opinnäytetyön aiheen liittyvän viimeisen vuoden opintoihimme. Saimme opinnäytetyömme aiheeksi juuri haluamamme teeman,

joka liittyi kirurgiseen hoitotyöhön ja oli käytännönläheinen. Kesän aikana opinnäytetyöhön käytettäviä lähteitä etsittiin jonkin verran ja kirjattiin talteen syksyä varten.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön toteutuksen aikataulu

<b>5/2017</b>	Orientaatio opinnäytetyöhön, analyysitehtävä
<b>5/2017</b>	Aiheen valinta
<b>8/2017</b>	Tiedonhaku
<b>16/8/2017</b>	Työelämän tapaaminen
<b>1/9/2017</b>	Ideaseminaari
<b>10/2017</b>	Kohdennetut metodiopinnot, toiminnallinen opinnäytetyö
<b>10/2017</b>	Tutkimusluvan haku
<b>11/10/2017</b>	Suunnitelmaseminaari
<b>11/2017</b>	Ohjaustapaaminen, missä nyt mennään
<b>23/11/2017</b>	TAMK tutkii ja kehittää, esitysseminaarien seuraaminen
<b>26/1/2018</b>	Hygieniahoitajan tapaaminen
<b>1/2/2018</b>	Tiedonhaun työpaja ja ohjaus
<b>9/2/2018</b>	Videon kuvaus
<b>19/2/2018</b>	Käsikirjoitusseminaari
<b>16/4/2018</b>	Virallinen opinnäytetyön palautus
<b>26/4/2018</b>	TAMK tutkii ja kehittää posterit
<b>5/2018</b>	Esitysseminaari
<b>6/2018</b>	Opinnäytetyö Theseukseen tai kirjastoon

Opinnäytetyömme eteneminen jatkui kunnolla seuraavan kerran vasta syksyllä 2017, kun lähdimme hakemaan tietoa tiedonhaun tuntien avulla sekä tapasimme työelämäpalaverissa opinnäytetyömme ohjaajan. Ideaseminaarissa esittelimme opinnäytetyömme aiheen ja siitä nousseet ideat, miten lähdimme työtä kirjoittamaan. Tiedonhaun kirjallisesta tehtävästä sekä metodi-opinnoista saimme lisätietoa työn tekemiseen ja miten toiminnallinen opinnäytetyö toteutetaan. Suunnitelmaseminaarissa saimme ensimmäisen kerran vertaisarviointia työstämme. Pian seminaarin jälkeen saimme työllemme tutkimusluvan ja marraskuussa osallistuimme ”TAMK tutkii ja kehittää” esittelyseminaariin tutustuen jo valmiisiin opinnäytetöihin. Tapasimme myös säännöllisin väliajoin opinnäytetyömme ohjaajaa.

Vuoden vaihteen aikaan opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat olivat selvitetty ja teorian kirjoittaminen edistyi hyvin. Alkuvuodesta 2018 kävimme opinnäytetyön ohjauksessa muutamia kertoja sekä tapasimme Taysin asiantuntijoita opinnäytetyöhömmen liittyen. Opetusvideon kuvaaminen järjestettiin yhtenä päivänä ja tällöin tarvittava materiaali saatiin kasaan. Helmikuussa tapasimme käsikirjoitusseminaarin merkeissä ohjaajamme ja vertaisarvioijamme. Keväällä 2018 viimeistelimme opinnäytetyömme ja editoimme opetusvideon lopulliseen muotoon. Huhtikuussa palautimme valmiin opinnäytetyömme ja valmistauduimme toukokuussa tulevaan esitysseminaarin.

Opinnäytetyöhömmen olimme etsineet tietoa monipuolisesti eri lähteistä, ennen kuin aloitimme kirjoittaa teoreettisia lähtökohtia. Saimme hyvin apua tiedonhaunkurssilta ja etenkin siihen suunnatusta tehtävästä. Tehtävän avulla opimme muodostamaan hyviä hakusanoja, jotka rajasivat oman aiheemme. Myös kirjastosta saatavat kirjat ja tieteelliset artikkelit olivat tärkeässä roolissa kirjoittaessamme teoreettisia lähtökohtia. Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston tieteelliset lehdet ja muut artikkelit pyrimme käymään laajasti läpi. Kävimme myös kirjaston tiedonhakupajassa saamassa apua englanninkielisten tieteellisten artikkeleiden hakemiseen.

Muodostimme muutaman perushakulauseen, joita muokkaamalla löysimme meille sopivia lähteitä. Hakulauseidemme perusrunko:

Asepsis AND surgical wound.

Haava AND postoperii\* hoi\*.

Haava AND postoperii\* hoi\* NOT kroon\* diabe\*.

Tiedonhaunopettajaltamme saimme hyvää palautetta etenkin CINAHL:n hakukokeiluista (taulukko 3). Olimme hyvin osanneet hakea aihetta monesta eri näkökulmasta, kuitenkin pysyen omassa opinnäytetyömme aiheessa.

TAULUKKO 3. CINAHL-haku

Hakulauseen kuvaus	Hakutyypit/ muut hakuehdot	Hakutulosten lukumäärä
<b>surgical wound care</b>	2007-2017	<b>536 kpl</b>
<b>Surgical wound care AND postoperative AND dressing for wounds</b>	2007-2017	<b>23 kpl</b>
<b>surgical wound AND evidence based</b>	<b>2007-2017</b>	<b>329 kpl</b>

Tietoa saimme myös tapaamisessa Taysin vastaavan hygieniahoitajan Vuorihuhdan sekä sairaanhoitaja Viitalan kanssa. Tapaamisella saimme hyvää tietoa käytännön työstä ja asioista mitä haavanhoitoon liittyy. Olimme myös sähköpostitse yhteydessä Taysin eri osastoihin, joissa hoidetaan kirurgisia haavoja. Viestimme liittyi kirurgisen haavan hoitoon, kuinka osastoilla toimitaan alle 24 tuntisen haavan kanssa ja mitä haavasidosta kyseisillä osastoilla käytetään. Yhtenäiset vastaukset tukivat jo teoriasta saamamme tietoa.

### 4.3 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista syntyi tuotoksena opetusvideo haavasidoksen vaihdosta kirurgiseen haavaan. Opetusvideo koostuu alussa tekstitäyhteisistä dioista, jonka jälkeen alkaa toiminnallinen video-osuus. Teksti-osuudessa opiskelijalle kerrotaan lyhyesti teoretietoa, johdatellaan aiheeseen sekä samalla haastetaan opiskelijaa pohtimaan omaa päätöksentekoaan haavasidoksen vaihtoon. Kyseisistä teksteistä on tehty lyhyitä ja ytimekkäitä, jolloin ne ovat helposti luettavissa (Keränen & Penttinen 2007, 171). Lisäksi opittavan asian sisäistämistä edistää äänitetyt kerronnat mitä videolla näkyy tai lukee, jolloin se on katsojalle helpompi sisäistää ja oppia.

Toiminnallisessa videossa näytetään sairaanhoitajan toiminta vuodeosastolla ja kuinka haavasidos vaihdetaan kirurgiseen haavaan. Video on kuvattu työvaiheittain; haavan tarkistus, välineiden keräys, aseptiikan huomioiminen, sidoksen vaihto sekä potilaan ohjaus. Opetusvideolla kuvatut asiat perustuvat kirjallisen raportin teoreettisiin lähtökohtiin, jotka ovat kuvattu työssämme sivulla 7 olevassa viitekehyksessä. Opetusvideon kesto on 7 minuuttia 22 sekuntia. Video rakentui käsikirjoituksesta, joka oli suunniteltu huolellisesti ennen kuvausta. Apogee Oy:n (2013) mukaan hyvän käsikirjoituksen ansiosta työskentely kuvauksissa on sujuvaa ja kaikki tietävät mitä seuraavaksi tapahtuu. Käsikirjoitus on opinnäytetyön liitteenä (liite 1), jossa on tarkasti kuvattu videon vaiheet ja siinä huomioitavat asiat.

Opetusvideo kuvattiin yhden päivän aikana Tampereen ammattikorkeakoulun hoitotyön orientoivan harjoittelun luokkatiloissa. Videon kuvaustilanne lavastettiin, kohtaukset olivat näyteltäviä ja potilasta näyttelevälle henkilölle maskeerattiin kirurginen haava vatsaan.

Luokkatilan ympäristöä lavastettiin ja muokattiin puitteiden mukaan, jotta saatiin mahdollistettua hyvä valaistus ja kuvakulmat sekä sairaalamainen tunnelma. Kuvauspäivänä luonnonvalo mahdollisti hyvän värilämpötilan ja tasaisen valaistuksen (Apogee Oy 2013). Opetusvideon sairaalamaista tunnelmaa loi myös näyttelijöiden potilasasu sekä hoitajien työvaatteet.

Erilaiset kuvakulmat videon aikana tuovat mielenkiintoa katseluun ja niillä pyrittiin havainnollistamaan erilaisia asioita, kuten esimerkiksi käsidesinfektioaineen käyttöä. Eri-tyisesti haavasidoksen poistaminen ja uuden sidoksen asettaminen pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman antoisasta kuvakulmasta ja läheltä. Näin katselija näkee tarkasti mitä tilanteessa tapahtuu ja näkemällä oppiminen toteutuu. Jokaisessa video-otoksessa tausta mietittiin tarkkaan, taustalta poistettiin turhat elementit sekä hyödynnettiin luokkatilan tykkiverhoa, kun haluttiin hyvin pelkistettyjä otoksia. Tällä tavoin katsojan huomio keskittyy olennaiseen. (Apogee Oy 2013.)

## 5 POHDINTA

### 5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön ollessa luotettava ja eettisesti hyväksyttävä, on huolehdittava hyvän tieteellisen käytännön edellyttämien keinojen toteutumisesta. Tällöin näkökulmiksi tulevat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus työtä tehdessä. Opinnäytetyössä on kunnioitettava lähteiden alkuperää ja täten lähdemerkinnät ovat merkittävä oikein. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tässä opinnäytetyössä lähteiden luotettavuutta on arvioitu ja pohdittu, jotta materiaali olisi opetuksen näkökulmasta mahdollisimman kattava ja ajantasainen. Luotettavuutta opinnäytetyölle tuo lähteiden moninaisuus ja kansainvälisyys, mutta myös tiedonlähteissä usein esiintyvät kirjoittajat. Tämä tarkoittaa kirjoittajalla olevan auktoriteettia alallaan ja tunnettavuutta kirjoittamastaan aiheesta. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.) Tässä työssä lähteiden vuosijakauma pyrittiin pitämään 2007–2018, jotta tieto varmasti olisi uusinta ja näin ollen luotettavinta sekä ajantasaista tietoa. Suhtauduimme työssämme lähteisiin kriittisesti.

Tekstiviittauksiin ja lähdemerkintöihin on panostettu tarkastamalla ne useasti ja huolehtimalla niiden oikeanlaisesta merkitsemistavasta Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeiden mukaisesti. Hyödynsimme myös Tampereen ammattikorkeakoulun tarjoamia pajoja liittyen lähteisiin ja niiden merkitsemiseen. Tekstissä on huomioitu huolellisesti lähteiden keskustelu ja moninaisuus. Tekstiä ei ole plagioitu ja niiden alkuperää on kunnioitettu viittauksissa. Kaikki opinnäytetyössä esiintyvät kuvat ovat tulleet työmme valmistumisen aikana. Tekijänoikeuksista on huolehdittu merkitsemällä valokuvien ottajat selkeästi. Opinnäytetyön tuotos eli opetusvideo on tekijänoikeuslailla suojattu, koska se on uusi teos. Näin ollen opetusvideon tekijänoikeus kuuluu sen tekijöilleen. (Keränen & Penttinen 2007, 150–151.)

Työmme aihe oli tarkkaan rajattu ja käytäntöön painottuva, joten esimerkiksi selkeää tutkimusta työvaiheista kuinka haavasidos vaihdetaan ei löytynyt. Yllätyksenä tuli, kuinka vähän aiheesta löytyi tietoa ja materiaalia. Tietoa kuitenkin olisi löytynyt runsaasti yleisesti muista haavoista, etenkin kroonisista haavoista ja niiden hoidosta. Työssämme tieto kuitenkin täsmennettiin juuri kirurgiseen haavaan, joka on alle 24 tuntia vanha. Tämä toikin haastavuutta löytää työhömmme konkreettista tietoa kirurgisen haavan sidoksen

vaihdosta ensimmäisten 24 tunnin aikana. Eri sairaanhoitopiirien ohjeistuksista löytyi tietoa, että haavasidoksen vaihto tulee tehdä steriilisti, mutta sen tarkemmin tietoa itse hoitotapahtumasta ei löytynyt. Tarkkoja toimintaohjeita oli haastavaa löytää, joten löydettyjä tietoja aiheesta piti itse yhdistellä ja samalla varmistaa niiden oikeellisuus. Tällä tavoin usean eri lähteen kertoessa yhtenäistä tietoa, pystyimme toteamaan sen olevan luotettavaa.

Työn perustana oli huomioida kohderyhmä, jolle opetusvideo tuotettiin. Kohderyhmän ollessa keskivaiheen sairaanhoitajaopiskelijat, tiesimme heidän omaavan jo perustiedon esimerkiksi aseptiikasta. Tällöin koimme, ettei kovin syvää perustelua tähän aiheeseen tarvittu, vaan huomio keskitettiin työmme olennaiseen asiaan eli kirurgisen haavan sidoksen vaihtoon alle 24 tunnin aikana. (Vilka & Airaksinen 2003, 40.) Kaikki videolla näkyvät kohtaukset ovat tarkkaan mietitty ja korostettu tekijöiden mielestä olennaisia asioita. Etenkin aseptiikka ja steriiliys hoitotoimissa haluttiin tuoda selkeästi ja rauhallisesti esille vaihe vaiheelta. Opetusvideon ei haluttu olevan pelkästään kerronnallinen vaan myös laittaa katsojaa itse pohtimaan, kuinka toimisi haavasidoksen vaihdossa. Tämä lisää katsojan aktiivisuutta ja samalla tukee oppimista.

Luotettavuutta työllemme tuo toisen opinnäytetyöntekijän saama tieto harjoittelusta kirurgisella vuodeosastolla, jossa steriilisti tapahtuvaa haavasidoksen vaihtoa tapahtuu. Tällöin saimme varmistusta jo löytämiimme tietoihin ja valmiiseen tuotokseen. Eettisyyden kannalta halusimme olla yhteydessä Taysin hygieniahoitajaan opinnäytetyön prosessin aikana, jolta saimme tapaamisella luotettavuutta työhömmme, sekä tietoa aseptiikan tärkeydestä ja sen toteutumisesta käytännössä. Olimme myös yhteydessä Taysin moniin osastoihin, joissa hoidetaan kirurgisia haavoja. Tiedustelimme osaston käytäntöjä liittyen haavasidoksen vaihtoon. Hyödyllistä tietoa saimme etenkin siitä, millaista haavasidosta useammilla osastoilla käytetään alle 24 tuntia vanhaan kirurgiseen haavaan. Näin ollen opinnäytetyössämme oleva teoretinen tieto ja opetusvideolla näkyvä materiaali on luotettavaa ja käytännössäkin toteutuvaa.

Opinnäytetyön molemmat tekijät ovat näkemisen ja tekemisen kautta oppivia, joten työn tuotos pohjautuu tekijöiden omiin tunteuksiin sekä kokemuksiin, siitä kuinka oppiminen tapahtuu parhaiten. Opetusvideo on myös näytetty henkilöille, jotka eivät ole hoitoalalla ja huomioitu heidän kommenttinsa sekä mielipiteensä videon opettavuudesta ja selkeydestä. Tekstiosuudessa koimme tarpeelliseksi selkeyttää ja havainnollistaa asioita

kuvilla, koska useimmille näkemisen kautta oppiville tämä tukee oppimista. Kuvat myös tekevät lukemisesta mielekäästä ja mielenkiintoista. Työtä tehdessä panostimme myös tekstiosuuden estetiikkaan luomalla erilaisia kuvioita ja taulukoita, näissä huomioiden myös yhtenäinen värimaailma.

## 5.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyömme eteni suunnitelmien mukaan ja koimme hyväksi, että suunnittelimme opinnäytetyömme prosessin aikataulun huolellisesti. Tällöin myös opettajan oli mahdollista arvioida, onko työn eteneminen suunnitelman mukaan realistista, ja tulisiko joitain asioita tehdä aikaisemmin tai jättää myöhemmäksi (Vilka & Airaksinen 2003, 27). Työstämme koostui toimiva ja yhtenäinen kokonaisuus, jonka tuotoksena syntyi laadukas opetusvideo. Jo alkuvaiheessa hyvin rajatun aiheen ansiosta johdonmukaisuus säilyi kirjallisessa raportissa koko prosessin ajan. Tähän halusimmekin erityisesti panostaa miettimällä tekstirakennetta, joka lisäsi lukemisen sujuvuutta ja ymmärrettävyyttä. Etenkin sisällysluettelon selkeys viestittää lukijalle, mikä on ollut koko opinnäytetyön punainen lanka ja tällöin myös työn kokonaisuus hahmottuu.

Videon kuvaaminen onnistui mielestämme hyvin, sillä olimme valmistautuneet kuvauksiin laatimalla perusteellisen käsikirjoituksen. Lisäksi kävimme kuvausta edeltävänä päivänä varamaassa tarvittavat välineet videota varten ja suunnittelemassa tulevaa kuvausta. Kävimme myös läpi eri työvaiheet sekä mietimme valmiiksi parhaita mahdollisia kuvauskulmia. Kuvauspäivänä saimme kuvattua videon yhden vuorokauden aikana ja kuvasimme hoitotoimenpidetilanteita useasti, jotta lopputuloksesta tuli virheetön erityisesti aseptiikan näkökulmasta. Lisäksi toisena tärkeänä tavoitteena oli saada videosta mahdollisimman opettavainen ja koemme onnistuneemme siinä hyvin. Vaikka työmme keskiössä oli kirurgisen haavan hoito, tuli videossa esille myös potilaan kokonaisvaltainen hoito. Kaikessa hoitotyössä on osattava huomioida monia asioita kuten muun muassa ohjaus, intimitettisuoja ja ergonomia.

Opetusvideon kuvaus (kuva 4) sekä editointi ulkoistettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun mediatekniikan opiskelijalle, koska halusimme työstä mahdollisimman laadukkaan. Editointi toteutettiin Adobe Premiere Pro ohjelmalla. Videoon äänitettiin erikseen kertojan osuudet. Haastavuutta laadukkaisiin äänitteisiin toi sopivan mikrofonin löytyminen.



Lopulta iPhoneen saneluohjelman avulla saatiin äänitettyä suljetussa tilassa parhaimman laatuiset äänitteet. Videon suunnittelussa, kuvauksen aikana sekä editoinnissa huomioitiin ja kunnioitettiin editoijan näkemyksiä sekä ammattitaitoa. Opetusvideoon halusimme taustalle rauhallista musiikkia, jottei hiljaiset hetket videolla tuntuisi tyhjiltä. Opetusvideolla soiva musiikki löytyi Free Music Archive sivustolta. Kappaleeksi valikoitui Borrtexin kappale Motion. Musiikki tuo rauhallisuutta videolla tapahtuvaan työskentelyyn ja on samalla katsojalle mielekästä.



Kuva 4. Videon kuvaustilanne. Kuva: Andrea Nybom.

Yhteistyömme Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa sujui ongelmitta ja yhteisymmärryksessä. Halusimme huomioida tilaajan toiveet työtä tehdessä, jotta lopputuloksesta tuli laadukas. Arvostimme työelämäyhteyden mielipiteitä ja näkemyksiä kirjallisen raportin ja opetusvideon suhteen. Ongelmatilanteissa olimme yhteydessä opinnäytetyömme ohjaajaan, joka toimi samalla työelämäyhteyshenkilönä. Työhön oli aluksi suunnitelmassa tehdä steriili pöytä ja haavan puhdistus, mutta työelämäyhteyden toiveesta jätimme nämä pois. Opetusvideon lopputulosta ja luotettavuutta ajatellen nämä päätökset olivat oikeat ja tällöin pysyimme opinnäytetyön tavoitteessa. Tapaamisemme Taysin hygieniahoitajan ja sairaanhoitajan kanssa selkeytti ajatustamme, siitä miten haavasidoksen vaihto käytännössä tapahtuu. Erityisesti saimme varmistusta, että haavasidoksen vaihto tehdään

parityönä, jolloin aseptiikka toteutuu ja mahdolliseen verenvuotoon pystytään reagoimaan. Tapaaminen oli opinnäytetyöprosessia ajatellen hyödyllinen ja saimme kannustusta työn aiheen tärkeydestä. Tämä motivoi meitä panostamaan ja syventymään aiheeseen vielä syvemmin.

Koimme opinnäytetyön aiheen tärkeäksi, koska aiheesta ei löydy paljoa konkreettista tietoa ja haavasidoksen vaihto pohjautuu sairaanhoitajan ammattitaitoon sekä arviointikykyyn. Useastikin sairaanhoitajan työskentelyn vahvuutena on oma intuitio, joka kehittyy kokemusten ja oivallusten kautta. Näin halusimme tukea tulevien sairaanhoitajien itsevarmuutta ja osaamista toimia alle 24 tuntia vanhan kirurgisen haavan kanssa. Opinnäytetyössä olemme päässeet tähän tavoitteeseen. Tärkeänä osana työn tekeminen parityönä opetti parityöskentelytaitoja ja aikatauluttamisentaitoja. Tulevassa sairaanhoitajan ammatissa on osattava luottaa kollegaansa ja työskennellä tiiminä. Opinnäytetyön tekeminen kehitti molempien tiimityöskentelytaitoja ja kykyä luottaa toisen työpanokseen. Työ tehtiin tasapuolisesti ja molempien näkemys sekä mielipide tuli julki työtä tehdessä.

### **5.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä ja tarpeellinen, koska kliiniseen tutkimukseen perustuva tietoa on hyvin vähän (Infektioiden torjunta sairaalassa 2005, 240). Opinnäytetyömme aihetta ei ole tutkittu lääketieteessä eikä hoitotieteessä, vaan käytännön toteuttamisen tutkiminen putoaa näiden alojen väliin. Selkeiden ohjeistuksen puuttuessa sairaanhoitajan toiminta kirurgisen haavan hoidossa nojautuu jokaisen työntekijän omaan ammattitaitoon ja tietämykseen. Näin ollen koemme tarpeelliseksi tutkia tulevaisuudessa kirurgisen haavan sidoksen vaihdon käytännönprosessia työelämässä ja sen toteutumista erityisesti aseptiikan näkökulmasta.

Jatkotutkimusehdotuksemme on tehdä kvantitatiivinen havainnoiva tarkkailu jollakin vuodeosastolla, jossa hoidetaan alle 24 tuntia vanhoja kirurgisia haavoja. Tutkimuksessa selvitettäisiin sairaanhoitajien toiminta haavasidoksen vaihdossa ja kuinka sen eri vaiheet toteutuvat. Lisäksi tarkkailtaisiin aseptiikan toteutumista ja selvitettäisiin mahdollisten haavainfektioiden syntymistä. Mahdollisten kompastuskivien esiin tullessa hoitotyötä pystyttäisiin kehittämään turvallisempaan suuntaan ja näin ollen yhteiskunnan varoja säästyisi.

## LÄHTEET

Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut: Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ailio, J. 2015. Vähän parempi video: Opas laadukkaaseen videon suunnitteluun ja toteutukseen. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Apogee Oy. 2013. Videotuotannon perusteet. Apogee Productions. Koulutusmateriaali. [pdf] Luettu 1.4.2018. <https://www.apogee.fi/wp-content/uploads/2013/05/Videotuotanto.pdf>

Berner Oy/Pro. 2013. Käyttöturvallisuustiedote A12T Dilutus 80%. [pdf] Päivitetty 6.11.2013. Luettu 14.2.2018. [https://www.berner.fi/pro/wp-content/uploads/2016/03/KTT\\_A12t-Dilutus\\_16032017.pdf](https://www.berner.fi/pro/wp-content/uploads/2016/03/KTT_A12t-Dilutus_16032017.pdf)

Doyle, G.R. & McCutcheon, J.A. 2015. Sterile Procedures and Sterile Attire. Clinical Procedures for Safer Patient Care. British Columbia Institute of Technology (BCIT). Luettu 14.2.2018. <https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/sterile-gloving/>

Erilaisten oppijoiden liitto ry. 2018. Mikä on omin tapasi oppia? Luettu 8.3.2018. [http://www.erilaistenoppijoidenliitto.fi/?page\\_id=158](http://www.erilaistenoppijoidenliitto.fi/?page_id=158)

Erämies, T. 2017. Leikkaushaavan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 27.10.2017. Luettu 16.1.2018. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk01725&p\\_haku=haava](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01725&p_haku=haava)

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin haavanhoito-opas. Opas. [pdf] Luettu 30.3.2018. <http://docplayer.fi/7171055-Etela-savon-sairaanhoitopiirin-haavanhoito-opas-esshp-fi.html>

Hammar, A.-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2016. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26–28.

Hietanen, H. 2016a. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 183–231.

Hietanen, H. 2016b. Haavan paikallishoitoon käytettävät tuotteet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 136–167.

Hunt, J. 2014. Aseptic Technique and Clean Technique Procedure. Version: 3. Southern Health. [pdf] Julkaistu 11.2014. Luettu 1.2.2018. [http://www.southernhealth.nhs.uk/\\_resources/assets/inline/full/0/29049.pdf](http://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/inline/full/0/29049.pdf)

Iivanainen, A. 2010. Sisätauti-kirurgisen potilaan hoitotyö. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. Sairauksien hoitaminen. Helsinki: Tammi, 464–525.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jalonen, L. & Ylönen, M. 2014. Haavanhoidon osaamisen kehittäminen. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 17. vuosikerta 2/2014.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2016. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 54–76.

Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2016. Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 100–123.

Karhe, L. & Kari, J. 2017. Aseptiikkaosaaminen. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 2.10.2017. Luettu 20.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden. <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Karhumäki, E., Jonsson, A. & Saros, M. 2016. Mikrobit hoitotyön haasteena. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro: Docendo.

Kotila, H. 2012. Oppimiskäsitykset ja oppiminen ammattikorkeakoulujen toimintaympäristöissä. Teoksessa Kotila, H. & Mäki, K. (toim.) Ammattikorkeakoulupedagogiikka 2. Helsinki: Edita, 26–34.

Kuokkanen, H. 2016. Akuutti haava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 234–247.

Kurvinen, T. & Terho, K. 2013a. Aseptisen työskentelyn periaatteet. Anestesia hoitotyön käsikirja. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 17.9.2013. Luettu 22.11.2017. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=aseptiikka](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=aseptiikka)

Kurvinen, T. & Terho, K. 2013. Käsihygienia. Anestesiahoitotyön käsikirja. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim Julkaistu 17.9.2013. Luettu 18.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=k%C3%A4sihygienia](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=k%C3%A4sihygienia)

Laato, M. & Kössi, J. 2010. Haavan paraneminen. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) *Kirurgia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 48–56.

Laato, M., Veräjänkorva, E. & Kössi, J. 2010. Leikkaushaavan paraneminen ja jälkihoito. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H., Vuento, R. (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. 6. painos. Helsinki: Kuntaliitto, 206–211.

Lagus, H. 2016. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 29–53.

Lapin sairaanhoitopiiri. 2011. Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa. [pdf] Julkaistu 28.11.2011. Luettu 18.1.2018. <http://www.lshp.fi/download/noname/%7BB4B70704-6816-4FDF-9BF7-D59AB38D0D6B%7D/1691>

Laukkanen, S. sairaanhoitaja. 2018. Postop haavasidoksista. Sähköpostiviesti. sini.laukkanen@pshp.fi. Luettu 5.2.2018.

Lauritsalo, M.-L. 2015. Puhtausluokat – Mitä? Miksi? *Pinsetti* 1/2015, 8-11.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2015 *Perioperatiivinen hoitotyö*. 1.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Falenius, M. & Sundqvist, L. 2006. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Julkaistu 5.8.2006. Luettu 22.10.2017. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Malmgren, K. & Kontinen, V. 2016. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 90–99.

Mercandetti, M. 2017. Wound Healing and Repair. *Medscape*. Julkaistu 19.5.2017. Luettu 10.2.2018. <https://emedicine.medscape.com/article/1298129-overview>

Mölnlycke Health Care. 2013a. Mepilex Border –asetus. Haavanhoidon sidosten käyttöohjeet. Mölnlycke Health Care. Julkaistu 10.9.2013. Katsottu 20.2.2018. <http://www.molnlycke.fi/tietoa/ohjeet-haavanhoitotuotteet/mepilex-border/>

Mölnlycke Health Care. 2013b. Mepilex Border Post-Op. Imukykyinen ja joustava kirurginen all-in-one sidos. Mölnlycke Health Care. [pdf] Luettu 4.3.2018. <http://www.molnlycke.fi/Documents/FIN/Wound%20Care/Mepilex%20Border%20Post-Op.pdf>

Ojanen, S. 2009. Ohjauksesta oivallukseen: Ohjausteorian käsittelyä. 5. muuttamaton painos. Helsinki: Palmenia.

Onyekwelu, I., Yakkanti, R., Protzer, L., Pinkston, C., Tucker, C. & Seligson, D. 2017. Surgical Wound Classification and Surgical Site Infections in the Orthopaedic Patient. *JAAOS Global Research & Reviews*: June 2017. Volume 1. Issue 3. Luettu 10.2.2018.

[https://journals.lww.com/jaaosglobal/Fulltext/2017/06000/Surgical\\_Wound\\_Classification\\_and\\_Surgical\\_Site.3.aspx](https://journals.lww.com/jaaosglobal/Fulltext/2017/06000/Surgical_Wound_Classification_and_Surgical_Site.3.aspx)

Ovaska, M. 2014. Complications in Ankle Fracture Surgery. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Academic Disseration. [pdf] Julkaistu 3.10.2014. Luettu 25.1.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135865/Complica.pdf?sequence=1>

Pickering, D. & Marsden, J. 2015. Techniques for aseptic dressing and procedures. *Community Eye Health*. 2015; 28(89): 17. Luettu 14.2.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579997/>

Pshp. 2015. Leikkaushaavan käsittelyn aseptiikka. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tays. Päivitetty 20.10.2015. Luettu 1.10.2017. [http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan\\_kasittelyn\\_aseptiikka\(48508\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Leikkaushaavan_kasittelyn_aseptiikka(48508))

Pshp. 2017a. Aseptinen toiminta leikkaussalissa. Päivitetty 23.1.2017. Luettu 9.3.2018. [https://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka\\_hoitotoimenpiteissa/Aseptinen\\_toiminta\\_leikkaussalissa\(53455\)](https://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Sairaalahygieniaohjeisto/Aseptiikka_hoitotoimenpiteissa/Aseptinen_toiminta_leikkaussalissa(53455))

Pshp. 2017b. Steriilin pöydän valmistelu. Infektioyksikkö. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tays. [pdf] Julkaistu 22.3.2017. Luettu 14.2.2018. <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B942FBA3C-6AAB-4991-9850-09EA6DB89B5C%7D/61882>

Rantala, A., Huotari, K., Hämäläinen, M. & Teirilä, I. 2010. Leikkausalueen infektioiden ehkäisytoimet. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H., Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Kuntaliitto, 219–225.

Ratia, M., Vuento, R. & Laitinen, K. 2010. Puhdistuksen, desinfektion ja steriloinnin tavoitteet ja tarve. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Kuntaliitto, 510–516.

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

Routamaa, M. & Ratia, M. 2010. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa Anttila, V.-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Kuntaliitto, 155–164.

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot: Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2018a. Sairaanhoitajakoulutus, päivätoteutus. Opetussuunnitelmat. Sairaanhoitajakoulutus. Luettu 9.3.2018. <http://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595/16SH/year/2018>

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2018b. Sairaanhoitajakoulut, Sairaanhoitaja (AMK): 210op. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto. Opinnot. Luettu 29.3.2018. <http://opinto-opas-ops.tamk.fi/index.php/fi/167/fi/49595>

- Tiitinen, T. & Terho, K. 2017. Käsihygieniä infektioiden torjunnassa. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim Julkaistu 17.10.2017. Luettu 18.1.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=k%C3%A4sihygienia](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=k%C3%A4sihygienia)
- Toivola, M., Peura, P. & Humaloja, M. 2017. Flipped learning: Käänteinen oppiminen. Helsinki: Edita.
- Tolvanen, R. 2017. Kirurgisen suljetun haavan hoito. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 2.10.2017. Luettu 20.10.2017. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=tvh00100&p\\_haku=haava](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=tvh00100&p_haku=haava)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [pdf] Luettu 12.3.2018. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Tuuliranta, M. 2014. Kirurginen haava ja sen ongelmat. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 17. vuosikerta 2/2014.
- TYKS. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. TYKS haavanhoitoryhmä. [pdf] Julkaistu 28.11.2011. Luettu 18.10.2017. <http://docplayer.fi/7972511-Ohjeita-haavapotilaiden-hoitoon.html>
- Ursin, K.a. & Ursin, K.a. 2002. Sietämätön uteliaisuus! :Ihmisen oppimisvietti ja sen ohjaaminen. Kangasala: ClaupeX-kustannus.
- Vainionpää, J. 2006. Erilaiset oppijat ja oppimateriaalit verkko-opiskelussa. Acta Universitatis Tamperensis 1133. Tampereen yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Tampere: Tampereen Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.
- Viitala, N. sairaanhoitaja. 2018. Haastattelu 26.1.2018. Haastattelija Niemelä, M. & Nybom, A. Tampere. Tays, Infektioyksikkö.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Vuorihuhta, M. hygieniahoitaja. 2018. Haastattelu 26.1.2018. Haastattelija Niemelä, M. & Nybom, A. Tampere. Tays, Infektioyksikkö.
- WHO. 2009. Glove Use Information Leaflet. World Health Organization. [pdf] Päivitetty 6/2009. Luettu 14.2.2018. [http://www.who.int/gpsc/5may/Glove\\_Use\\_Information\\_Leaflet.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf)

## LIITTEET

Kuva 1. Haavasidos A, jossa läpikuultovuotoa. Haavasidos B, jossa haava vuotanut liimareunalle saakka.

Kuva 2. Haavanhoitoon tarvittavat välineet apupöydällä.

Kuva 3. Haavasidoksen poistaminen.

Kuva 4. Videon kuvaustilanne.

Kuvio 1. Viitekehys.

Kuvio 2. Puhtausluokat.

Kuvio 3. Työjärjestys haavasidoksen vaihdossa.

Kuvio 4. Steriilien käsineiden pukeminen.

Liite 1. Videon käsikirjoitus.

Taulukko 1. Haavanhoitoon tarvittavat välineet.

Taulukko 2. Opinnäytetyön toteutuksen aikataulu.

Taulukko 3. CINAHL-haku.



## Liite 1. Videon käsikirjoitus.

Otos/kuva videolla	Kerronta
<p>Otos 1: Aloituskuva.</p> <p>Opinnäytetyön nimi ”Haavasidoksen vaihto kirurgiseen haavaan” ja TAMK:n logo.</p>	<p>(Musiikki alkaa.)</p>
<p>Otos 2:</p> <p>Tekstinä:</p> <p>Emme vastaa, mikäli videolla esitettävä tieto on muuttanutta videon julkaisemisen jälkeen.</p>	
<p>Otos 3: Opetusvideon tavoite.</p> <p>Tekstinä:</p> <p>Tämän opetusvideon tarkoituksena on, että opit haavasidoksen vaihdon aseptisesti oikein kirurgiseen haavaan. Opit havainnoimaan milloin sidoksen vaihto on oleellinen ja milloin se on tehtävä steriilisti.</p>	<p><i>Luetaan ääneen:</i></p> <p><i>”Tämän opetusvideon tarkoituksena on, että opit haavasidoksen vaihdon aseptisesti oikein kirurgiseen haavaan. Opit havainnoimaan milloin sidoksen vaihto on oleellinen ja milloin se on tehtävä steriilisti.”</i></p>
<p>Otos 4: Määritelmä kirurgisesta haavasta.</p> <p>Tekstinä:</p> <p>Kirurginen haava</p>	<p><i>Luetaan ääneen:</i></p> <p><i>”Kirurgisella haavalla tarkoitetaan yleensä terveelle iholle tehtyä elektiivistä eli suunniteltua leikkaushaavaa, jolloin</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- terveelle iholle tehtyä elektiivistä eli suunniteltua leikkaushaavaa</li> <li>- puhdas akuutti haava</li> <li>- haava suljettu hakasin tai ompelein</li> <li>- pidetään ensimmäiset leikkauksen jälkeiset 24 tuntia peitettynä ja sen käsittelyä vältellään</li> </ul>	<p><i>kyseessä on puhdas akuutti haava. Kirurgisen haavan ihon sulkemiseen käytetään yleensä haavansulkuhakasia tai ompeleita. Valinta perustuu haavan paikkaan sekä mahdolliseen tulevaan rasiinukseen. Puhdas kirurginen haava pidetään ensimmäiset leikkauksen jälkeiset 24 tuntia peitettynä ja sen käsittelyä vältellään.”</i></p>
<p>Otos 5: Selitys milloin haavasidos vaihdetaan.</p> <p>Tekstinä:</p> <p>Milloin haavasidoksen vaihto on tarpeellinen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- haava erittänyt haavasidoksen liimareunoille saakka</li> <li>- haava erittänyt haavasidoksen läpi</li> </ul>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Milloin haavasidoksen vaihto on tarpeellinen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>kun haava erittänyt haavasidoksen liimareunoille saakka tai</i></li> <li>- <i>haava erittänyt haavasidoksen läpi”</i></li> </ul>
<p>Otos 6: Pohdittava opiskelijalle.</p> <p>Kuvituskuva.</p> <p>Tekstinä:</p> <p>Kirurgisen haavan sulkemisesta on alle 24 tuntia, tarvitseeko mitään seuraavista haavasidoksista vaihtaa?</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Kirurgisen haavan sulkemisesta on alle 24 tuntia, tarvitseeko mitään seuraavista haavasidoksista vaihtaa?”</i></p>
<p>Otos 7: Kuvat haavasidoksista</p> <p>4 erilaista kuvaa haavasidoksista.</p> <p>Kuvaus kuvista:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ei yhtään vuotoa</li> <li>2. Kuultovuoto</li> <li>3. Kuultovuotoa joka levinnyt liimapinnalle</li> </ol>	

4. Läpieroittänyt	
<p>Otos 8: Kuvat haavasidoksista, joita ei vaihdeta. Kaksi kuvaa haavasidoksista.</p> <p>Haavasidoksessa 1 ei yhtään vuotoa.</p> <p>Haavasidoksessa 2 pientä kuultovuotoa.</p> <p>→Näitä sidoksia ei tarvitse vaihtaa</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Haavasidoksessa 1 ei yhtään vuotoa. Haavasidoksessa 2 pientä kuultovuotoa. Näitä sidoksia ei tarvitse vaihtaa.”</i></p>
<p>Otos 9: Kuvat haavasidoksista, jotka vaihdetaan. Kaksi kuvaa haavasidoksista.</p> <p>Haavasidoksessa 3 pientä kuultovuotoa, mutta erittänyt liimareunalle saakka.</p> <p>Haavasidos 4 läpieroittänyt.</p> <p>→Nämä sidokset vaihdettava.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Haavasidoksessa 3 pientä kuultovuotoa, mutta erittänyt liimareunalle saakka. Haavasidos 4 läpieroittänyt. Nämä sidokset vaihdettava.”</i></p>
<p>Otos 10: Tausta ja teksti tulevaan videoon.</p> <p>Sairaanhoitajan toiminta vuodeosastolla potilaan kanssa, jolla alle 24 tuntia vanha kirurginen haava.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Seuraavaksi video sairaanhoitajan toiminnasta vuodeosastolla potilaan kanssa, jolla alle 24 tuntia vanha kirurginen haava.”</i></p>
<p>Otos 11: Haavasidoksen tarkistus alle 24 tunnin kirurgisen haavan sulkemisesta.</p> <p>Kuvattu hoitajan takaa, samalla desinfioiden käsiä.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Sairaanhoitaja tarkistaa omalla työvuorollaan kirurgisen haavan tilanteen.”</i></p>

<p>Hoitaja tulee potilaan vierelle, katsomaan haavasidoksen.</p>	
<p>Otos 12: Haavasidos lähempää - tilanne 1.</p> <p>Kuvattu potilaan viereltä.</p> <p>→Hoitaja nostaa peiton ja tarkistaa haavan silmämääräisesti. Haavasidos siisti. Peitto takaisin päälle, ei tarvitse vaihdosta.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Haavasidos on siisti. Sairaanhoitaja kertoo potilaille, että haavasidos siisti eikä tarvitse toimenpiteitä.”</i></p>
<p>Otos 13: Haavasidos lähempää - tilanne 2.</p> <p>Kuvattu potilaan viereltä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitaja nostaa peiton ja tarkistaa haavan silmämääräisesti</li> <li>- Haavasidos erittänyt liimapinnalle</li> <li>- Haavasidos vaihdettava, haava-alue jätetään esille.</li> </ul>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Haava erittänyt runsaasti. Sairaanhoitaja kertoo potilaille, että haava erittänyt runsaasti, joten sidosvaihto tarpeellinen. Sairaanhoitaja lähtee keräämään tarvittavia välineitä haavasidoksen vaihtoa varten ja pyytää kollegaa työparikseen.”</i></p>
<p>Otos 14: Hoitotarvikkeiden keräys steriiliä haavasidoksen vaihtoa varten.</p> <p>Kuvataan pöytää, johon yksi kerrallaan tarvittavat välineet ilmestyvät ja samalla tulee teksti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Käsidesinfektioaine</li> <li>-Suu-nenäsuoja</li> <li>-Tehdaspuhtaat käsineet</li> <li>-Steriilit käsineet</li> <li>-Pintojen desinfiointiaine</li> <li>-Vuodesuoja</li> <li>-Steriilejä taitoksia</li> </ul>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Kerättäessä tarvittavia välineitä, on hyvä ajatella loogisesti mitä tarvitset: itseäsi, potilasta ja haavanhoitoa varten. Tarvittavia välineitä ovat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>-Käsidesinfektioaine</i></li> <li><i>-Suu-nenäsuoja</i></li> <li><i>-Tehdaspuhtaat käsineet</i></li> <li><i>-Steriilit käsineet</i></li> <li><i>-Pintojen desinfiointiaine</i></li> <li><i>-Vuodesuoja</i></li> <li><i>-Steriilejä taitoksia</i></li> </ul>

<p>-Kaarimalja, pinsetit ja taitoksia -Haavasidos</p>	<p><i>-Kaarimalja, jossa pinsetit ja taitoksia mahdollista haavan puhdistamista varten, kun haavasidos poistettu</i> <i>-Haavasidos</i></p> <p><i>Huomioithan, että tarvitset myös apupöydän, johon keräät tavarat. Lisäksi tarvitset roskakorin.”</i></p>
<p>Otos 15: Molemmat hoitajan desinfiioivat kätensä. Videokuva käsien desinfioinnista.</p>	<p>Luetaan ääneen: <i>”Molemmat sairaanhoitajat desinfiioivat kätensä huolellisesti 30 sekunnin ajan.”</i></p>
<p>Otos 16: Apupöydän puhdistus.  Avustava hoitaja pyyhkii tehdaspuhtaat käsineet käsissä A12-liuoksella työpöydän.</p>	<p>Luetaan ääneen: <i>”Sairaanhoitaja pyyhkii apupöydän pintojen desinfiointiaineella ja steriileillä taitoksilla tehdaspuhtaat käsineet käsissään. ”</i></p>
<p>Otos 17: Välineet apupöydälle.  Kuva apupöydästä, jossa tarvittavat välineet.</p>	<p>Luetaan ääneen: <i>”Puhdistuksen jälkeen tarvittavat välineet kerätään apupöydälle ja siirrytään potilashuoneeseen”.</i></p>
<p>Otos 18: Ympäristön huomioiminen.  Kuvattu potilaan viereltä. Lasketaan sängyn laidat ja asetetaan vuodesuojat.</p>	<p>Luetaan ääneen: <i>”Potilashuoneessa molemmat sairaanhoitajat desinfiioivat kätensä sekä säätävät sängyn korkeuden, laskevat laidat ja</i></p>

	<i>asettavat vuodesuoja. Potilaan intimitteettisuoja tulee myös huomioida ajatellen tulevaa haavanhoitoa.”</i>
Otos 19 ja 20: Suunenäsuojiin pukeminen.  Lähikuvaa suunenäsuojuksen pukemisesta.	Luetaan ääneen: <i>”Molemmat sairaanhoitajan pukevat suu-nenäsuojuksen desinfioiduin käsin, jonka jälkeen kädet desinfioidaan uudelleen.”</i>
Otos 21: Steriilien käsineiden ojentaminen.  Kuvataan, kun avustava sairaanhoitaja avaa steriilien käsineiden paketin ja steriilihoitaja ottaa sen pöydälle.	Luetaan ääneen: <i>”Avustava sairaanhoitaja avaa steriilien käsineiden paketin ja toinen sairaanhoitaja ottaa sen käsiinsä.”</i>
Otos 22: Steriilien käsineiden pukeminen.  Kuvataan kun, steriilihoitaja pukee steriilit käsineet ja jää odottamaan. Avustava sairaanhoitaja ottaa steriilien suojakäsineiden paperin pois.	Luetaan ääneen: <i>”Sairanhoitaja avaa steriilien käsineiden pakkauksen pöydällä ja pukee steriilit käsineet käsiinsä. Kun käsineet on puettu, sairaanhoitaja siirtyy kauemmas ja avustava sairaanhoitaja ottaa paperin pois.”</i>
Otos 23: Avustava sairaanhoitaja poistaa haavasidoksen.  Kuvattu läheltä haavaa oikealta puolelta potilasta, sairaanhoitaja työskentelee sängyn vasemmalla puolella.	Luetaan ääneen: <i>”Avustava sairaanhoitaja siirtyy sängyn toiselle puolelle ja poistaa eritteisen haavasidoksen tehdaspuhtain käsinein, samalla haavaa tukien. Tässä videossa haava ei puhdisteta.”</i>

<p>Otos 24: Haavasidos roskeen.</p> <p>Hoitaja pudottaa haavasidoksen roskeen ja riisuu käsiensä.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Roskakori on oltava lähellä, koska eritteinen haavasidos sekä tehdaspuhtaat käsiensä laitetaan suoraan jätteisiin. Kädet desinfioidaan tämän jälkeen.”</i></p>
<p>Otos 25: Haavasidoksen ojentaminen.</p> <p>Avustaja sairaanhoitaja siirtyy sängyn toiselle puolelle avustamaan sairaanhoitajaa, joka toimii steriilisti.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Avustava sairaanhoitaja on siirtynyt avustamaan ja avaa haavasidospakkauksen toiselle sairaanhoitajalle.”</i></p>
<p>Otos 26: Haavasidoksen asettaminen.</p> <p>Kuvataan mahdollisimman läheltä ja tarkkaan haavasidoksen asettaminen.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Sairaanhoitaja koskettaa haavasidoksessa vain irrotettavia suojapapereita ja varoo koskemasta haavatyynyyn. Haavasidos asetetaan varoen haavan päälle. Lopuksi liimareunat käydään läpi painellen, jolla varmistetaan haavasidoksen pitävyys.”</i></p>
<p>Otos 27: Steriilien käsineiden riisuminen.</p> <p>Käsiensä riisutaan rauhassa ja oikeaoppisesti. Aseptiikan korostaminen.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Haavasidoksen asettamisen jälkeen sairaanhoitaja riisuu steriilit käsiensä roskakoriin ja desinfioidaan kätensä, jonka jälkeen hän riisuu suu-nenäsuojuksen ja desinfioidaan jälleen kätensä.”</i></p>
<p>Otos 28: Hoitotoimenpiteen lopetus.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p>

<p>Ympäristön ja potilaan huomioiminen hoidon jälkeen.</p>	<p><i>”Kun haavasidoksen vaihto on tehty, sairaanhoitaja laskee potilaan paidan ja ottaa vuodesuojan pois. Tämän jälkeen sairaanhoitaja nostaa sängyn laidan ja vetää peiton potilaan päälle.”</i></p>
<p>Otos 29: Potilaan ohjaus.</p> <p>Kuvataan, kun hoitaja ohjeistaa potilasta.</p>	<p>Luetaan ääneen:</p> <p><i>”Sairaanhoitaja ohjaa potilasta ilmoittamaan mahdollisesta kivusta, voinnin muutoksesta tai, jos havaitsee olossaan jotain poikkeavaa”.</i></p>
<p>Otos 30: Lopputeksti</p> <p>Tekijät:</p> <p>Meiju Niemelä Andrea Nybom</p> <p>TAMK:n logo</p>	
<p>Käsikirjoitus ja ohjaus: Meiju Niemelä ja Andrea Nybom  Näyttelijät: Meiju Niemelä, Andrea Nybom ja Ida Lamminpää  Editointi: Juho Niemelä ja Meiju Niemelä  Kuvaus: Juho Niemelä  Kertoja: Meiju Niemelä  Paikka: Tampereen ammattikorkeakoulu  Musiikki: Borrtext – Motion</p>	