



LAUREA

AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Krooniset laskimoperäiset haavat ja niiden hoito - Opetusvideo sairaa- raanhoitajaopiskelijoille

Krista Eloranta & Nina Puumalainen

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Krooniset laskimoperäiset haavat ja niiden
hoito - Opetusvideo
sairaanhoitajaopiskelijoille**

Krista Eloranta & Nina Puumalainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2019

Krista Eloranta & Nina Puumalainen

Krooniset laskimoperäiset haavat ja niiden hoito - Opetusvideo sairaanhoitajaopiskelijoille

Vuosi	2019	Sivumäärä	47
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidosta sairaanhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidossa. Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja se on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Ohjaus hoitotyössä -hanketta. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys perustuu tietoon, joka on kerätty luotettavista lähteistä kuten kirjallisuudesta sekä näyttöön perustuvista kotimaisista ja kansainvälisistä verkkojulkaisuista. Aihe koettiin tärkeäksi väestön ikääntyessä kriittisesti ja täten lisäten yksilön riskiä saada krooninen laskimoperäinen haava. Arvioiden mukaan haavanhoidot tulevat maksamaan Suomessa seuraavan 10 vuoden aikana noin 2,5 miljardia euroa. Tavallisin kroonisiin laskimoperäisiin haavoihin johtava tekijä on suonikohjutauti.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotteena on opetusvideo. Opetusvideossa näytetään vaihe vaiheelta kroonisen laskimoperäisen haavan hoito tavalla, joka tukee sairaanhoitajaopiskelijoiden haavanhoidotaitoja. Opetusvideota tullaan hyödyntämään sairaanhoitajaopiskelijoiden opetusmateriaalina ja se on julkaistu Laurea-ammattikorkeakoulun yksityisellä video -kanavalla.

Opetusvideo näytettiin Laurea-ammattikorkeakoulun ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille. Palaute kerättiin opetusvideon esityksen jälkeen kvantitatiivisella palautelomakkeella, joka sisältää neljä strukturoitua sekä yhden avoimen kysymyksen. Palautteen mukaan opetusvideota pidettiin tarpeellisena, selkeänä ja kiinnostavana. Suurin osa palautteista olivat positiivisia ja sairaanhoitajaopiskelijat kokivat, että opetusvideo toi uutta tietoa kroonisen laskimoperäisen haavan hoidosta.

Asiasanat: sairaanhoitajaopinnot, krooniset laskimoperäiset haavat, opetusvideo

Krista Eloranta & Nina Puumalainen

Chronic venous ulcer care - An educational video for nursing students

Year	2019	Pages	47
------	------	-------	----

The purpose of the thesis was to conduct an educational video for nursing students on how to treat chronic venous ulcers. The aim of this thesis was to advance nursing students' capabilities in chronic venous ulcer care. The thesis is functional, and it is a part of Guidance in nursing -project by Laurea University of applied sciences. The theoretical framework of the thesis is based on information that is collected from reliable sources such as literature and domestic and international online releases that are evidence-based. The subject was considered important because the population is aging and thus there is an increased risk for an individual of having a chronic venous ulcer. It is estimated that ulcer treatments will cost about 2,5 billion euro in Finland during the next ten years. Usually a chronic venous ulcer is caused by varicose veins.

The final outcome of the functional thesis is an educational video. In the video, a step-by-step demonstration is shown on how to treat a chronic venous ulcer in order to endorse nursing students' ulcer care skills. The educational video will be utilised as education material for nursing students and it is published in a private video channel of Laurea University of applied sciences.

The educational video was presented to the first-year nursing students of Laurea Otaniemi unit. Feedback from the educational video was collected after the presentation by a quantitative feedback form that contained four structured questions and an open-ended question. According to the feedback, the educational video was considered useful, clear and interesting. Most of the feedback was positive and the nursing students experienced that the educational video provided new information about chronic venous ulcer care.

Keywords: nursing studies, chronic venous ulcers, educational video

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Krooniset laskimoperäiset haavat	7
2.1	Ihon rakenne ja tehtävät	8
2.2	Laskimot ja laskimoiden vajaatoiminta	10
2.3	Laskimo- ja valtimoperäisten haavojen erotusdiagnostiikka	12
2.4	Kroonisten laskimoperäisten haavojen ennaltaehkäisy	13
3	Kroonisten laskimoperäisten haavojen hoito	13
3.1	Kroonisten laskimoperäisten haavojen luokittelu	14
3.2	Hoitotuotteen valinta	15
3.3	Kompressiohoito.....	18
3.4	Aseptiikka	19
3.5	Haavan puhdistusmenetelmät	20
3.6	Haavan arviointi ja kirjaaminen	22
4	Opetusvideo	24
5	Sairaanhoitajaopinnot	25
6	Työelämäkumppani	26
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	26
8	Opinnäytetyöprosessi	27
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	27
8.2	Opetusvideon suunnittelu ja toteutus.....	28
8.3	Opetusvideon arviointi	29
9	Pohdinta.....	31
9.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	31
9.2	Opetusvideon tarkastelu.....	32
9.3	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset	33
	Lähteet	34
	Kuviot	40
	Taulukot	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Krooniset alaraajahaavat ovat tulevaisuudessa yleistynä vaiva väestön ikääntymisen myötä. Suomessa 1,3-3,6 % saa kroonisen alaraajahaavan elämänsä aikana. Laskimoiden vajaatoiminta on suurimmaksi osaksi syynä krooniselle alaraajahaavalle, prosenttiosuus voi olla jopa 76 %. (Krooninen alaraajahaava 2014.) Kielon ym. (2019) ja Ylösen, Stoltin, Leino-Kilven & Suhosen (2014) tutkimusten mukaan sairaanhoitajaopiskelijoilla ja valmistuneilla sairaanhoitajilla on puutteita haavanhoidon osaamisessa. Sairanhoitajilla ei ole riittävästi tietoa kroonisten laskimoperäisten haavojen fysiologiasta. Ylösen ym. (2014) tutkimuksessa mainitaan, että sairaanhoitajilla on tietopuutteita myös haavan paranemisen vaiheista ja niiden vaikutuksesta haavanhoitoon. Kielon ym. (2019) tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajaopiskelijat tarvitsevat enemmän koulusta, erityisesti käytännön opetusta koskien haavanhoitoa.

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun Ohjaus hoitotyössä -hanketta. Ohjaus hoitotyössä -hankkeen tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöinä materiaalia hoitotyötä opiskelevien ohjaukseen sekä potilasohjaukseen työpaikoilla. (Laurea 2019). Toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi valikoitui kroonisten laskimoperäisten haavojen hoito. Opinnäytetyö koostuu teoreettisesta viitekehyksestä sekä toiminnallisesta osuudesta eli opetusvideosta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidosta sairaanhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidossa. Sairanhoitajakoulutuksessa haavanhoitoa ja siihen liittyvää teoretietoa käsitellään moduuleissa I, II, III. Ammattitaitoa edistävissä harjoitteluissa on mahdollisuus päästä hoitamaan erilaisia haavoja riippuen harjoittelupaikasta. Haavanhoito-osaaminen on keskeinen osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Sairanhoitajan tulee osata hoitaa krooniset laskimoperäiset haavat ja tietää mitä hoitotuotteita ja välineitä tulee käyttää. Haavaa ja sen paranemista tulee osata arvioida sekä haavaan ja haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät tulee tunnistaa.

Tässä opinnäytetyössä hankkeen tarkoitus toteutui tuottamalla opetusvideo Laurea-ammattikorkeakoulun opetuskäyttöön. Opetusvideon avulla sairaanhoitajaopiskelijat saavat laajempaa käsitystä kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidosta mallioppimisen avulla. Opetusvideon tarkoituksena on toimia mallioppimisen työvälineenä, joka edesauttaa tässä opetusvideossa haavanhoitotaitojen oppimista. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011, 12-13.) Opetusvideo perustuu luotettavista lähteistä kerättyyn näyttöön perustuvaan tietoon.

2 Krooniset laskimoperäiset haavat

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi valikoitui krooniset laskimoperäiset haavat ja niiden hoito. Opinnäytetyöntekijät kokivat, että sairaanhoitajakoulutuksen aikana on ollut verrattain vähän haavanhoidon opetusta. Ylösen, Stoltin, Leino-Kilven & Suhosen kirjallisuuskatsaus käsittelee sairaanhoitajien tietoja, koskien kroonisia laskimoperäisiä haavoja. Tutkimus toteutettiin käyttämällä MEDLINE, CINAHL ja COCHRANE LIBRARY tietokantoja. Tietokannoista löytyi yhteensä 174 tulosta, joista mukaan otettiin 16 oleellista. Näistä neljässä mainittiin, että sairaanhoitajalla oli aukkoja tietämyksessään mm. arvioinnissa, fysiologiassa, haavanparanemisprosessissa ja sidoksissa sekä kompressiohoidon toteuttamisessa. Tutkimuksen lopputuloksena oli, että sairaanhoitajat eivät välttämättä käytä näyttöön perustuvaa tietoa kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidon tukena. Sairaanhoitajilla ei myöskään ole riittävästi tietoa kroonisten laskimoperäisten haavojen fysiologiasta. Tutkimuksessa mainitaan, että sairaanhoitajilla on tietopuutteita myös haavan paranemisen vaiheista ja niiden vaikutuksista hoitoon. Myös Kielon ym. (2019) poikkileikkaustutkimuksen mukaan valmistuvien sairaanhoitaja- ja jalkaterapeuttiopiskelijoiden haavanhoito osaaminen on puutteellista. Kyselyyn vastasi 204 opiskelijaa, joista 194 oli sairaanhoitajaopiskelijoita. Sairaanhoitajaopiskelijat vastasivat kyselyyn vain 46 prosenttisesti oikein. Sekä jalkaterapeuttiopiskelijat, että sairaanhoitajaopiskelijat kokivat omat haavanhoito taitonsa puutteellisiksi. Opiskelijat, jotka olivat saaneet enemmän käytännön harjoitusta, vastasivat kyselyyn huomattavasti paremmin kuin opiskelijat, joilla käytännönharjoitus on jäänyt vähemmäksi. Tulokset osoittavat, että sairaanhoitajaopiskelijat tarvitsevat enemmän koulusta, erityisesti käytännön opetusta koskien haavanhoitoa. Opinnäytetyön idea tukee Kielon ym. (2019) tutkimusta ja Ylösen ym. (2014) kirjallisuuskatsausta.

Krooniset alaraajahaavat ovat tulevaisuudessa yleistynä vaiva väestön ikääntymisen myötä. Suomessa 1,3-3,6 % saa kroonisen alaraajahaavan elämänsä aikana. Laskimoiden vajaatoiminta on suurimmaksi osaksi syynä krooniselle alaraajahaavalle, prosenttiosuus voi olla jopa 76 %. (Krooninen alaraajahaava 2014.) Perusterveydenhuollossa lääkärin tehtävä on selvittää haavan diagnoosi ja luoda hoitosuunnitelma. Laskimoperäisen haavan diagnoosi on I83. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 525.)

Krooninen alaraajahaava käypä hoito -suositusten (2014) mukaan kroonisten haavojen hoidon kustannuksia Suomessa ei ole vielä juuri tutkittu. Kustannuksia laskiessa tulee ottaa huomioon välittömät ja välilliset kustannukset. Juutilainen & Hietanen (2018, 14) kirjoittavat, että länsimaissa kahdesta viiteen prosenttia terveydenhuollon kustannuksista kuluu haavojen hoitoon. Kalleinta on kroonisten haavojen hoito, koska ne ovat pitkäkestoisia ja haavanhoitoväli voi olla vain yhden vuorokauden verran, jolloin materiaaleja ja työaikaa kuluu runsaasti. Kustannuksista suurin osa kuluu henkilöstön palkkoihin. Suomessa on viime vuosina alettu panostamaan kroonisten haavojen hoitoon. Sairaanhoitopiireihin on perustettu haavakeskuksia,

hoitajille ja lääkäreille on tarjolla lisäkoulutusta kroonisiin haavoihin liittyen. Kaartinen, Berg ja Lagus (2015) arvioivat, että haavanhoidon kustannukset tulevat olemaan 10 vuoden aikana noin 2,5 miljardia euroa.

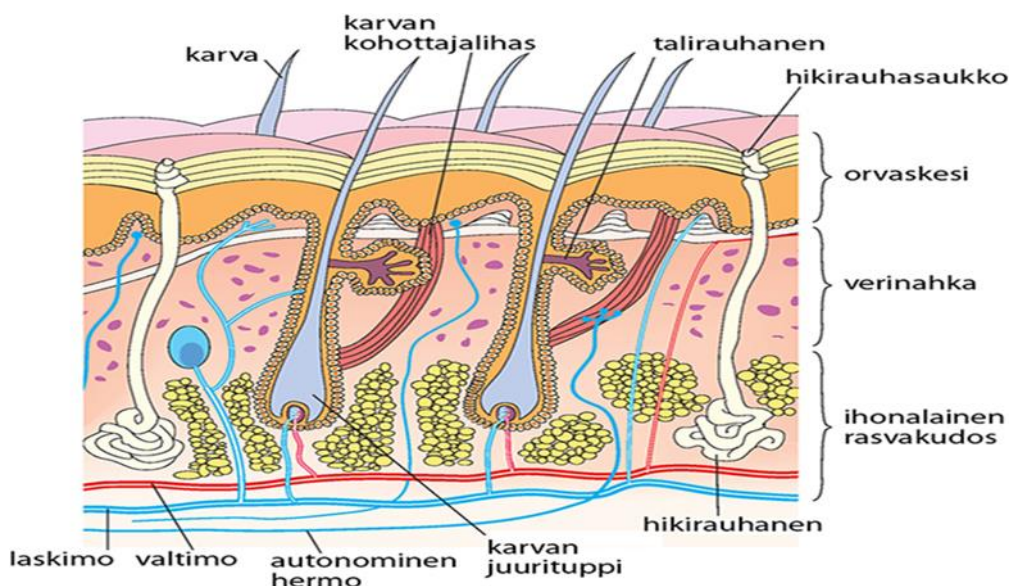
2.1 Ihon rakenne ja tehtävät

Iholla on paljon tärkeitä tehtäviä elimistön suojaamiseksi. Iho suojaa mm. nestehukalta ja estää mikrobien tunkeutumisen ihon läpi elimistöön synnynnäisellä tai hankitulla immuuniteetillä eli vastustuskyvyllä. Ihon avulla tunnetaan myös lämpötilojen vaihtelut ja kosketus ja säädel-
lään kehon lämpötilaa (Taulukko 1).

Ihon tehtävät	
Elimistön suojaus	Mekaaninen ja kemiallinen rasitus Mikrobit Nestehukka Haitallinen ultraviolettisäteily Kudosten koossa pitäminen
Tuntoaisti	Kipu, kylmä, lämpö, paine ja kosketus
Ympäristö	Tunneviestit, ilmeet
Lämpö	Kehon lämpötilan säätely
Vitamiini	D-vitamiinin tuotanto auringonvalon vaikutuksesta
Varastot	Elimistön rasvojen ja nesteiden varastointi
Rauhaset	Hiki- ja talirauhaset poistavat osaltaan elimistön kuona-aineita. Hikirauhaset osallistuvat elimistön jäähdytykseen. Talirauhaset osallistuvat osaltaan ihon suojaamiseen.
Ihon muut osat	Hiukset ja karvoitus estävät lämmönhukkaa. Kynnet suojaavat sormien ja varpaiden päitä.
Verenkierto	Ihon värin muutokset (esim. punastuminen ja kalpeneminen)
Immuneiteetti	Synnynnäinen ja hankittu immuneiteetti vaikuttavat infektioiden torjumiseen

Taulukko 1: Ihon tehtävät (Sand ym. 2013, 96; Tasanen-Määttä & Peltonen 2011).

Iho (Kuvio 1) on elimistön suurin elin painaen noin neljä kiloa ja ollen pinta-alaltaan n. 1,5-2 neliometriä. Ihon osuus elimistön kokonaispainosta ilman ihonalaiskudosta on noin 5 %, ihonalaiskudoksen kanssa noin 15 %. Keskimääräinen ihon paksuus on 2-3 mm. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011.)



Kuvio 1: Ihon rakenne (Duodecim Oppiportti 2011)

Epidermis eli orvaskesi on ihon uloin osa ja sen paksuus on noin 75-150 μm . Kämmenissä ja jalkapohjissa epidermis on 0,4-0,6 mm paksu kovemman rasituksen vuoksi. Epidermis muodostaa vain pienen osan ihon kokonaispaksuudesta. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011; Kallioinen & Stenbäck 2012.) Epidermis koostuu useammasta eri kerroksesta; tyvisolukerroksesta, okasolu-kerroksesta, jyväiskerroksesta, kirkassolukerroksesta ja sarveissolukerroksesta eli marraskedestä. Kerrosten tehtävänä on ihon suojaaminen ja uusiutuminen. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011.)

Dermis eli verinahka on ihon syvin kerros ja se kiinnittyy epidermikseen tyvikalvon avulla. Dermiksen paksuus on 0,5-1,5 mm ja se muodostuu kahdesta eri kerroksesta, nysty- ja verkkokerroksesta. Dermiksen soluväliaine muodostaa ison osan kudoksesta. Soluväliaine eli ekstrasellulaarinen matriksi muodostuu pääosin kollageeniverkosta, jota ympäröi amorfinen väliaine. Amorfinen väliaine sisältää proteoglykaaneja ja glykosaminoglykaaneja, joiden tehtävänä on ihon aineenvaihdunnan ylläpitäminen ja vesivarastona toimiminen. Dermiksen alueella sijaitsee imusuonistoa ja hermopäätteitä. Verkkokerroksen alueelta lähtee orvaskeden apuelimet talirauhanen, hikirauhanen ja karvatuppi. (Juutilainen & Hietanen 2018, 20-22.) Dermiksen keskeiset rakenneosat muodostuvat kollageeneista. Ihon kuivapaino muodostuu niistä 70 %. Kollageeneja on useita tyyppisiä ja suurimman osan muodostaa tyyppi I (80-85 %) ja tyyppi III (10-15%). Kollageeneilla on tärkeä tehtävä ihon palautumisessa. (Tasanen-Määttä & Peltonen 2011.)

Hypodermis eli ihonalaiskudos sisältää noin puolet kehon kokonaisrasvamäärästä. Ihonalaiskudoksen tehtävänä on toimia lämpöeristeenä ja kiinnittää lihakset ja luut ihoon. Adiposyytit eli rasvasolut, fibroblastit ja makrofagit ovat ihonalaiskudoksen pääsolutyyppisiä. Nämä toimivat

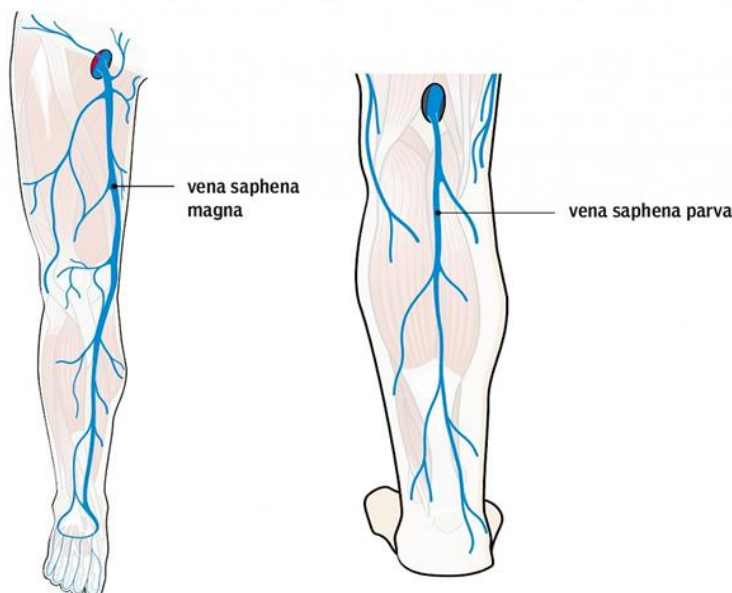
myös elimistön suojana traumoja vastaan sekä rasva- ja nestevarastona. (Sand, Sjaastad, Haug, Bjälle & Toverud 2013, 100; Juutilainen & Hietanen 2018, 23.)

2.2 Laskimot ja laskimoiden vajaatoiminta

Laskimoiden vajaatoiminta johtuu usein kohonneesta laskimopaineesta. Kohonnutta laskimopainetta aiheuttaa pinnallisissa, syvissä tai yhdyslaskimoissa syntyvä takaisin virtaus, ah-
taumat ja tukokset. Kun laskimopaine kohoaa, makromolekyylit sekä punasolut karkaavat laskimoiden ulkopuolelle, jossa ne aiheuttavat tulehduksellista reaktiota. Tulehduksellinen reaktio heikentää solujen hapenottokykyä ja lisää kudosturvotusta. Sen seurauksena iholle syntyy haava itsestään tai pienen trauman seurauksena. Mikäli paikallista kohonnutta laskimopainetta ja turvotusta ei hoideta, haava lähtee kasvamaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 289.)

Tärkeimmät pinnalliset säärien laskimorungot ovat iso kehräslaskimo eli Vena Saphena Magna, lyhyt kehräslaskimo eli Vena Saphena Parva (Kuvio 2), AASV eli Anterior Accessory Saphenous Vein ja PASV eli Posterior Accessory Saphenous Vein. Tärkeimmät syvät laskimorungot ovat Vena Tibialis Anterior, Vena Tibialis Posterior ja Vena Fibularis. Säärissä on myös useita yhdyslaskimoita, joiden anatomia vaihtelee yksilöllisesti. (Juutilainen & Hietanen 2018, 287-288.)

Alaraajalaskimoiden anatomia



Kuvio 2: Alaraajalaskimoiden anatomia (Suomen lääkirilehti 2017)

Laskimot muodostuvat kolmesta kerroksesta, ulkokerroksesta, keskikerroksesta sekä sisäkerroksesta. Hiussuonten seinämä muodostuu vain endoteelistä eli yhdenkertaisesta solukerroksesta. Ihmisen suurimmat laskimot ovat alaonttolaskimot, jotka tuovat hapettoman veren

takaisin sydämen oikeaan eteiseen sekä kuljettaa kuona-aineita sisäelimiin, jotka vastaavat niiden poistosta. (Sand ym. 2013, 268, 285, 306).

Laskimot jaotellaan syviin ja pinnallisiin laskimoihin. Lähes jokaisella laskimolla on vastaava syvä valtimo ja ne on nimetty toistensa mukaisesti. Laskimoiden tehtävänä on siis kuljettaa verta takaisin sydämeen ja toimia elimistön verivarastona. Laskimot sisältävät kaksi kolmasosaa elimistön verestä ja verimäärän suurentuessa ylimääräinen veri varastoituu laskimoihin. Alaraajojen laskimoissa olevat läpät varmistavat, että veri virtaa vain takaisin sydämeen päin. Laskimopaine on tosiasiaa melko pieni, vain noin 10 mmHg, mutta sen kapasiteetti riittää veren nopeaan paluuseen sydämeen. Alaraajojen laskimoiden ympärillä olevat luustolihakset toimivat lihaspumppuina lisäten laskimopainetta sekä tehostaen laskimopaluuta. (Sand ym. 2013, 296-305.)

Jaatisen & Raudasojan mukaan (2011, 89) yleisin laskimotauti alaraajoissa on suonikohjutauti. Suonikohjuja esiintyy noin puolella aikuisväestöstä. Suonikohjut näkyvät erityisesti seistessä, jolloin sääriin ja reisiin muodostuu kiemuraisia, pullottavia laskimolaajentumia. Perimäisintä syytä niiden muodostumiselle ei tunneta, mutta niiden ilmaantumiseen vaikuttaa perintötekijät, raskaudet, laskimoläppien vioittuminen sekä naissukupuoli. (Vauhkonen & Holmström 2012, 183.) Suonikohjuja voidaan hoitaa kirurgisesti tai laskimonsisäisillä menetelmillä. Laskimonsisäisiä menetelmiä ovat vaahto- ja katetrihoito. (Saarinen 2013.) Vaahtohoidoissa kohdelaskimon sisälle ruiskutetaan kanyylin avulla ilmaan sekoittunutta kovetusainetta. Kovetusaine aiheuttaa suonon supistumista ja vaurioittaa endoteeliä. Tämä johtaa suonon tukkeutumiseen. Katetrihoitojen eli laser- tai lämpötaajuusablaatioiden teho perustuu lämpöön. Lämpö vaurioittaa endoteeliä, jolloin suoni tukkiutuu ja pikkuhiljaa tuhoutuu. Viimeisenä hoitomuotona käytetään kirurgista hoitomuotoa. Toimenpiteessä poistetaan laskimot, joissa esiintyy laskimon takaisinvirtausta. (Halmesmäki, Eskelinen & Saarinen 2018.)

Tärkein tutkimusmenetelmä laskimoiden vajaatoiminnan toteamiseksi on laskimoiden ultraäänitutkimus. Tutkimus tehdään tutkittavan seistessä. Samalla tehdään myös pohkeiden puristusvapautus-testi, jonka avulla nähdään mahdollinen takaisinvirtaus. Ultraäänitutkimuksen avulla todetaan myös mahdolliset laskimoiden tukokset ja ahtaumat. Mikäli epäillään lantiossa sijaitsevien syvien laskimoiden ongelmaa, voidaan tehdä myös tietokonetomografia tai magneettikuvaustutkimus. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta 2016.) Syvien laskimoiden läpävikaa voidaan tutkia Valsalvan kokeella, jossa tutkittava puhalttaa painetta vastaan keuhkot tyhjäksi (Lepäntalo, Von Bell, Määttälä & Malmberg 2009).

Laskimoiden vajaatoiminnan kliinisessä diagnosoinnissa käytetään apuna CEAP-luokitusta, joka jaotellaan C0-C6 luokkiin. Luokat C0-3 luokitellaan komplisoitumattomiin luokan C4-6 komplisoituneisiin löydöksiin. C0 tarkoittaa normaalilöydöstä. Luokkaan C1-2 sisältyy ihon laskimoiden muutokset sekä näkyvät suonikohjut ilman turvotusta. Luokka C3 tarkoittaa

suonikohjuja sekä turvotusta ilman ihomuutoksia. Luokka C4 liittyy edellä mainittujen oireiden lisäksi myös ihomuutoksia, kuten ekseemaa, värimuutoksia sekä ihonalaiskudoksen kovettumista. Luokka C5 käsittää edellä mainitut löydökset sekä parantuneen laskimoperäisen haavan ja luokka C6 parantumattoman laskimoperäisen haavan. (Alaraajojen laskimovajaatoiminta 2016.)

Vauhkonen & Holmström (2012, 184) kirjoittavat, että oireet luokitellaan myös vaikeusasteen mukaisesti luokkiin 0-3. 0 tarkoittaa täysin oireetonta ja 3 luokassa oirekuva vaikuttaa toimintakykyyn oleellisesti vaikeuttaen muun muassa normaaleja arkitoimia. Jaatisen & Raudasojan (2011, 89) mukaan jaloissa saattaa tuntua myös kipua ja väsymystä sekä suonenvedon tyyppisiä oireita. Myös ihokarvoitus voi hävitä pohkeista ja sääristä, mutta nämä voivat Vauhkosen & Holmströmin (2012, 184) mukaan viitata myös moniin muihin sairauksiin. Tämän vuoksi erotusdiagnostiikka on tärkeää.

2.3 Laskimo- ja valtimoperäisten haavojen erotusdiagnostiikka

Suurin laskimopaine sijaitsee säären alakolmanneksen alueella, jonka takia laskimoperäiset haavat syntyvät yleensä tälle alueelle. Laskimoperäiset haavat ovat yleensä pinnallisia eivätkä ulotu jänteisiin tai luuhun. Haava voi olla kivulias tai kivuton. Kroonisessa laskimoperäisessä haavassa kipu laantuu, kun raajan nostaa kohoasentoon. Alaraajan alueella saattaa esiintyä laskimoiden vajaatoiminnalle tyypillisiä muutoksia kuten suonikohjuja, turvotusta, pigmentaatiota sekä ihon panssaroitumista. Haavapohja on kostea ja erittävä. Erityksenä esiintyy kellertävää fibriinikatetta. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Valtimoperäiset eli iskeemiset haavat sijaitsevat useimmiten raajan ääreisosien alueella, kuten varpaissa ja kantapäissä. Joissain tapauksissa ne voivat sijaita myös ylempänä raajan alueella. Riskitekijänä valtimoperäisen haavan kehittymiselle pidetään valtimokovettumatautia, joka ahtauttaa ja tukkeuttaa valtimoiden seinämiä. Valtimokovettumatauti luokitellaan Fontainen luokituksen mukaan asteikolla FI-FIV. Fontaine I tarkoittaa oireetonta alaraajojen valtimokovettumatautia, Fontaine II katkokävelyoireita, Fontaine III iskeemistä leposärkyä, Fontaine IV iskeemistä haavaa tai kuoliota alaraajan alueella. (Krooninen alaraajahaava 2014; Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.)

Raaja, jossa on iskeeminen haava on yleensä viileä ja syanoottinen eli sinertävä. Iskeemiset haavat ovat syviä ulottuen jänteisiin ja luuhun saakka. Iho on usein ohut ja karvoitus voi puuttua osittain tai kokonaan. Iskeeminen haava on tavallisesti kivulias. Kliinisessä tutkimuksessa valtimopulssit tuntuvat heikosti. Valtimoperäisiin haavoihin liittyy usein diabetes. Tupakointia ja yli 65 vuoden ikää pidetään riskitekijänä. Diagnostisena toimenpiteenä potilaalle tehdään ABI-mittaus, mikä tarkoittaa nilkka-olkavarsi painesuhdetta. Muina tutkimusmenetelminä käytetään pulssipalpaatiota, varvaspaineen mittausta, ihon happiosapaineen mittausta ja verisuoniston kuvantamista eri angiografia eli varjoainekuvaus menetelmillä. Angiografia

menetelmiä ovat magneettiangiografia, TT-angiografia ja katetriangiografia. (Juutilainen & Hietanen 2018, 296-299; Krooninen alaraajahaava 2014.)

2.4 Kroonisten laskimoperäisten haavojen ennaltaehkäisy

Pitkäaikainen alaraajaturvotus altistaa haavojen synnylle, joten turvotusten hyvä hoito kuuluu haavojen ennaltaehkäisyyn oleellisesti. Turvotusta voi hoitaa itse pitämällä jalkoja kohoasennossa sydämen tason yläpuolella. Kohoasento helpottaa alaraajojen laskimopaluuta. Liikuntaa tulisi harrastaa päivittäin. (Vauhkonen & Holmström 2012, 184-185; Krooninen alaraajahaava 2014.) Kompressiosidoksia eli tukisidoksia käytetään kotona lääkärin ohjeen mukaan. Kompressiohoitoon sitoutuminen on usein vaatimatonta. Asiakkaat tarvitsevat runsaasti tukea ja kannustusta hoidon toteuttamiseen. (Saarinen 2013.)

Turvotukset aiheuttavat pahentuessaan säärtien värimuutoksia, joista aiheutuu ihon kuivumista. Jalkojen säännölliseen rasvaamiseen päivittäin tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja samalla tarkastaa ihon kunto. Jalkojen, kynsien ja varvasvälien puhtaudesta tulee huolehtia, varvasvälit tulee kuivata huolellisesti pesun jälkeen. Kynnet tulee leikata henkilökohtaisilla kynsileikkureilla tai -saksilla. Leikkaamisessa tulee kiinnittää huomiota, että varpaankynsiä ei leikata liian lyhyiksi. Paljain jaloin kävelemistä tulisi välttää. Lisäksi tulisi käyttää hyviä hierontämättömiä ja hengittäviä jalkineita sekä vaihtaa sukat päivittäin. Ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin kuuluu myös ylipainon pudottaminen, liikunnan lisääminen sekä suolan käytön vähentäminen. (Vauhkonen & Holmström 2012, 184-185; Stolt & Saarikoski 2016.)

3 Kroonisten laskimoperäisten haavojen hoito

Kroonisen laskimoperäisen haavan parantumisen edellytyksiin voidaan katsoa moniammatillinen yhteistyö. Kroonista laskimoperäistä haavaa hoidetaan lääkärin tekemän diagnoosin ja laatiman hoitosuunnitelman mukaisesti. Moniammatillisessa tiimissä olisi hyvä olla myös olla mukana muun muassa jalkaterapeutti, jalkojenhoitaja ja ravitsemusterapeutti. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kokonaisvaltaisen näkemyksen haavapotilaan tilanteesta, asiantuntijuuden tullessa monelta eri taholta. (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 528.)

Haavanhoidon tavoitteena on haavan paraneminen. Tarkoituksena on edistää haavan paranemista poistamalla haavalta keltainen fibriinikate ja mahdollinen nekroottinen kudus. Haavasidokset valitaan haavan erityksen, koon ja sijainnin mukaan. Mikäli kuukauden kuluessa haava ei osoita paranemisen merkkejä, tulee potilas ohjata verisuonten tilanteen selvittämiseksi tutkimuksiin verisuonikirurgille. Infektoituneet haavat hoidetaan päivittäin. Muuten sidosten vaihtoväliksi riittää 3-5 vuorokautta. Haavaa hoitaessa tulee huomioida haavaa ympäröivä iho ja rasvata ihoa perusvoiteella tai suojata iho ihonsuoja-aineella. Haavan turhaa paljaana pitämistä tulee välttää, jotta haavan otollinen 37 celsiusasteen lämpötila ei laske. Lämpötilan lasku hidastaa haavan paranemista. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasmus 2013, 128-129.)

Asiakkaan sitouttaminen hoitoon on oleellinen osa haavanhoitoprosessia. Kroonistuneet haavat aiheuttavat psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja. Leiviskän (2014, 42-45) Pro gradu tutkielmassa tutkittiin säärihaavapotilaiden sitoutumista hoitoon kirjallisuus katsauksen avulla. Tutkimuksessa oli mukana 14 artikkelia. Tutkimuksen mukaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa monet tekijät, kuten potilaan ikä ja se oliko potilaalla käytössään esimerkiksi kompressiosidokset- tai sukka. Erityisesti korkea ikä vaikutti negatiivisesti hoitoon sitoutumiseen. Iäkkäämät potilaat eivät ole yhtä sitoutuneita hoitoon kuin nuoremmat potilaat. Hoitoon sitoutuminen lisäsi kirjallisuuskatsaukseen otettujen tutkimusten mukaan haavan paranemisastetta, elämänlaatua sekä potilasturvallisuutta. Hoitoon sitoutuminen vähensi myös haavanhoidon aiheuttamia kustannuksia. Hoidon laiminlyönti taas lisäsi kustannuksia, huononsi potilaan elämänlaatua sekä heikentää valittujen hoitokeinojen tehoa.

Perussairaudet kuten korkea verenpaine ja diabetes vaikuttavat haavan paranemiseen. Perussairaudet tulee saada hyvään hoitotasapainoon. Hoitotasapainon avulla varmistetaan haavan paranemiselle edulliset olosuhteet. (Halmesmäki, Eskelinen, Isoherranen & Saarinen, 2017.) Tupakoinnin lopettaminen on tärkeä omahoidon keino haavan paranemisessa ja kuuluu aina osana kokonaisvaltaiseen haavanhoitoon. Tupakointi aiheuttaa kudoksissa hapenpuutetta vähentämällä verenkiertoa verisuonten supistuessa. Verisuonten supistuminen nikotiinin vaikutuksesta saattaa aiheuttaa pahimmillaan 40 % :n vajauksen ihon verenkiertoon. Tupakan sisältämä häkä syrjäyttää hemoglobiinista happimolekyylit, jolloin haava ei saa hapekasta verta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 42; Palve 2017)

Haava vaatii parantuakseen runsaasti tärkeitä ravintoaineita. Haavan paranemiseen vaikuttavia ravintoaineita ovat proteiinit, energia sekä suojaravintoaineet. Terveen ihmisen proteiinien tarve on 0,8 grammaa/kg kun taas haavanhoito asiakkaan on 1,2-1,5 g/kg vuorokaudessa. (Leland & Wu 2017.) Energiaa tulisi saada 35-40 kcal/kg vuorokaudessa (Siljamäki-Ojansuu 2014). Vitamiineista kudosten uusiutumisen kannalta tärkeimmät ovat K, A, E ja C ja B6 vitamiinit. Muita tärkeitä hivenaineita ovat: Sinkki, Rauta, Kupari ja Magnesium sekä Omega 3 rasvahapot. Tarvittaessa voidaan käyttää lisäravinteita päivittäisen ravintoaineiden saannin varmistamiseksi, jotta haava saa paranemisen kannalta tärkeät ravintoaineet. Vajaaravitseminen vaikuttaa negatiivisesti kudosten uusiutumiseen ja haavan paranemiseen. (Juutilainen & Hietanen 2018, 44-46, 90-94.)

3.1 Kroonisten laskimoperäisten haavojen luokittelu

Laskimoperäinen haava voidaan luokitella krooniseksi, mikäli se ei ole umpeutunut neljässä viikossa (Krooninen alaraajahaava 2014). Juutilainen & Hietanen (2018, 27-29) mainitsevat kuitenkin aikarajan olevan keinotekoinen, koska myös akuutin haavan paranemisprosessi voi kestää yhtä kauan. Johdonmukaisempaa olisi määritellä krooniset haavat sisäisten sairauksien ja ulkoisten tekijöiden mukaisesti. Ulkoinen tekijä voi olla esimerkiksi toistuva

mekaaninen hankaus sekä kudoksen venyminen, sisäinen sairaustekijä voi olla diabetes, alaraajojen verenkiertoon liittyvät sairaudet tai syöpä.

Suomen haavanhoitoyhdistyksen (2010) mukaan haavat luokitellaan neljään eri luokkaan värin mukaisesti. Haavojen väriluokat ovat vaaleanpunainen, punainen, keltainen ja musta (Taulukko 2).

Haavan väri	Kuvaus	Hoito
Vaaleanpunainen	Ohutpintainen ihon uloimmassa kerroksessa sijaitseva umpeen kasvanut parantunut haava.	Haava tulee suojata, koska ihon pinta on ohut. Suojaamalla ehkäistään uuden vaurion syntyminen.
Punainen	Granuloiva haava eli uudiskudosta sisältävä haava. Haava ei eritä ja se on kivuton.	Suojaus haavanhoitosidoksen avulla. Haava tulee pitää kosteana paranemisen edistämiseksi.
Keltainen	Fibriinikatteinen haava. Kate väriltään kellertävää tai vihertävää. Kate voi olla sitkeää tai juoksevaa. Haava voi myös olla infektoitunut.	Katteen poistoa mekaanisesti edellytetään, jotta haava paranee.
Musta	Nekroottinen haava. Haavalla kuollutta mustaa kudosta.	Nekroottinen kudos tulee poistaa haavalta. Mikäli haavalle jää nekroottista kudosta iho ei pääse uusiutumaan ja haavan paraneminen ehtyy.

Taulukko 2: Haavojen luokittelu (Suomen haavanhoitoyhdistys 2010)

3.2 Hoitotuotteen valinta

Haavanhoitotuotteita on useita erilaisia ja ne valitaan aina yksilöllisesti haavan mukaan. Valintaan vaikuttaa haavan sijainti, koko, erityyppisyys, ympäröivän kudoksen tilanne ja kustannukset. Haavanhoitotuotteet luokitellaan geneerisesti eli rinnakkaisluokitellaan vaikutusmekanismin mukaisesti (taulukko 3). Kun haavanhoitotuotteita luokitellaan geneerisesti, helpottaa se oikean tuoteryhmän tuotteen valintaa. Geneerisestä nimestä tulee ilmi tuotteen päävalmistusaine ja geneerisen luokittelun yhtenä tarkoituksena on myös helpottaa saman tuoteryhmän tuotteiden löytämistä. Geneerinen luokittelu auttaa myös etsimään eri hintaluokan tuotteita samasta ryhmästä. Sidoksia on aktiivisia, passiivisia ja interaktiivisia. Passiivisissa tuotteissa ei ole vaikuttavia aineita, eivätkä ne ole kosketuksissa haavapohjaan. Aktiivisiksi tuotteiksi luokitellaan eri mekanismeilla aktiivisesti toimivat haavanhoitotuotteet. Aktiiviset tuotteet voivat sisältää lääkeaineita ja antimikrobisia ominaisuuksia, myös tekoiho luetaan tähän

ryhmään. Interaktiiviset tuotteet aktivoituvat tuotteen joutuessa kosketuksiin haavaeritteen kanssa. Interaktiivisiksi tuotteiksi luokitellaan muun muassa hopeatuotteet, hydrogeelit, kolloidit sekä nesteellä aktivoitavat tuotteet. (Krooninen alaraajahaava 2014; Juutilainen & Hietanen 2018, 149-166.)

Haavasidoksilta vaaditaan useita ensisijaisia ja toissijaisia ominaisuuksia. Ensisijaisia ominaisuuksia ovat sidosten turvallisuus, allergisoimattomuus, sopiva imukyky, hengittävyys, istuvuus ja CE-merkintä. Toissijaisia ominaisuuksia ovat infektioiden ehkäisy ja hoito, hemostaattisuus eli verenvuotoa tyrehdyttävä, tarvittaessa steriiliys, esteettisyys ja kustannustehokkuus. (Krooninen alaraajahaava 2014; Juutilainen & Hietanen. 2012, 137-159.)

TUOTE	KÄYTTÖTARKOITUS
Harso- ja kuitukangassidos	-Ensi- tai toissijainen sidos -Suojaamaan -Mekaaniseen puhdistukseen -Imeväksi sidokseksi
Putkisidos ja kierreside	-Pitämään ensisijaiset sidokset paikoillaan -Tukemaan -Ehkäisemään arpia ja turvotusta esim. palovammapotilailla
Haavateippi	-Kiinnittämään ensi- ja toissijaisia sidoksia -Suojaamaan pieniä nirhaumia
Haavakontaktisidos	-Ensisijaisia sidoksia -Rasvaverkot kuiville haavoille -Lieville palovammoille -Ihon ottokohdille ja ihonsiirteille -Rakkuloille -Säärihaavoille
Haavakalvo ja ihonsuojasuuhke	Ensisijainen sidos -Vähän erittäville puhtaille ja pinnallisille haavoille -Suojaamaan uutta epitelisaatiota -Ihon ottokohdille -Hankaumille/rakkuloille -Pinnallisille palovammoille -Suojaamaan haavaa ympäröivää ihoa
Hydrokolloidi	-Ensi- tai toissijaiseksi sidokseksi -Epitelisoituville ja granuloiituville haavoille -Vähän tai kohtalaisesti erittäville fibrinikatteisille haavoille -Nirhaumien ja hiertymien suojaksi
Hydrogeelit	-Kuiville ja vähän erittäville haavoille -Kosteuttajana paljaille luu- ja jännepinnoille -Irrottamaan nekroottista kudosta -Granuloivalle haavalle -pätasaisten haavojen pohjalle
Vahtosidos	-Ensisijainen sidos -Erittäville haavoille -Nirhaumille ja rakkuloille -Ihon ottokohdille -Kroonisille haavoille -Pinnallisille ja syville haavoille, myös fisteihin
Alginaattisidos	-Ensisijainen sidos -Kroonisille haavoille, jotka erittävät kohtalaisesti tai runsaasti
Hydrokuitusidos	-Ensisijainen sidos -Erittäville haavoille -Granuloille ja fibrinikatteisille kroonisille haavoille -Voidaan käyttää onkalohaavoissa
Erytyiskäsitelty kangassidos	-Ensisijainen sidos -Vähän ja kohtalaisesti erittäville haavoille -Sieni-infektio ja bakteerihaavoille -Onkalo- ja fistelihaavoille -Pinnallisille ja syville haavoille
Hopeasidokset	-Ensisijainen sidos -Infektion ehkäisyyn ja jo infektoituneen haavaan -Useita eri geneerisiä luokkia ja valmisteita - Käyttökohteen mukaan
Hunaja	-Infektoituneille haavoille -Pinnallisille ja syville haavoille -Helpottamaan mekaanista puhdistusta
Pihka	-Avointen haavojen hoitoon -Infektoituneille ja kontaminoituneille haavoille -Nekroottisille haavoille -Sieni-infektioihin -nirhaumille ja hankaumille
Kadexomeeripohjainen sidos	-Ensisijainen sidos -Valtimo- ja laskimoperäisille kroonisille haavoille -Infektoituneille, haiseville ja erittäville haavoille
Haavatyyny	-Ensi- tai toissijainen sidos -Imemään haavaeritettä -Suojaaksi haavalle
Aktiivihiihisidos	-Ensi- tai toissijainen sidos -Pahanhajuisille haavoille -Runsaasti erittäville -Hoitovasteettomille haavoille

Taulukko 3: Haavanhoitotuotteita ja käyttötarkoituksia (Juutilainen & Hietanen 2012, 141-159)

3.3 Kompressiohoito

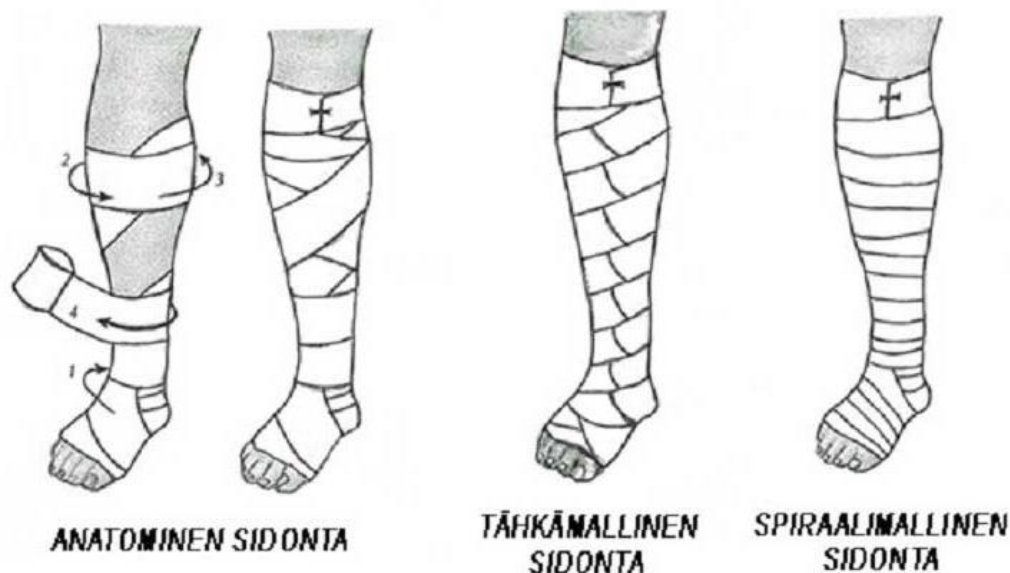
Kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidon perustana on jalkojen turvotuksen hoito kompressiohoidon avulla. Kompressiohoito toteutetaan tukisidoksilla tai lääkinällisillä hoitosukilla. Hoidon tarkoituksena on saada ulkoisen puristusvoiman avulla kudoksiin joutunut neste palaamaan laskimoihin ja imusuoniin parantamalla pohjelihaspumpun toimintaa. Hoidon tarkoituksena on puristaa raajaa alhaalta ylöspäin. Hoidon keskeytyessä oireet palaavat. (Vauhkonen & Holmström 2012, 184; Vikatmaa & Saarinen, 2016.)

Ennen kompressiohoidon aloittamista tulee tehdä ABI-mittaus, jonka avulla varmistetaan kompressiohoidon soveltuvuus. Mittauksista saatavat ABI-arvot antavat tiedon kuinka voimakasta kompressiohoitoa voidaan käyttää. ABI-arvon ollessa yli 0,8 voidaan käyttää voimakasta kompressiohoitoa. Jos hoidettava on ikääntynyt tai hänellä on diabetes, voimakas sydämen vajaatoiminta, reuma tai ABI-arvot ovat välillä 0,6-0,8 tulee kompressiohoidon olla kevyempi. Kompressiohoidon voimakkuutta voidaan tutkia painemittauksen avulla. Mikäli ABI-arvo on alle 0,5 kompressiohoitoa ei tule käyttää lainkaan. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Kompressiosidoksia on runsaasti joustavia ja vähän joustavia. Sidokset valitaan yksilöllisesti. Runsaasti joustavia sidoksia käytetään liikuntakyvyttömillä ja jäykistetyn nilkkanivelen omaavilla. Runsaasti joustavat sidokset poistetaan yöksi. Vähän joustavat tukisidokset sopivat liikkuville ja niitä voi käyttää vuorokauden ympäri. Sidostekniikoina käytetään tähkäsidontaa, spiraalimallia sekä anatomista sidontatekniikkaa (Kuvio 3). Riippumatta sidontatekniikasta nilkan tulee olla 90 asteen kulmassa tukisidoksia laitettaessa. Sidoksen tulee päätyä kaksi sormenleveyttä polvitaiteen alapuolelle. Paineen tulee keventyä polvea kohti. Sidoksia ei tule laittaa paljaalle iholle, alle voidaan laittaa esimerkiksi putkisukkaa ja tarvittaessa painetta voidaan keventää kipsivanulla. Puristusluokka määräytyy käyttöaiheen mukaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 305-309.)

Turvotuksen vähentyessä voidaan siirtyä kompressiosidoksista lääkinällisiin hoitosukkiin. Hoitosukat valmistetaan mittojen mukaan, jos standardikoko ei ole sopiva. Puristusluokan ja sukan pituuden määrittää lääkäri. Hoitosukkia on runsaasti erilaisia, kärjestä umpinaisia tai avonaisia. Niitä on saatavilla eri pituisina sekä myös sukkahousumallissa. Materiaalin väsymisen johdosta tulisi hoitosukat uusia vähintään kuuden kuukauden välein. Mikäli lääkinälliset hoitosukat eivät sovi, voidaan harkita antiembolia tai lentosukkia, koska pienenkin paineen katsotaan hyödyttävän enemmän kuin ei painetta ollenkaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 308-309.) Suuri osa laskimoperäisistä haavoista paranee muutaman kuukauden kuluessa kompressiohoidon aloituksesta. Kompressiohoitoa tulee jatkaa myös haavan parannuttua.

Kompressihoidon jatkumisen avulla ehkäistään uusien laskimoperäisten haavojen syntymistä. (Krooninen alaraajahaava 2014.)



Kuvio 3: Tukisidosten laittaminen (Tukisidosten laittaminen 2007)

3.4 Aseptiikka

Aseptiikka on toimintatapa, jonka tarkoituksena on ehkäistä infektioita ja niiden leviämistä (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 94). Haavanhoidossa tulee noudattaa aseptista työjärjestystä, mikä käytännössä tarkoittaa puhtaasta likaiseen etene- mistä. Ensin tulee hoitaa potilaat, joilla ei ole haavassa infektiota. Viimeisenä hoidetaan in- fektoituneet haavat. Mikäli samalla potilaalla on useita haavoja, haavat tulee hoitaa siinäkin tapauksessa aseptisessä järjestyksessä eli puhtaasta haavasta likaiseen haavaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 125.) Hyvään aseptiikkaan sisältyy myös tarvittavien suojavarusteiden käyttö, hyvä käsihygieniä sekä potilaskohtaiset haavanhoitotuotteet (Krooninen alaraajahaava 2014).

Haavanhoidossa käytettäviin suojavarusteisiin haavatyypistä riippuen kuuluu tehdaspuhtaat suojakäsineet, suu-nenäsuojus, suojatakki- ja esiliina, hengityksensuojain sekä hiussuojus. Suojainten tarkoituksena on suojata potilasta ympäristön mikrobeilta ja hoitajan välityksellä tapahtuvalta kontaminaatiolta sekä suojata hoitajaa eriteroiskeilta ja tartuntataudeilta. Tu- berkuloosia sairastavan potilaan haavanhoidossa käytetään kertakäyttöistä FFP3 hengityksen- suojainta, jonka suojausteho on 98 %. Hiussuojus ei ole välttämätön, jollei haava ole runsaasti erittävä. Käsineet valitaan hoitajan ja käyttötarkoituksen mukaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 127-129.) Suojavarusteet tulee pukea ja riisua aseptisessä järjestyksessä. Suojaimet puetaan seuraavassa järjestyksessä: Ensin desinfioidaan kädet, puetaan tarvittaessa suojalasit

ja hiussuojus, asetetaan suu-nenäsuojus, puetaan kertakäyttöinen suojatakki tai suojaesiliina, desinfioidaan kädet uudelleen ja puetaan suojakäsineet. Suojaimet riisutaan: Avataan suojatakin tai suojaesiliinan vyötärönauha, riisutaan suojakäsineet, avataan suojatakin tai suojaesiliinan niskanauha ja riisutaan se ilman, että kosketaan kontaminoituneeseen ulkopintaan, riisutan suu-nenäsuojus ottaen kiinni nauhoista, riisutaan hiussuojus ja suojalasit koskematta ihoon ja hiuksiin ja lopuksi desinfioidaan kädet. (Rautava -Nurmi ym. 2016, 117.) Kädet tulee desinfoida aina ennen suojakäsineiden laittamista. Suojakäsineet vaihdetaan aina jokaisen työvaiheen, toimenpiteen ja asiakkaan jälkeen puhtaisiin. (Juutilainen & Hietanen 2018, 127.)

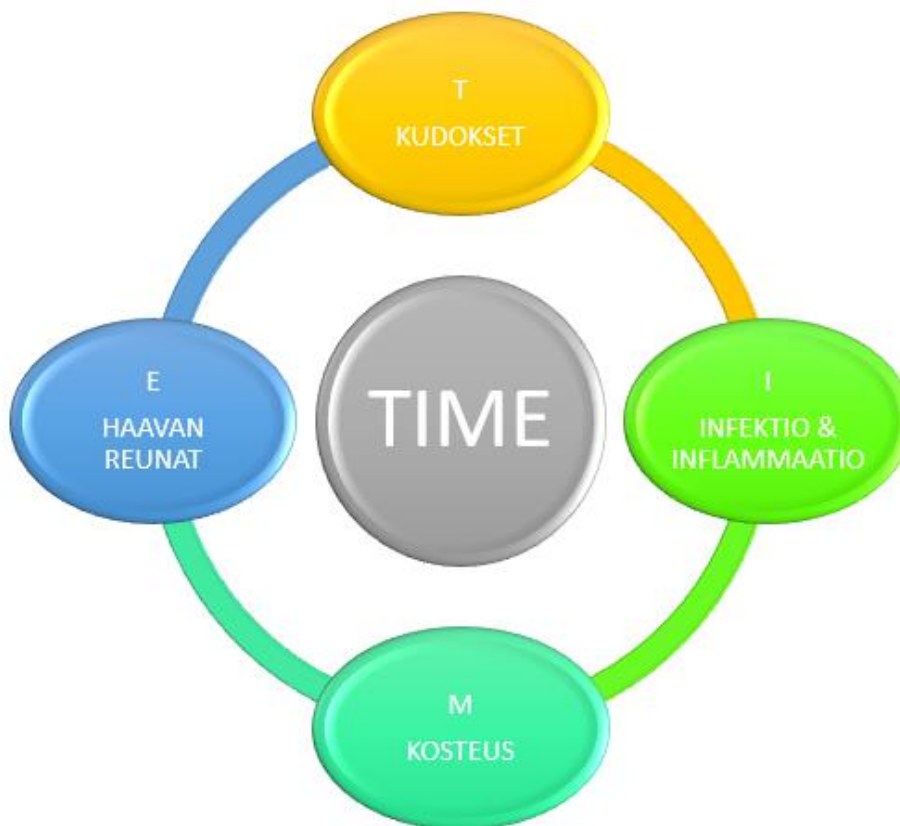
Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus on yhdessä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa kehittänyt Khyhkä-toimintamallin (2015), jossa seurataan ja kehitetään käsihygienian toteutusta. Toimintamallin tarkoituksena on infektioiden torjuminen ja se soveltuu käytettäväksi sote-alan yksiköissä. Toimintamalli perustuu vahvasti näyttöön. Heikkinen (2018, 1, 30) käy Pro gradu -tutkielmassaan läpi hoitoon liittyviä infektioita, jotka ovat yleisimpiä komplikaatiotapauksia hoidon yhteydessä. Käsihygienian on katsottu olevan merkittävin tekijä hoitoon liittyvissä infektioissa. Hyvällä käsihygienialla ehkäistään infektioita ja niiden leviämistä sekä edistetään potilasturvallisuutta. Käsien desinfointiaika ei tutkimuksen seuranta-ajalla juuriakaan muuttunut, ollen noin 20 sekuntia ennen ja jälkeen potilaskontaktien eli 10 sekuntia vähemmän kuin suositukset. Puska (2013, 32-35) on puolestaan tutkinut Pro gradu -tutkielmassaan hoitohenkilökunnan tietoja tavanomaisista varotoimista ja hoitoon liittyvistä infektioista vuodeosastolla. Tutkimuksen tulokset eivät olleet kehuttavia. Vain yksi tutkimukseen osallistuvista hoitajista vastasi tutkimuskysymyksiin kaikkiin oikein. Tutkimusten mukaan hoitajien hygieniaosaaminen vaikuttaa heikolta. Tutkimustulokset puhuvat lisä- ja täydennyskoulutusten tarpeesta.

3.5 Haavan puhdistusmenetelmät

Haavan puhdistamisen tavoitteena on luoda haavan paranemiselle otolliset olosuhteet koskien oikeaa lämpötilaa, happamuusastetta ja kosteusbalanssia eli kosteustasapainoa. Haavan jäähtyminen hidastaa haavan paranemista, jonka takia haava tulisi hoitaa mahdollisimman nopeasti sidosten avaamisen jälkeen. Otollisin lämpötila haavalle on + 37 celsiusastetta. Mikäli haava pääsee jäähtymään haavan lämpötilan palautuminen oikeaksi saattaa kestää useamman tunnin. Haavan happamuusasteen tulisi olla hapan. Happamat olosuhteet edistävät haavan paranemista ehkäisemällä bakteerikasvua. Haavan kosteusbalanssi pysyy oikeana, kun käyttöön on valittu oikeat haavanhoitotuotteet. Kosteusbalanssin ollessa epätasapainossa haavanhoitotuotteet voivat jäädä haavapohjaan kiinni, jolloin sidosten poistamisen tulisi tapahtua varovaisesti vettä tai keittosuolaa käyttäen, jottei ympäröivä iho ja mahdollinen granuloiva kudος vaurioidu. (Juutilainen & Hietanen 2018, 50, 201; Hietanen 2017.)

European Wound Management association (2004) on laatinut haavan paikallishoitoa koskevat suositukset. TIME -mallissa on neljä osatekijää Tissue eli kudokset, Inflammation and

Infection eli Inflammatio ja infektiö, Moisture balance eli kosteustasapaino sekä Edge of the wound eli haavan reunat (Kuvio 3). TIME -mallin avulla voidaan arvioida haavaa ja suunnitella haavalle oikeat hoitomuodot (EWMA 2004).



Kuvio 4: TIME -malli

Kipu on subjektiivinen kokemus ja se pitää aina huomioida haavanhoidossa. Hyvä ja riittävä kivunhoito luo hyvät lähtökohdat haavanhoidolle ja haavan paranemiselle. Haavakipua voidaan arvioida erilaisin menetelmin, mm. haastattelemalla, havainnoimalla ja käyttämällä erilaisia kipumittareita kuten NRS, VAS, kipukiila ja kipujana. Kipumittari valitaan yhdessä asiakkaan kanssa ja samaa menetelmää käytetään aina jatkossa. (Juutilainen & Hietanen 2018, 97-102.) Potilas ohjataan ennen haavanhoitoa ottamaan kipulääke suun kautta noin tuntia aikaisemmin ja tarvittaessa haava puudutetaan pintapuudutteella ennen haavan mekaanista puhdistusta esimerkiksi lidokaiinia sisältävällä pintapuudutegeelillä (Hietanen 2017). Haavan puhdistustapoja on seitsemän: Mekaaninen, entsyymaattinen, kemiallinen, autolyttinen ja biologinen puhdistus sekä kirurginen revisio ja ekskisio (Krooninen alaraajahaava 2014).

Haavan mekaaninen puhdistaminen fibriinikatteesta on tärkein puhdistusmenetelmä koskien kroonisia haavoja. Kuollut kudos ylläpitää haavan tulehduksellista tilaa ja sitä kautta myös ehkäisee haavan paranemisen edellytyksenä olevaa korjaus vaihetta. Mekaaninen puhdistus

tapahtuu saksien, atuloiden, rengaskyretin tai haavakauhan avulla. Mekaaniseen puhdistukseen luetaan myös muun muassa alipaineimuhoito ja haavan suihkut. Tarkoituksena on tehokas fibriinikatteen poistaminen haavapohjasta ja sitä kautta edistää haavan paranemisprosessin kulkua. (Juutilainen & Hietanen 2018, 86; Krooninen alaraajahaava 2014.)

Entsyaattisen puhdistuksen avulla voidaan hajottaa nekroottista kudosta. Menetelmä perustuu kollageeniasivalmisteiden kollageenia pilkkovaan vaikutukseen hajottaa kudosta kosteissa oloissa. Entsyaattista puhdistusta käytetään vain yhdessä mekaanisen puhdistuksen kanssa, ei ainoana hoitomuotona. (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Kemialliseen puhdistukseen kuuluu antibakteeriset, kuollutta kudosta hajottavat sekä likaa irrottavat menetelmät kuten pihka- ja hunajavoiteet, antibakteeriset haavasidokset ja antiseptiset liuokset (Juutilainen & Hietanen 2018, 87).

Autolyttinen puhdistusmenetelmä pilkkoo kollageenia, jonka avulla nekroottinen kudos on kiinnittynyt terveeseen kudokseen. Menetelmä on hoidettavalle kivuton. Parhaiten menetelmä toimii yhdessä kosteuttavien haavanhoitotuotteiden kanssa. (Juutilainen & Hietanen 2018, 86; Krooninen alaraajahaava 2014.)

Biologisella puhdistuksella tarkoitetaan toukkahoitoa. Toukkahoito on Suomessa lääkelaitoksen erityslupaa vaativa hoitomuoto. Toukat vaikuttavat sylkensä ja alkalisoivien yhdisteiden tuottamisen ansiosta antibakteerisesti antibiooteille vastustuskykyisiä mikrobikantoja kohtaan. (Jokinen, Sipponen, Lohi & Salo 2009.) Toukkahoitoa käytetään erityisesti infektoituneiden haavojen hoidossa, mutta se sopii hoitomuodoksi suurimmalle osalle haavoista poikkeuksena kuivat haavat, onkalohaavat, nekroottiset haavat, diabeettiset varvashaavat sekä alaraajojen haavat verenkierron ollessa heikentynyt. Toukat elävät 3-5 vuorokautta, toukkien tilanne tulee tarkastaa kuitenkin säännöllisesti. (Jones 2009.)

Kirurgisessa revisiossa haavasta poistetaan terveen ja sairaan kudoksen rajan saakka kaikki nekroottinen ja infektoitunut kudos. Ekskision avulla taas voidaan nopeasti ja tehokkaasti poistaa kaikki nekroottinen ja huonolaatuinen kudos. Ekskisiossa poisto on laajempi ulottuen myös terveeseen kudokseen. Tämän avulla varmistetaan, että kaikki haavan paranemiseen haitallisesti vaikuttavat tekijät poistuvat. Haava muuttuu ekskision myötä puhtaaksi akuutiksi haavaksi, jolloin paranemisen edellytykset kohoavat. (Juutilainen & Hietanen 2018, 86.)

3.6 Haavan arviointi ja kirjaaminen

Kroonista laskimoperäistä haavaa hoidettaessa tulee haavan tilannetta arvioida jokaisen haavanhoitokerran yhteydessä. Sidosten poistamisen yhteydessä arvioidaan haavanhoitotuotteen toimivuutta sekä sopivaa sidostenvaihtoväliä. Eritteen määrä tulee arvioida silmämääräisesti. Eritteen määrä ilmaistaan sanallisesti, asteikolla niukka, kohtalainen tai runsas tai merkillä +. Yksi + tarkoittaa niukkaa eritystä, kaksi kohtalaista ja kolme runsasta. Eritteen väriä ja hajua

tulee arvioida. Runsas erityys, erityksen koostumus, kipu ja voimakas hajua voivat viitata infektoon. Haavaa ympäröivän ihon kuntoa tulee seurata maseroitumisen eli vettymisen varalta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 221; Hietanen 2017.) Haavan seurantaan kuuluu oleellisesti haavan koon mittaaminen. Haava mitataan haavanhoidon jälkeen. Haavan koko tulee mitata siihen tarkoitettulla mitalla senttimetreissä ja merkitä potilastietoihin. Haavasta voidaan ottaa myös valokuva mitan kanssa. Valokuvat otetaan ennen haavanhoitoa sekä sen jälkeen. Valokuvaus olosuhteiden tulisi olla aina samanaikaiset, jotta voidaan luotettavasti arvioida haavan paranemista. (Juutilainen & Hietanen 2018, 61, 74-75.)

Arvioitaessa haavan parantumista tulee tietää haavan paranemisen vaiheet: inflammaatio-, proliferaatio- ja maturaatiovaihe eli tulehdus-, uudelleenmuodostumis- ja kypsymisvaihe. Haavan pinnalla voi olla näkyvissä useita eri paranemisvaiheita samanaikaisesti. Akuutin haavan inflammaatiovaiheessa haavalle jääneet neutrofiilit ja verihiutaleet lähettävät muita valkosoluja kutsuvia välittäjäaineita. Neutrofiilit ovat yleisin elimistössä esiintyvä valkosolutyypin. Valkosolujen tehtävänä on puhdistaa ja puolustaa syntynyttä haavaa. Kroonisissa haavoissa inflammaatiovaihe on usein pitkittynyt ja aktiivinen, koska tulehdussolut hakeutuvat yhä uudelleen haava-alueelle. Proliferaatio vaiheen aikana haavan pinnalle kasvaa granulaatiokudosta. Granulaatiokudos kasvaa haavan reunoilta ja pohjasta. Haavan paraneminen hidastuu, jos haavalla on katetta tai nekroottista kudosta. Maturaatiovaihe voi kestää jopa vuosia. Sen aikana granulaatiokudos muuttuu pikkuhiljaa sidekudosarveksi, joka sisältää vain vähän soluja. (Iivanainen & Syväoja 2012, 343; Salmi & Meri 2011) Haavanhoitovälit riippuvat sidoksesta, haavaerityksestä sekä haavan paranemisen vaiheesta. Hyväkuntoiselle granuloivalle haavalle riittää sidosten vaihto 3-5 vuorokauden välein. Mikäli haavassa on todettu infektio tai erityys runsasta, tulee sidokset vaihtaa useammin. Erityksen ollessa runsasta voi riittää, että vaihtaa vain passiiviset sidokset. (Hietanen 2017.)

Haavanhoidon kirjaamisessa tulisi käyttää rakenteista kirjaamismallia. Kinnusen (2013, 39) väitöskirjassa mainitaan, että rakenteinen kirjaaminen tuottaa paljon hyötyä niin potilaan hoitoa toteuttaville ammattilaisille sekä päätöksentekoon kehittämistoimintaa ja tutkimuksia varten alueellisella, valtakunnallisella ja kansainvälisellä tasolla. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa tiedon hakua sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Väitöskirjassa (2013, 39) mainitaan myös, että hoitajat ovat sitä mieltä, että rakenteinen kirjaaminen helpottaa hoitajien työtä ollen tehokkaampi ja nopeampi tapa kirjata. Hoitajien mielestä rakenteinen kirjaaminen auttaa toteuttamaan laadukasta ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

Haavanhoidon kirjaamisessa käytetään FinCC eli Finnish Care Classification luokituskokonaisuutta. FinCC sisältää suomalaisen hoitotyön tarve-, toiminto- ja tulosluokituksen. Hoitotyön prosessiin kuuluu: Hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi. Haavanhoidot kirjataan kudoseheys-komponentin alle. Kuvaava ja

arvioiva kirjaaminen on hyvän hoidon lähtökohta. Hoitosuunnitelmaa tulee muuttaa tarpeen mukaan. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 45-47.)

4 Opetusvideo

Liikkuva kuva on monipuolinen työväline ja sitä voidaan käyttää monella eri tapaa ja tavoitteellisesti. Liikkuvaa kuvaa pidetään hyvänä välineenä ammatilliseen oppimiseen. Hakkaraisen ja Kumpulaisen (2011, 11-14) teoksessa mainitaan erityinen Schwartzin ja Hartmanin vuonna 2007 kehittänyt kehämalli, jota voidaan käyttää videon suunnittelun apuna. Mallin ytimeen on sijoitettu neljä oppimisen ulottuvuutta, joita voidaan tukea videon avustuksella. Nämä neljä oppimisen ulottuvuutta ovat: näkeminen, tekeminen, sitoutuminen ja kertominen. Mallin avulla voidaan tutustua moniin eri videon käytön mahdollisuuksiin. Liikkuva kuva mahdollistaa uusia oppimisen ulottuvuuksia, näkeminen on pedagogisessa mielessä ensisijaista oppimisen kannalta. Videon käytön tavoitteena on käsiteltävään asiaan tutustuminen ja sen tuleminen tutuksi. Liikkuvan kuvan käyttö voi auttaa erottamaan kohteista sellaisia asioita ja yksityiskohtia, jotka eivät erotu paljaisiin silmiin tai erottuvat huonosti. Tekeminen vaiheeseen sisältyy oppiminen. Demonstraatiovideolla voidaan tukea ja avustaa opiskelijaa oppimaan tarvittavia taitoja. Kun opetettava asia on monimutkainen, video voidaan tehdä osa-osalta, kertojan kertoessa taustalla videokuvan vaiheita ja esitettyjä asioita. Sitoutumisen ulottuvuudessa videota voidaan käyttää välineenä opiskelijoiden kiinnostuksen herättämiseen. Kertominen vaiheessa pyritään siihen, että aiheesta kerrotaan ja se opitaan. Ääntä voi tukea lisämällä esimerkiksi tekstiä tai selostuksen kuvan päälle.

Hyvä opetusvideo on etukäteen hyvin suunniteltu, jäsennelty ja tarpeeksi tiivistetty. Aiheen pitää olla opetusvideolle sopiva. Opetusvideolta pitää tulla ilmi olennaiset asiat mahdollisimman tiiviissä muodossa. Kuvausolosuhteiden tulee olla mahdollisimman valoisat ja kameran liikkeen on oltava mahdollisimman tasainen ja vakaa. Kuvakolla voidaan vaikuttaa käsiteltävän asian kiinnostavuuteen. Läheltä kuvatessa käsiteltävä asia ei jää niin etäiseksi verrattuna kaukaa kuvattuun asiaan. (Helsingin yliopisto.)

Opetusvideon tarkoituksena on syventää oppimisprosessia. Opetusvideo tukee opiskelijan oppimista konkreettisella tasolla, koska opiskelija itse näkee käytännössä opiskeltava asian. Tämän myötä oppiminen muuttuu syvällisemmäksi ja konkreettisemmäksi (Opetushallitus Opetusvideo toimii työvälineenä mallioppimiseen, joka edesauttaa taitojen oppimista. Käytännössä mallioppiminen tarkoittaa opetusvideotarkoituksessa sitä, että katsoja mallintaa näkemäänsä käytäntöön. (Hakkarainen & Kumpulainen 2011, 12-13.) Videon ei välttämättä tarvitse olla elävää kuvaa sisältävä, vaan myös Powerpoint ohjelmalla tehtyyn videoon voi liittää ääntä ja kuvaa (Säntti 2015).

Rochesterin yliopiston professori Philip Guon (2013) mukaan optimaalinen opetusvideon pituus on kuusi minuuttia tai alle. Tämän pituisen opetusvideon jaksoi opiskelija katsoa lähes

kokonaan. Mikäli opetusvideon pituus ylittää 12 minuuttia, seurasivat opiskelijat sitä keskimäärin vain kolmen minuutin ajan.

5 Sairaanhoidajaopinnot

Ammattikorkeakoulujen toimintaa ohjaavat laki ja säädökset, joten toiminnan pitää olla laikiin perustuvaa. Ammattikorkeakoululaki (932/2014) määrittelee ammattikorkeakoulujen toiminnan ja tehtävät. Ammattikorkeakoulut kuuluvat yhdessä yliopistojen kanssa korkeakoululaitokseen. Laki sisältää pykälät ammattikorkeakoulujen yleisistä säännöksistä, toimiluvista ja toimiehdoista, opetuksesta, tutkinnoista, tutkimus- ja kehittämistoiminnasta, organisaatiosta, henkilöstöstä, hallintokielestä, opiskelusta ammattikorkeakoulussa, opiskelijoista, ohjauksesta, rahoituksesta, taloudesta, muutoksenhausta ja erinäisistä säädöksistä. (Ammattikorkeakoululaki 2014.)

Opetussuunnitelman pohjalta tehdään opiskelijalle HOPS eli henkilökohtainen opetussuunnitelma. Sairaanhoidajan koulutuksen laajuus on 210 opintopistettä, josta 180 opintopistettä on ydinosaamista ja 30 opintopistettä on täydentäviä opintoja. Ammattitaitoa edistävien harjoitteluiden osuus on vähintään 75 opintopistettä 210:stä opintopisteestä. Ydinosaaminen jakautuu Laurea-ammattikorkeakoulussa kuuteen 30 opintopisteen moduuliin, joita ovat I: Asiakaslähtöisen hoitotyön lähtökohdat, II: Terveystiedon edistäminen ja kansansairauksien hoitotyö, III: Päätöksenteko kliinisessä hoitotyössä, IV: Nursing care in the promotion of client's participation and well-being at different life stages, V: Uudistuva ja vaikuttava hoitotyö sekä VI: Kehittämisosaaaja ja työelämän uudistaja. Sairaanhoidajaopintojen aikana haavanhoitoa käsitellään moduuleissa I, II ja III. Moduuliin I kuuluu anatomian ja fysiologian opinnot, joissa käsitellään haavojen hoitoon kuuluvaa anatomiaa kuten ihon rakennetta ja tehtäviä sekä verisuoniston toimintaa ja rakennetta. Lisäksi moduuliin I kuuluu painehaavojen ennaltaehkäisyä teoriassa. Moduulissa II käydään läpi kroonisten haavojen teoriaa ja hoitoa. Moduulissa III käsitellään kirurgisten ja akuuttien haavojen hoitoa. Haavanhoitoa opiskellaan myös osaltaan ammattitaitoa edistävissä harjoitteluissa I, II ja III, riippuen sairaanhoidajaopiskelijan valitsemista harjoittelupaikoista. Mahdollisuus haavanhoitoon on myös ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa IV, jonka voi suorittaa myös terveysasemilla, joissa haavanhoito on osa sairaanhoidajan työnkuvaa. Näiden lisäksi valitaan yhteensä 30 opintopistettä valinnaisia täydentäviä opintoja. Tutkintonimike on Sairaanhoidaja (AMK) ja opiskeluaika on opetussuunnitelman mukaan 3,5 vuotta. (Laurea 2016a.)

Sairaanhoidajaopintojen sisällöstä on säädetty EU-direktiivillä 2005/36/EU ja täydennetty direktiivillä 2013/55/EU. EU-direktiivin avulla varmistetaan, että sairaanhoidajanopintojen osaamisvaatimukset ovat samat EU-maiden sisällä. Tämä mahdollistaa työskentelyn eri EU-maissa. EU-Direktiivin mukaan sairaanhoidajankoulutuksen on kestävä vähintään kolme vuotta ja siihen tulee sisältyä 4600 tuntia opetusta. (EU-Direktiivi 2013/55/EU.)

6 Työelämäkumppani

Laurea-ammattikorkeakoulu toimii Uudenmaan alueella pitäen sisällään kuusi kampusta. Kampukset toimivat Espoossa Otaniemessä ja Leppävaarassa, Lohjalla, Vantaalla, Porvoossa ja Hyvinkäällä. Laureassa opiskelee noin 7800 opiskelijaa ja se työllistää noin 500 henkilöä. Laurean ammattikorkeakoulun opetuksessa ihmiset ja vuorovaikutus ovat suuressa osassa ja Laurean motto onkin ”Yhdessä enemmän”. Opetus perustuu suurelta osin kehittämispohjaiseen oppimismalliin eli Learning by Developing -malliin. Käytännössä tämä tarkoittaa läheistä työskentelyä työelämän kanssa muun muassa erilaisten projektien ja kehittämistehtävien merkeissä. Oppimismallin myötä opiskelijat luovat suhteita työelämään jo opintojen aikana. (Laurea.)

Sairaanhoitajakoulutusta järjestetään Laureassa päiväopetuksena, monimuoto-opetuksena sekä verkkototeutuksena. Laurea-ammattikorkeakoulusta valmistuu Suomessa kaikista korkeakouluista eniten sairaanhoitajia ja on näin ollen suurin sairaanhoitajien kouluttaja. Vetovoiman syynä on osittain ainakin se, että Laurean kampukset ovat keskittyneet suurten sairaaloiden ympärille. (Laurea 2018.)

Laurea-ammattikorkeakoululla on oma videoportaali, johon on talletettu opiskelijoille materiaalia opintojen tueksi. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön opetusvideo on tallennettu video.laurea.fi sivustolle. Opiskelijat pääsevät kirjautumaan portaaliin omilla Laurea-ammattikorkeakoulun myöntämällä tunnuksilla. Kaikkien kampusten sairaanhoitajaopiskelijat ja opettajat voivat käyttää portaalin materiaaleja vapaasti. Portaali hyödyttää erityisesti pääsääntöisesti verkossa opiskelevia sairaanhoitajaopiskelijoita. (Laurea 2016b.) Verkkopainotteisessa koulutuksessa lähiopetustunteja on vain muutaman kerran kuukaudessa (Laurea 2018).

Laurean internetsivuilla kerrotaan, että vuonna 2015 jopa 93,7 % Laurea-ammattikorkeakoulusta valmistuneista työllistyi vuoden sisällä valmistumisesta. Laurea-ammattikorkeakoulun palvelulupaus kuuluu ”Me Laureassa olemme juuri sinua varten”. Laurea-ammattikorkeakoulu on saanut myös KARVI auditoinnin vuonna 2016 ja se on voimassa kuusi vuotta. Auditoinnin myötä Laurea-ammattikorkeakoulu täyttää korkeakoulujen laadunhallinnan kansalliset kriteerit ja vastaa eurooppalaisia periaatteita ja suosituksia. Laurea-ammattikorkeakoulun toiminnan perusta on laadunhallinta ja jatkuva toiminnan kehittäminen. (Laurea.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidosta sairaanhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidossa.

8 Opinnäytetyöprosessi

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Salosen (2013, 16-19) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön prosessi koostuu seitsemästä erilisestä vaiheesta eli aloitusvaiheesta, suunnitteluvaiheesta, esivaiheesta, työstövaiheesta, tarkistusvaiheesta, viimeistelyvaiheesta sekä valmiista tuotoksesta. Aloitusvaiheessa tulee ottaa huomioon tulevan tuotoksen tarpeellisuus, kehittämistehtävä, toimintaympäristö sekä tuotoksen parissa olevat toimijat sekä toimijoiden sitoutuneisuus ja osallisuus tehtävään. Kehittämishanketta aletaan suunnitella aloitusvaiheen jälkeen. Suunnitteluvaiheeseen kuuluu kirjallisen suunnitelman laatiminen eli tässä tapauksessa opinnäytetyösuunnitelman laatiminen. Esivaiheen aikana opinnäytetyön laatijat organisoivat tulevaa työskentelyä ja tekevät ns. kenttätöitä. Esivaihe on yleensä kestoaltaan lyhyt ja tapahtuu opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen. Työstövaiheessa tapahtuu varsinainen tuotoksen tekeminen. Tämä vaihe on suunnitteluvaiheen jälkeen toiseksi tärkein. Työstövaihe on yleensä vaiheista pisin ja raskain, mutta myös ammatillisesti opettavaisin. Tarkistusvaiheessa opinnäytetyöntekijät pohtivat ja tarkastelevat oman työnsä tulosta. Viimeistelyvaiheessa opinnäytetyö hiotaan viimeiseen muotoonsa. Viimeistelyvaihe voi viedä paljon aikaa, joten opinnäytetyöntekijöiden tulee varata tälle vaiheelle riittävästi aikaa. Edellä mainittujen vaiheiden jälkeen syntyy valmis tuote. (Salonen 2013, 16-19).

Opinnäytetyön laatimisen tarkoituksena on osoittaa oman alansa asiantuntijuus eli taito soveltaa oppimaansa käytännön työtehtävissä (Laurea 2017, 11). Toiminnallisen opinnäytetyön aiheanalyysin laatimisessa tulee ottaa huomioon opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksen kohteet. Aiheen tulee olla motivoiva, jotta kiinnostus opinnäytetyön tekemiseen säilyy koko prosessin ajan. (Vilkka & Airaksinen 2013, 23.) Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää teoreettisen osuuden lisäksi jonkinlaisen konkreettisen lopputuotteen. Konkreettinen tuote voi olla esimerkiksi ohje, video tai tapahtuma. Lopputuotteen tulisi olla ennennäkemätön tai aikaisempaa tuotosta parempi (Salonen 2013, 25). Toiminnallisesta opinnäytetyöstä tulee laatia loppuraportti, joka ei kuitenkaan ole tutkimus. Loppuraportissa pitää pystyä näyttämään oman alansa asiantuntijuus sekä teorian ja käytännön yhdistämisen taito. Raportissa tulee myös näyttää, että osaa tuottaa sellaista tekstiä, joka vakuuttaa lukijan opinnäytetyöntekijän asiantuntijuudesta. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä tulee olla lähdekriittinen. Toiminnallisen opinnäytetyön tutkimuksellisuus perustuu täysin lähdekirjallisuuteen. Tässä opinnäytetyössä toiminnallinen tuotos on opetusvideo. Opetusvideo käsittelee kroonisten laskimoperäisten haavojen hoitoa ja niiden riskitekijöitä sekä ennaltaehkäisyä tärkeyttä. Opetusvideo on tarkoitettu opetusmateriaaliksi Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille.

8.2 Opetusvideon suunnittelu ja toteutus

Ennen videon teon aloitusta kirjoitettiin opinnäytetyösuunnitelma, johon sisältyi opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Videon suunnittelun ensimmäisen luonnostelma sekä käsikirjoitus on laadittu teoreettisen viitekehysten perusteella. Ennen varsinaista käsikirjoitusta laadittiin lyhyempi luonnostelma, niin sanottu synopsis. Synopsis sisälsi lyhyen luonnostelman aiheesta varsinaista käsikirjoitusta varten. Synopsisin pituus voi lyhyessä videossa olla vain muutaman rivin mittainen. Synopsisvaiheessa tulee miettiä myös videon kuvaamisen vaiheet aikajärjestyksessä. Synopsisista ei tarvitse välttämättä laatia kirjallisesti vaan se voi olla myös videon tekijän miettimä runko tulevasta käsikirjoituksesta. (Videotuotannon perusteet 2013.)

Tarkan pohdinnan ja synopsisin laatimisen jälkeen laadittiin varsinainen käsikirjoitus (Liite 1). Käsikirjoitus toimi sopimuksena tilaajan ja tekijöiden välillä. Opetusvideon suunnittelu lähti kohtausten suunnittelusta. Suunnitelman perusteella muodostettiin kohtausluettelo otokselta. (Ailio 2015, 6-9.) Hyvin mietitty ja laadittu käsikirjoitus on yksi tärkeimmistä asioista onnistuneen videon tuottamisessa (Videotuotannon perusteet 2013).

Käsikirjoitukseen otettiin mukaan keskeiset kroonisen laskimoperäisen haavan hoitoon liittyvät elementit. Näitä elementtejä ovat aseptiikan toteutuminen näyttämällä opetusvideolla käsiendesinfiointi sekä suojainten oikeaoppinen riisumis- ja pukemisjärjestys. Opetusvideoon otettu mukaan myös varsinainen haavanhoitotilanne. Haavanhoitotilanteeseen kuuluu sidosten poistaminen, haavan puudutus, haavan mekaaninen puhdistus, uusien sidosten laittaminen ja kompressiohoito. Mukaan otettiin myös hoitoon sitoutumiseen ja omahoitoon liittyviä elementtejä, koska hoitoon sitoutumisen on todettu olevan heikkoa, erityisesti iäkkäimmillä potilailla. (Leiviskä 2014, 42-45)

Opetusvideon kuvaus tapahtui Laurea-ammattikorkeakoulun tiloissa. Opetusvideon kuvaamiseen tarvittavat materiaalit kuten kyretit, kauhat, sakset ja haavanhoidon demonstraatioon tarvittava rekvisiitta hankittiin itse. Muut materiaalit saatiin käyttöön yhteistyökumppanilta eli Laurea-ammattikorkeakoululta. Haava rakennettiin täyttämällä muoviputki polyuretaanivaahdolla. Kuivumisen jälkeen muoviputki poistettiin ja siihen koverrettiin reikä. Päälle asetettiin vielä tekoiho, jonka opinnäytetyöntekijät tilasivat itse. Haava rakennettiin porsaan kylkiviipaleita apuna käyttäen, jonka rasvakudoksesta leikattiin katetta kuvaavat osat haavan päälle.

Opinnäytetyöntekijät eivät olleet kokeneita videokuvaajia ennen kuvausten aloittamista, joten kuvaustilanteet etenivät erehdyksen ja opin kautta. Opetusvideon kuvausprosessin aikana otettiin useita eri kuvia ja otoksia. Näistä valittiin varsinaiseen opetusvideoon parhaat. Kuvauksia tehtiin kahtena erillisenä päivänä Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön luokassa. Äänileikkeet lisättiin opetusvideoon jälkikäteen editoinnin yhteydessä. Editointi tapahtui HD

movie maker-PRO ohjelmaa hyödyntäen. Editoinnin aikana opetusvideoon valittuja kuvauspätkiä lyhennettiin ja editoitiin, jotta äänileikkeet saatiin synkronoitua videokuvan kanssa.

Guon (2013) mukaan optimaalinen opetusvideon pituus on kuusi minuuttia tai alle. Opetusvideon pituuden ylittäessä 12 minuuttia, opiskelijoiden motivaatio videon seuraamiseen väheni. Opetusvideota pyrittiin lyhentämään niin paljon kuin se oli asiasisällön kannalta mahdollista. Lopullisesta videosta tuli editoinnin jälkeen 9,48 minuuttia pitkä.

8.3 Opetusvideon arviointi

Palautelomakkeeseen valittiin kvantitatiiviset strukturoidut kysymykset, koska Luodon (2009) mukaan niihin on helppo vastata ja ne lisäävät vastaajan halua vastata lomakkeen kysymyksiin. Ennen palautelomakkeen laatimista tulee miettiä valmiiksi kysymykset, jotka lomakkeeseen valitaan. Kysymysten pitää perustua teorian tietoon aiheesta, joita lomake käsittelee. Lomakkeeseen valittujen kysymysten tulee olla aiheeseen sopivia sekä tarpeeksi yksinkertaisia. Mikäli lomakkeeseen valitaan liian monimutkaisia ja asiaan kuulumattomia kysymyksiä vastaajat saattavat jättää palautelomakkeeseen vastaamatta.

Avoimia vastausvaihtoehtoja tulisi käyttää vain harkiten, jos ollenkaan. Avoimet vastausvaihtoehdot voivat johtaa siihen, että vastaajien kiinnostus palautteen antamisen vähenee. Vastaukset voivat myös vaihdella runsaasti vastaajien kesken, joten palautelomakkeen laatija ei välttämättä saa haluamiansa vastauksia kysymyksiin. (Kyselylomakkeen laatiminen 2010.) Palautelomakkeeseen päädyttiin kuitenkin laittamaan myös yksi avoin kvalitatiivinen kysymys. Avoin kvalitatiivisen tutkimuksen kysymys valittiin siksi, että tietoon saataisiin myös sellaisia huomioita, joita ei lomakkeen laatijalle mahdollisesti tulisi itselleen mieleen (Luoto 2009). Taustakysymykset jätettiin kokonaan pois, jotta palautelomake pysyi mahdollisimman tiiviinä ja helposti analysoitavana.

Palautelomakkeessa oli neljä kysymystä (Taulukko 4), joihin vastattiin asteikolla 1-5 sen mukaan, mitä mieltä vastaaja oli opetusvideon sisällöstä. Palautelomakkeen vastausvaihtoehtoina oli 1 = Täysin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa ja 5 = Täysin samaa mieltä. Lisäksi palautelomakkeessa oli yksi avoin kysymys vapaalle palautteelle.

Valmis opetusvideo esitettiin Laurea-ammattikorkeakoulun ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille. Arviointi tapahtui palautteen keruulla kohderyhmältä. Palautteen keruuta varten kehitettiin palautelomake (Liite 2). Palautteen keruu perustui vapaaehtoisuuteen ja mahdollisuuteen vastata kyselyyn anonymisti. Kerätyt palautteet tulivat vain opinnäytetyöntekijöiden käyttöön ja ne tuhottiin palautteen analysoinnin jälkeen. Palautelomakkeeseen vastasi 30 sairaanhoitajaopiskelijaa. Valtaosa palautteista oli positiivisia. Avointa palautetta antoi 16 sairaanhoitajaopiskelijaa, 14 opiskelijaa jätti avoimeen palautteeseen vastaamatta.

Arviointiasteikko	1	2	3	4	5
Opetusvideo oli visuaalisesti selkeä?	0	0	4	11	15
Opetusvideo oli sopivan pituinen?	0	1	2	18	9
Opetusvideo auttoi hahmottamaan haavanhoidon prosessia	0	0	0	12	18
Koin opetusvideon hyödyllisenä	0	0	0	12	18

Taulukko 4: Opetusvideon arviointi

Puolet vastaajista kokivat opetusvideon visuaalisesti selkeäksi. 36,67 % vastaajista oli osittain samaa mieltä. Vastaajista 13,33 % ei osannut tähän kysymykseen vastata. Avointa palautetta antaneet sairaanhoitajaopiskelijat kokivat opetusvideon selkeäksi ja informatiiviseksi. Opetusvideossa koettiin olevan sopivasti tekstiä ja kuvaa. Opetusvideon kuvakulmia keuhuttiin hyviksi. Yksi vastaajista koki, että opetusvideon kuvat eivät olleet selkeitä ja yksi vastaajista koki opetusvideon pätkineen. Pätkiminen saattoi johtua luokassa olevan tietokoneen suorituskyvystä. Opinnäytetyöntekijät eivät kokeneet, että valmis opetusvideo pätki tarpeeksi suorituskykyä omaavalta tietokoneelta katsottaessa.

60 % vastaajista oli osittain samaa mieltä ja 30 % täysin samaa mieltä siitä, että opetusvideo oli sopivan pituinen. 6,67 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa opetusvideon pituuteen. Yksi vastaaja eli 3,33 % koki olevansa osittain eri mieltä opetusvideon sopivasta pituudesta. Muutamassa avoimessa palautteessa mainittiin, että haavan mekaanista puhdistusta demonstroiva kohta oli liian pitkä. Yksi vastaaja mainitsi, että opetusvideo olisi voinut muutenkin olla lyhyempi ja tiiviimpi sekä sisältää vain haavan mekaanisen puhdistuksen. Näyttöön perustuvien lähteiden mukaan pelkkä mekaanisen puhdistuksen demonstraatio ei ole riittävä, koska haavan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyy tärkeitä taustatekijöinä myös omahoito ja ennaltaehkäisy. Sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluu ymmärtää keskeisimmät tekijät kroonisista laskimoperäisistä haavoista, niiden synnystä ja ennaltaehkäisystä. Mekaaninen puhdistus on vain tekninen toimenpide eikä haavaa voida hoitaa ilman kokonaisvaltaista ymmärrystä haavapotilaan hoidosta. Tästä syystä opetusvideossa käsitellään myös omahoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyviä tekijöitä.

60 % vastaajista olivat täysin samaa mieltä ja 40 % osittain samaa mieltä, että opetusvideo auttoi hahmottamaan haavanhoidon prosessia. Avoimessa palautteessa mainittiin opetusvideon selkeyttäneen kroonisen laskimoperäisen haavanhoidon kokonaisprosessia. Haavan koon mittaamisen demonstrointi koettiin tärkeäksi ja auttoi ymmärtämään sen merkityksen haavan paranemisen kannalta. Kahdessa palautteessa mainittiin, että opetusvideo toi paljon uutta

tietoa ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille. Yhdessä palautteessa mainittiin, että haavanhoito on ollut tähän mennessä hieman epäselvä prosessi ja opetusvideon koettiin selkeyttäneen tätä.

60 % vastaajista olivat täysin samaa mieltä ja 40 % osittain samaa mieltä, että opetusvideo oli hyödyllinen. Opetusvideo koettiin mielenkiintoisena ja ammattimaisesti tehtynä. Suurin osa vastaajista koki, että opetusvideo toi sairaanhoitajaopiskelijoille uutta tietoa kroonisen laskimoperäisen haavan hoidosta. Omahoidon tärkeyden kertaamisesta ja olennaisten asioiden esille tuomisesta konkreettisin esimerkein kiiteltiin. Yhteenvetona voidaan siis todeta, että opetusvideo koettiin selkeänä, hyödyllisenä ja uutta tietoa antavana. Valtaosa palautteista oli positiivisia, neljässä palautteessa annettiin rakentavia kehitysehdotuksia.

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikkaa säädellään kansainvälisin normein ja julistuksin. Suomessa tutkimusetiikkaa valvoo tutkimuseettinen neuvottelukunta ja lainsäädäntö (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 364). Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK on laatinut ohjeet koskien hyviä tieteellisiä käytäntöjä. TENK:n (2012) ohjeissa mainitaan, että toiminnallinen tuotos voi olla luotettava ja eettinen vain, jos sen laatimiseen on käytetty luotettavia lähteitä ja noudatettu muutenkin hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön erityisesti liittyviä kriteereitä on lähteiden luotettavuus, tutkimusluvut, asiallinen lähdeviitteiden merkitseminen eli tätä kautta muiden tutkijoiden kunnioittaminen sekä hyvien toimintatapojen noudattaminen. Hyviä tieteellisiä toimintatapoja on rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Eettisyys liittyi osaltaan myös aiheen valintaan. Kroonisia laskimoperäisiä haavoja esiintyy noin kahdella prosentilla väestöstä ja haavoille altistavia suonikohjuja on jopa 50 % aikuisväestöstä. Tulevaisuudessa krooniset laskimoperäiset haavat tulevat edelleen lisääntymään väestön ikärakenteen muuttuessa. (Aarnio 2009.)

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä. Lähteinä käytettiin luotettavia ja näyttöön perustuvia kirjoja, tutkimuksia ja artikkeleita. Lähteet ovat mahdollisimman tuoreita, suurimmaksi osaksi alle kymmenen vuotta vanhoja. Lähteet merkittiin kunnioittaen tekijänoikeuksia Laurean vaatimusten mukaisesti. Tarvittavat tutkimuslupakäytänteet huomioitiin ja tutkimuslupa haettiin asianmukaisesti Laurea-ammattikorkeakoululta. Aihe rajattiin tarkoituksella koskemaan vain kroonisia laskimoperäisiä haavoja, jotta teoreettinen viitekehys pysyi luotettavana. Opinnäytetyössä ei mainita haavanhoitotuotteita kauppanimiltä, jotta sitä ei tulkittaisi tuotteiden mainostamiseksi.

Opetusvideossa käytettiin lähteenä opinnäytetyön teoreettista viitekehystä, joka on näyttöön perustuvaa tietoa. Opetusvideon kuvissa hyödynnettiin ilmaisia kuvapalveluja, tekijänoikeudet huomioon ottaen. Opetusvideossa ei esiinny muut kuin opinnäytetyöntekijät.

9.2 Opetusvideon tarkastelu

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin marraskuussa 2018 osallistumalla opinnäytetyön aihekeskusteluun. Opinnäytetyön aihe oli valmiiksi mietitty opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Aihe hyväksyttiin ja työn toimeksiantajana toimii Laurea-ammattikorkeakoulu, toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö. Teoreettista viitekehystä kirjoitettiin marraskuusta 2018 toukokuuhun 2019 asti. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin helmikuun 2019 hankekokouksessa ja suunnitelma hyväksyttiin korjausten jälkeen huhtikuussa 2019. Opetusvideo kuvattiin ja editoitiin huhtikuussa 2019. Opetusvideo julkaistiin ja palaute kerättiin toukokuussa 2019 ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoilta.

Opetusvideon suunnittelu aloitettiin pohtimalla, mitkä osa-alueet otetaan mukaan opetusvideoon. Käsikirjoituksesta luotiin ensin raakaversio, ns. synopsis. (Videotuotannon perusteet 2013). Synopsiksesta kirjoitettiin käsikirjoitus kohtaus kohtaukselta, joka tuli muuttumaan kuvauspäivänä jonkin verran. Opinnäytetyössä korostettiin kroonisen laskimoperäisen haavan hoidon lisäksi myös aseptiikan, etiologian ja ennaltaehkäisyn merkitystä kroonisen laskimoperäisen haavan hoidossa. Itse kroonisen laskimoperäisen haavan hoito kuvattiin opetusvideon vaihe vaiheelta. Rochesterin yliopiston professori Guon (2013) mukaan opetusvideon tulisi olla alle 12 minuuttia, jotta opiskelijat jaksavat katsoa sen kiinnostuneena kokonaisuudessaan. Opetusvideon pituudeksi tavoiteltiin enintään 10 minuuttia, koska asiaa oli paljon. Toiminnallinen opinnäytetyömme opetusvideon tuli pituutta 9 minuuttia ja 48 sekuntia. Videoleikkeitä editoitiin siten, että osaa hidastettiin ja osaa nopeutettiin, jotta videoleikkeen pituus kohtaa äänileikkeen kanssa. Näin saatiin aikaan hyvä visuaalinen ja auditiivinen kokonaisuus.

Opetusvideossa ei näytetä käsien pesua, koska Rautava-Nurmi ym. (2016, 116) kirjoittavat, että kädet pestään tarvittaessa, jos niissä on eritteitä tai näkyvää likaa. Muussa tapauksessa käsien desinfiointi on riittävä toimenpide ennen hoitotoimenpiteitä. Opetusvideo on osittain toteutettu still -kuvien ja niiden päälle editoitujen tekstien avulla, jotta opetusvideon pituutta saatiin rajattua. Kroonisen laskimoperäisen haavan hoito ei ole steriili toimenpide, vaikka opetusvideossa näkyy steriili reikäliina otoksissa vanhojen sidosten poisto, haavan puudutus, haavan mekaaninen puhdistus, haavan mittaaminen ja arviointi sekä haavan reunojen rasvaaminen. Tällä haluttiin varmistaa, että katsoja keskittyy vain itse haavaan ja sille tehtäviin toimenpiteisiin. Kroonisten alaraajahaavojen hoidossa käytetään tehdaspuhtaita tuotteita ja välineitä (Krooninen alaraajahaava 2014). Haavan mekaaninen puhdistaminen tapahtuu tavallisesti kyrettiä, haavakauhaa ja atuloita käyttäen. Opetusvideossa nähtävä haava on rakennettu opinnäytetyön tekijöiden toimesta ja haavan luonteen vuoksi kyretti soveltui tämän teko- haavan puhdistamiseen paremmin kuin kauha.

Opetusvideoon haluttiin tuoda itse kroonisen laskimoperäisen haavanhoidon lisäksi tärkeäksi koetut elementit, kuten ravitseminen, kompressiohoito ja jalkahygienia. Nämä tekijät vaikuttavat osaltaan oleellisesti kroonisen laskimoperäisen haavan paranemiseen. Saarinen (2013) mainitsee artikkelissaan, että haavanhoitopotilaiden sitoutuminen omahoitoon, erityisesti kompressiohoidon toteuttamiseen on vaatimatonta. Tämän vuoksi opetusvideoon otettiin mukaan nämä elementit, jotta sairaanhoitajaopiskelijat osaisivat tulevaisuudessa kroonista laskimoperäistä haavaa hoitaessaan ottaa huomioon niiden merkityksen ja haavapotilaan omahoidon ohjauksen tärkeyden.

9.3 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä käytettiin itse rakennettua tekohaavaa, koska aitoa haavanhoito tilannetta ei ollut mahdollista kuvata. Oikean kroonisen laskimoperäisen haavan hoito olisi tietenkin ollut parempi ja aidompi vaihtoehto. Sairaanhoitajakoulutukseen voisi sisällyttää kroonisen laskimoperäisen haavanhoidon simulaatio-opetuksen, jotta sairaanhoitajaopiskelijat saisivat konkreettista tuntumaa haavanhoitovälineiden ja haavanhoitotuotteiden oikeaoppiseen käyttöön. Haavat tulevat lisääntymään radikaalisti väestön ikääntyessä lähivuosina, joten haavanhoidon ja siihen liittyvien tekijöiden tärkeys tulisi ottaa huomioon myös korkeakouluopetuksessa.

Jatkotutkimusaiheita voisi olla miten haavapotilaan ravitseminen toteutuu käytännössä. Olisi mielenkiintoista tietää, miten hyvin haavapotilaat toteuttavat oikeaa ravitsemusta ja ymmärtävät ravitsemuksen merkityksen haavan paranemiseen. Omahoidon ohjaukseen voisi myös kehittää jonkinlaisen yhteisen työkalun valtakunnallisella tasolla, jotta omahoidon ohjaus toteutuisi käytännössä eri työskentelykentillä samojen toimintaperiaatteiden mukaisesti.

Palautteista nousi esiin muutama rakentava ehdotus. Opetusvideon kohta ”Kroonisen laskimoperäisen haavan hoito” koettiin muutamassa palautteessa liian pitkäksi ja se sisälsi liikaa hiljaisuutta. Myös haavanhoito välineiden esittelyyn olisi kaivattu selostuksen lisäksi tekstejä tuotteiden päälle sekä ”kirjaamisotoksen” tekstit koettiin muutamassa palautteessa hankalasti luettavaksi tummaa taustaa vasten. Opetusvideosta saatujen palautteiden perusteella kokemukset opetusvideosta olivat kuitenkin kokonaisuudessaan positiivisia.

Lähteet

Painetut

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Jaatinen, T.K.M. & Raudasoja, J. 2011. Kansamme taudit. 3-5. painos. Helsinki: WSOY.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8-9. painos. Helsinki. Sanoma Pro.

Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rautava-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Sand, O. Sjaastad, Ø. Haug, E. Bjälle, J & Toverud, K. 2012. Suomentaja Hekkanen, R. Ihminen: Fysiologia ja anatomia. 8-10. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Sähköiset

Aarnio, P. 2009. Lääkärilehti. Kroonisten haavojen hoitoon tarvitaan monenlaisia menetelmiä. Viitattu 28.01.2019.

<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/kroonisten-haavojen-hoitoon-tarvitaan-monenlaisia-menetelmia/>

Ahmajärvi, K. & Isoherranen, K. 2017. Kroonisten haavojen hoito perusterveydenhuollossa. Viitattu 25.04.2019.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237179/SLL82017_524.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ailio, J. 2015. Vähän parempi video- Opas laadukkaan videon suunnitteluun ja toteutukseen. Viitattu 09.04.2019.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165831.pdf>

Alaraajojen laskimovajaatoiminta. 2016. Käypä hoito -suositus. Viitattu 05.12.2018.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi05030>

Alaraajojen tukkiva valtimotauti. 2010. Käypä hoito -suositus. Viitattu 23.05.2019.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50083#readmore>

Ammattikorkeakoululaki 14.11.2014/932. Finlex. Viitattu 28.01.2019.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140932>

EU-Direktiivi. 2013. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Viitattu 26.02.2019.

<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:FI:PDF>

European Wound Management Association. 2004. Wound bed preparation in practice. Wound bed preparation for venous leg ulcers. Viitattu 13.12.2018.

http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/pos_doc_English_final_04.pdf

Guo, P. 2013. Optimal Video Length for Student Engagement. Viitattu 28.01.2019.

<https://blog.edx.org/optimal-video-length-student-engagement>

Hakkarainen, P & Kumpulainen, K. (toim.) 2011. Liikkuva kuva -muuttuva opetus ja oppiminen. Lapin & Jyväskylän yliopisto. Viitattu 04.04.2019.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/26957/978-951-39-4270-0.pdf>

Halmesmäki, K. Eskelinen, E. Isoherranen, K. & Saarinen, J. 2017. Lääkärilehti. Laskimohaavat ja niiden hoito. Viitattu 26.02.2019.

<https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/laskimohaavat-ja-niiden-hoito/>

Halmesmäki, K. Eskelinen, E. & Saarinen, J. 2018. Kirurgia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.04.2019

<https://www.oppiportti.fi/op/kia20675/do>

Helsingin yliopisto. Opetusteknologiakeskus. Opetusvideot. Viitattu 09.04.2019.
<https://blogs.helsinki.fi/opetusvideot/3-1-videon-teknologiaa/suunnittelu-ja-valmisteleminen/>

Heikkinen, H. 2018. Käsihygienian havainnoinnin yhteys käsihygienian toteutumiseen, käsihuuhteen kulutukseen ja hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyteen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 23.05.2019.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20181487/urn_nbn_fi_uef-20181487.pdf

Hietanen, H. 2017. Sairaanhoidajan käsikirja. Säärihaavan paikallishoito. Viitattu 13.12.2018.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=haavakipu

Jokinen, J., Sipponen, A., Lohi, J. & Salo, H. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. Katsausartikkeli. Suomen lääkirilehti. Viitattu 24.05.2019.
<file:///C:/Users/Kim/Downloads/2009SLLHaavanhoito.pdf>

Jones, M. 2009. An overview of maggot therapy used on chronic wounds in the community. Viitattu 13.12.2018.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=32728dd0-72a0-4ec1-8eb7-fe094068a660%40sessionmgr104>

Kaartinen, I., Berg, L., Lagus, H. 2015. Haavanhoitoon kannattaa panostaa. Viitattu 6.5.2019
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/haavanhoitoon-kannattaa-panostaa/#>

Kallioinen, M. & Stenbäck, F. 2012. Ihon rakenne. Patologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.05.2019.
https://www.oppiporrtti.fi/op/pat00645/do?p_haku=ihon%20rakenne#q=ihon%20rakenne

Kielo, E., Salminen, L., Suhonen, R., Puukka, P & Stolt, M. 2019. Graduating student nurses' and student podiatrists' wound care competence: a cross-sectional study. Journal of wound care. MA HEALTHCARE LTD. Viitattu 23.05.2019.
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2019.28.3.136>

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidonkirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 24.05.2019.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf

Krooninen alaraajahaava. 2014. Käypä hoito -suositus. Viitattu 05.12.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058>

Kyselylomakkeen laatiminen. 2010. KvantiMOTV. Viitattu 09.04.2019.
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea korkeakouluna. Viitattu 11.2.2019.
<https://www.laurea.fi/laurea/korkeakouluna/>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2016a. Opetussuunnitelma. Sairaanhoitajakoulutus. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto. Viitattu 28.01.2019.
<https://ops.laurea.fi/index.php/fi/68079/fi/69133/SHG217KA/year/2016>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2016b. Laurean oma videopalvelu käyttöösi! Viitattu 23.05.2019.
<https://laureauas.sharepoint.com/sites/linkfi/ajankohtaista/Tiedotteet/Sivut/Laurean-oma-videopalvelu-k%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6si!.aspx>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2017. Opinnäytetyöohje. Viitattu 25.04.2019.
<https://laureauas.sharepoint.com/sites/linkfi/Dokumentit/Laurean%20opinn%C3%A4ytety%C3%B6ohje.pdf#search=opinn%C3%A4ytety%C3%B6ohje>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2018. Sairaanhoitajakoulutus. Viitattu 23.05.2019.
<https://www.laurea.fi/koulutus/sosiaali--ja-terveysala/sairaanhoitaja-amk/>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2019. Opinnäytetorit ja ohjaukseen hakeutuminen. Viitattu 25.04.2019.
<https://laureauas.sharepoint.com/sites/linkfi/opintojenkulku/opinnaytetyo/ont-tori>

Leiviskä, S. 2014. Säärihaavapotilaan hoitoon sitoutuminen. Integroitu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Oulun Yliopisto. Viitattu 24.05.2019.
<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201504161391.pdf>

Leland, J. & Wu, S. 2017. The Role of Nutrition in Chronic Wound Care Management. Viitattu 18.12.2018.
web.a.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=4&sid=02d8f91e-0ee5-4c56-a1e4-d0b5a2619811%40sdc-v-sess-mgr04&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=126065617&db=c8h

Lepäntalo, M., Von Bell, M., Määttä, P. & Malmberg, P. 2009. Verisuonilaboratorio. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.05.2019.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1997/20/duo70453>

Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.05.2019.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/15/duo98221>

Opetushallitus. Video kynänä- video oppimisen välineenä. Viitattu 28.01.2019.

<https://hyvatkaytannot.opi.fi/kaytanto/1963/>

Palve, J. 2017. Kroonisten haavojen konservatiivisen hoidon mahdollisuudet. Viitattu 26.04.2019.

<https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kroonisten-haavojen-konservatiivisen-hoidon-mahdollisuudet/#reference-12>

Puska, A. 2013. Hoitajien tieto tavanomaisista varotoimistahoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Pro gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto. Viitattu 24.05.2019.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95948/gradu07199.pdf>

Saari, J. 2013. Aikakauslehti Duodecim. Laskimoperäinen turvotus. Viitattu 18.12.2018.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/17/duo11196>

Salmi, M. & Meri, S. 2011. Immunologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.04.2019.

<https://www.oppiportti.fi/op/imm00201/do>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Viitattu 26.04.2019.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Siljamäki-Ojansuu, U. 2014. Käypä hoito -suositus. Energian, ravintoaineiden ja ravinnonsaannin tarpeen arviointi potilaalla, jolla on krooninen alaraajahaava. Viitattu 26.02.2019.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02036&suositusid=hoi50058>

Stolt, M. & Saarikoski, R. 2016. Jalkojen omahoidon merkitys ja sisältö. Viitattu 27.02.2019.

<https://www-terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Suomen haavanhoitoyhdistys. 2010. Avoimen haavan helpperi. Viitattu 13.12.2018.

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

Säntti, R. 2015. Vaasan yliopisto. Videon käyttö opetuksessa. Viitattu 28.01.2018.

https://www.univaasa.fi/fi/blogs/project/neted/videon_kaytto_opetuksessa/

Tasanen-Määttä, K. & Peltonen, S. 2011. Ihotaudit. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.11.2018.

<http://www.oppiporssi.fi/op/iht00002/do>

Tukisidosten laittaminen. 2007. Käypä hoito -kuvat. Viitattu 18.04.2019.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=imk00214>

Videotuotannon perusteet. 2013. Viitattu 04.04.2019.

<https://www.apogee.fi/wp-content/uploads/2013/05/Videotuotanto.pdf>

Vikatmaa, P. & Saarinen, J. 2016. Alaraajaturvotus. Jalkaterveys. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.05.2019.

https://www.oppiporssi.fi/op/jtr00027/do?p_haku=laskimoiden%20vajaatoiminta#q=laskimoiden%20vajaatoiminta

Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli. 2015. Hoitotieteen tutkimussäätiö. Viitattu 23.05.2019

<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/khyhka-toimintamalli-2015.pdf>

Ylönen, M., Stolt, M., Leino-kilpi, H., Suhonen, R. 2014. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: a literature review. Wiley-Blackwell. Viitattu 23.05.2019.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12088>

Kuviot

Kuvio 1: Ihon rakenne (Duodecim Oppiportti 2011)	9
Kuvio 2: Alaraajalaskimoiden anatomia (Suomen lääkirilehti 2017)	10
Kuvio 3: Tukisidosten laittaminen (Tukisidosten laittaminen 2007)	19
Kuvio 4: TIME -malli	21

Taulukot

Taulukko 1: Ihon tehtävät (Sand ym. 2013, 96; Tasanen-Määttä & Peltonen 2011).	8
Taulukko 2: Haavojen luokittelu (Suomen haavanhoitoyhdistys 2010)	15
Taulukko 3: Haavanhoitotuotteita ja käyttötarkoituksia (Juutilainen & Hietanen 2012, 141-159).....	18
Taulukko 4: Opetusvideon arviointi.....	30

Liitteet

Liite 1: Käsikirjoitus	42
Liite 2: Palautelomake	47

Liite 1: Käsikirjoitus

OTOS 1

KUVA: Teksti: ”Krooniset laskimoperäiset haavat ja niiden hoito - Opetusvideo sairaanhoitaja-opiskelijoille”

ÄÄNI: -

OTOS 2

KUVA: Kuvassa näkyy suonikohjut, värimuutokset ja krooninen laskimoperäinen haava sääressä.

ÄÄNI: Merkittävin kroonisille laskimoperäisille haavoille altistava tekijä on suonikohjutauti. Noin puolella Suomen aikuisväestöstä esiintyy suonikohjuja. Kohonnut laskimopaine aiheuttaa värimuutoksia ja alaraaja turvotusta, joka pitkittyessään voi johtaa kroonisen laskimoperäisen haavan syntyyn. Haava voi aueta iholle spontaanisti tai pienen trauman seurauksena.

OTOS 3

KUVA: Videokuvaa haavan hoidossa tarvittavista suojaamista ja välineistä

ÄÄNI: Itseäsi ja potilasta suojat suojaesiliinalla, suu-nenäsuojuksella, tehdaspuhtailla suoja-käsineillä ja käsien desinfektioaineella. Haavan hoidossa tarvitset: kaarimaljan, suoja-alustan, haavan huuhteluliuoksen tai keittosuolaliuosta, perusvoidetta, puhtaita taitoksia, särmäjäteastian, roskakorin, atulat, kertakäyttöisen mitan, sakset, kyretin ja haavalle valikoidut hoitotuotteet. Tarvittaessa myös kauhan ja puudutegeeliä.

OTOS 4

KUVA: Teksti: ”Suojaisten pukeminen”

ÄÄNI: Suojaimet puetaan seuraavassa järjestyksessä.

OTOS 5

KUVA: Videokuvaa käsien desinfektioista

ÄÄNI: Kädet pestään ennen desinfiointia, mikäli niissä on näkyvää likaa. Kämmenelle pumpataan desinfiointiainetta 3-5 millilitraa eli noin kaksi painallusta. Käsiin hierotaan desinfiointiainetta siten, että koko käsien alue, myös sormenpäät, välit, kynsien alukset ja peukalot tulevat käsiteltyä.

OTOS 6

KUVA: Still-kuvat suu-nenäsuojuksesta kasvoilla, suojaesiliinasta yllä, käsien uudelleen desinfioimisesta ja tehdaspuhtaiden suojakäsineiden pukemisesta.

ÄÄNI: Käsien desinfioinnin jälkeen puetaan suu-nenäsuojus, suojaesiliina, desinfioidaan kädet uudelleen, lopuksi puetaan tehdaspuhtaat suojakäsineet.

OTOS 7

KUVA: teksti: ”Kroonisen laskimoperäisen haavan hoito”

ÄÄNI: Kroonisen laskimoperäisen haavan hoito.

OTOS 8

KUVA: Teksti: ”+ 37°C”

ÄÄNI: Otollisin lämpötila haavalle on + 37 astetta. Haavan jäähtyminen hidastaa haavan paranemista, jonka takia haava tulisi hoitaa mahdollisimman pian sidosten avaamisen jälkeen. Mikäli haava pääsee jäähtymään, lämpötilan palautuminen oikeaksi saattaa kestää useamman tunnin.

OTOS 9

KUVA: Videokuvaa vanhojen sidosten poistosta.

ÄÄNI: Erityksen määrää arvioidaan silmämääräisesti. Lisäksi arvioidaan hoitavan tuotteen toimivuutta verrattuna edelliseen hoitokertaan.

OTOS 10

KUVA: Still-kuva käsien desinfioinnista.

ÄÄNI: Käsien desinfiointi ja tehdaspuhtaiden suojakäsineiden vaihtaminen.

OTOS 11

KUVA: Videokuvaa haavan puudutuksesta.

ÄÄNI: Kivuliaat haavat puudutetaan esimerkiksi lidokaiinia sisältävällä pintapuudutegeelillä. Puudutteen annetaan vaikuttaa 5-10 minuuttia.

OTOS 12

KUVA: Still-kuva käsien desinfioinnista.

ÄÄNI: Käsien desinfiointi ja tehdaspuhtaiden suojakäsineiden vaihtaminen.

OTOS 13

KUVA: Videokuvaa mekaanisesta puhdistuksesta.

ÄÄNI: Puudutegeeli pyyhitään pois puhtaita taitoksia käyttäen. Haava huuhdellaan haavan-huuhteluliuoksella tai keittosuolaliuoksella. Haavasta pyritään poistamaan fibriinikatetta mahdollisimman paljon kyrettiä ja atuloita apuna käyttäen. Mekaanisen puhdistuksen tavoitteena on puhdas pohjainen haava. Kate hidastaa haavan paranemista. Kyretti laitetaan särmäjäteastiaan heti käytön jälkeen.

OTOS 13

KUVA: Still-kuva käsien desinfioinnista.

ÄÄNI: Käsien desinfiointi ja tehdaspuhtaiden suojakäsineiden vaihtaminen.

OTOS 14

KUVA: Videokuvaa haavan mittaamisesta.

ÄÄNI: Mekaanisen puhdistuksen jälkeen haavan parantumista arvioidaan ja haava mitataan. Tarvittaessa haava voidaan myös valokuvata.

OTOS 15

KUVA: Still-kuva Suomen haavanhoitoyhdistyksen avoimen haavan helpperistä.

ÄÄNI: Arvioinnin apuna voidaan käyttää Suomen haavanhoitoyhdistyksen avoimen haavan helpperiä.

OTOS 16

KUVA: Still-kuva rasvatuista haavan reunoista.

ÄÄNI: Haavan reunat rasvataan perusvoiteella.

OTOS 17

KUVA: Still-kuva käsien desinfioinnista.

ÄÄNI: Käsien desinfiointi ja tehdaspuhtaiden suojakäsineiden vaihtaminen.

OTOS18

KUVA: Videokuvaa uusien sidosten asettamisesta haavalle.

ÄÄNI: Haavan pohjalle asetetaan hoitava tuote. Hoitavan tuotteen päälle laitetaan toissijainen imevä sidos erityksen mukaan. Molemmat jalat rasvataan ja samalla ihon kunto tarkastetaan.

OTOS 19

KUVA: Still-kuva käsien desinfioinnista.

ÄÄNI: Käsien desinfiointi ja tehdaspuhtaiden suojakäsineiden vaihtaminen.

OTOS 20

KUVA: Still-kuva tukisidosten sidontatyyleistä ja teksti: ”Turvotusten hoito”

ÄÄNI: Kroonisten laskimoperäisten haavojen hoitoon kuuluu myös turvotusten hoito kompressiohoidon avulla. Tukisidokset laitetaan tarvittaessa turvotusten mukaan molempiin jalkoihin haavan hoidon jälkeen. Potilasta tulee motivoida tukisidosten käyttöön.

OTOS 21

KUVA: Still-kuvat suojainten riisumisesta: Vyötärönauhan avaus, suojakäsineiden riisuminen, suojaesiliinan niskanauhan avaus, suojaesiliinan riisuminen, suu-nenäsuojuksen riisuminen, käsien desinfiointi.

ÄÄNI: Suojaimet riisutaan seuraavassa järjestyksessä: Ensin avataan suojaesiliinan vyötärönauha, riisutaan suojakäsineet, avataan suojaesiliinan niskanauha, riisutaan suojaesiliina koskematta sen ulkopintaan, riisutaan suu-nenäsuojus nauhoista kiinni pitämällä, lopuksi desinfioidaan kädet.

OTOS 22

KUVA: Teksti: Haavan hoidon kirjaaminen

ÄÄNI: Haavanhoidon jälkeen potilastietoihin kirjataan: Erityksen määrä ja koostumus, katteen määrä ja koostumus, mahdolliset infektion merkit, kuten punoitus, kuumotus, kipu, lisääntynyt erityys ja poikkeava haju. Lisäksi kirjataan: haavan koko, haavan ympäristön kunto sekä seuraava haavanhoito kerta.

OTOS 23

KUVA: Teksti: ”Omahoito ja uusien kroonisten laskimoperäisten haavojen ennaltaehkäisy”

ÄÄNI: Haavapotilaan sitouttaminen hoitoon ja omahoitoon on ratkaisevassa asemassa haavan paranemisen kannalta. Näin ennaltaehkäistään uusien haavojen syntyä ja edistetään olemassa olevan haavan paranemista.

OTOS 24

KUVA: Still-kuva ravitsemussuosituksista.

ÄÄNI: Omahoitoon kuuluu: ravintosuosittelusten noudattaminen. Haava tarvitsee parantuaakseen riittävästi energiaa, proteiineja, vitamiineja ja hivenaineita. Tarvittaessa saanti varmistetaan lisäravinteilla.

OTOS 25

KUVA: Still-kuva paljaista jalkateristä. Teksti: ”Jalkahygienia”

ÄÄNI: Haavapotilasta tulee ohjata tarkkailemaan jalkojaan päivittäin. Jalat tulee pestä, kuivata ja rasvata joka päivä. Varpaiden kynsiä ei saa leikata liian lyhyiksi ja kenkien tulee olla oikean kokoiset ja hengittävät.

OTOS 26

KUVA: Teksti: ”Kiitos!” ja ”Sairaanhoitajaopiskelijat Krista Eloranta ja Nina Puumalainen”

ÄÄNI: -

OTOS 27

KUVA: Lähdeluettelo

ÄÄNI: -

Liite 2: Palautelomake

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Opinnäytetyömme on toiminnallinen ja lopputuotoksena on opetusvideo sairaanhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kroonisten laskimoperäisten hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia kroonisten laskimoperäisten haavojen hoidossa.

Osana opinnäytetyötä keräämme nyt palautetta kohderyhmältämme eli sairaanhoitajaopiskelijoilta, koskien videota.

Vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Käsittelemme vastauksia luottamuksella ja anonymisti eikä vastauksia käytetä muihin tarkoituksiin. Palautelomakkeet hävitetään palautteen keruun ja analysoinnin jälkeen.

Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

(1 = Täysin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 5 = Täysin samaa mieltä)

Opetusvideo oli visuaalisesti selkeä?

1 2 3 4 5

Opetusvideo oli sopivan pituinen?

1 2 3 4 5

Opetusvideo auttoi hahmottamaan haavanhoidon prosessia?

1 2 3 4 5

Koin opetusvideon hyödyllisenä?

1 2 3 4 5

Halutessanne voitte antaa myös avointa palautetta:

Kiitos vastauksistanne!

T: Sairaanhoitajaopiskelijat Krista & Nina