



# **KOHTI PAREMPAA HAAVANHOITOA**

- haavanhoito koulutuspäivien järjestäminen Toivakan palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalle

**Marjo Peltonen  
SHO3SS**

Opinnäytetyö  
**Helmikuu 2008**



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Sosiaali- ja terveysala*

Tekijä(t)  PELTONEN, Marjo	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 50	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Kohti parempaa haavan hoitoa – haavan hoito koulutuspäivien järjestäminen Toivakan palvelukeskuksen hoitohenkilökunnalle.		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Jaana Perttunen ja Leena Suonpää-Lehtonen		
Toimeksiantaja(t) Toivakan kunta		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Säärihaavojen sekä muiden kroonisten haavojen hoito on kallista ja vaikuttaa asiakkaan elämänlaatuun ja selviytymiseen jokapäiväisestä elämästä. Väestön ikääntyessä säärihaavojen esiintyvyys väestössä yleistyy ja usein haavat hoidetaan joko kotona tai hoitolaitoksessa. Hyvällä haavanhoidon tietämyksellä sekä oikealla hoidolla luodaan haavalle parhaat mahdolliset paranemisolosuhteet.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää haavanhoito-koulutuspäivät Toivakan palvelukeskuksen henkilökunnalle, jossa henkilökunta tunsivat tarvitsevansa haavan hoitoon liittyvää koulutusta. Koulutuspäivien tavoitteena oli lisätä osallistujien tietämystä haavanhoidosta ja oikean haavanhoitotuotteen valitsemisesta haavalle. Tavoitteena oli myös kartoittaa loppukyselyllä osallistujien tuntemuksia koulutuspäivistä. Koulutuspäivissä käsiteltiin perusasioita haavan paranemisesta ja paranemiseen vaikuttavista tekijöistä sekä syvennettiin osallistujien tietämystä valtimo- ja laskimoperäisistä säärihaavoista.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuus sisältää perustietoa haavan paranemiseen vaikuttavista asioista, haavan hoidosta, hoitoihin käytettävistä erilaisista hoitotuotteista sekä kirjaamisesta. Koulutuspäivien sisältö vastaa teoriaosuutta.</p> <p>Loppukyselyn tulosten mukaan osallistajat olivat tyytyväisiä koulutuspäivien sisältöön ja kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa, jota pystyvät hyödyntämään omassa työssään. Lisäkoulutusta haavan hoitoon liittyen kyselyyn osallistujista halusivat kaikki. Aiheiksi nousivat vastausten perusteella oikean haavanhoitotuotteen valitseminen, ennaltaehkäisy ja kirjaaminen.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan vetää johtopäätös, että koulutuspäivät onnistuivat tavoitteissaan. Jatkotutkimuksen aiheiksi työssäni nousi esiin haavanhoidon kirjaamisen kehittäminen ja aiheeseen liittyvän koulutuksen järjestäminen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Haava, haavan paranemisprosessi, haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät, haavan hoito, toiminnallisuus		
Muut tiedot		

Author(s)  PELTONEN, Marjo	Type of Publication Bachelor's Thesis	
Title Towards a better treatment of the wound – Organizing training days about the treatment of the wound for the staff at Toivakka Palvelukeskus.	Pages 50	Language Finnish
Degree Programme Nursing	Confidential <input type="checkbox"/> until	
Tutor(s) PERTTUNEN, Jaana and SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena		
Assigned by County of Toivakka		
Abstract <p>The treatment of the leg wound and other chronic wounds is expensive and affects the client's quality of life and his/her survival in everyday life. As the population gets older, the leg wounds become more common within the population. The wounds are often taken care of either at home or in a facility. With a good knowledge of the treatment of the wounds and with proper care one can create the best conditions for the wound to heal.</p> <p>The purpose of this thesis was to organize training days about the treatment of the wound for the staff at Toivakka Palvelukeskus where the staff felt that they needed some training in the treatment of the wound. The goal of the training days was to increase the participants' knowledge of the treatment of the wound and about how to choose the right product to treat the wound. Other goal was also to analyze the participants' feelings about the training days. During the training days the basic things about the healing of the wound and about the factors that affect the healing were handled. The participants' knowledge of artery and vein based leg wounds was also deepened.</p> <p>The theoretic part of the thesis contains basic information about the things affecting the healing, the treatment of the wound, different products used for the treatments and recording. The contents of the training days match the theoretic part.</p> <p>According to the results of the final inquiry the participants were satisfied to the contents of the training days. They felt that they had received useful information which they could utilize in their own work. Everyone who answered to the inquiry wanted additional training considering the treatment of the wound. Topics that rose from the answers were the choosing of the correct product to treat the wound, prevention beforehand and recording.</p> <p>On the basis of the results one can draw a conclusion that the training days were successful in their goal. Topics for the follow-up studies in my work are the development of the recording in the treatment of the wound and organizing additional training about the issue.</p>		
Keywords		
Miscellaneous		

## SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO .....	1
2	IHON RAKENNE JA TEHTÄVÄT .....	2
3	HAAVA .....	3
3.1	Haavan määrittely .....	3
3.2	Haavan paranemisen vaiheet .....	3
3.3	Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät .....	5
3.4	Haavapotilaan kivunhoito .....	7
3.5	Haavan vaikutus potilaan elämään .....	9
4	HAAVALUOKITTELU .....	10
5	HAAVAPOTILAAN HOITOTYÖ .....	11
5.1	Näyttöön perustuva haavanhoito .....	11
5.2	Aseptiikka .....	11
5.3	Haavanhoito ja haavatuotteen valitseminen .....	12
5.4	Haavaympäristön hoito ja haavan hoidon kirjaaminen .....	14
6	LASKIMOPERÄISET SÄÄRIHAAVAT .....	15
6.1	Esiintyvyys .....	15
6.2	Syntytapa ja oireet .....	16
6.3	Ennaltaehkäisy .....	17
6.4	Diagnosointi ja tutkimusmenetelmät .....	17
6.5	Hoito .....	18
7	VALTIMOPERÄINEN JALKA- JA SÄÄRIHAAVA .....	20
7.1	Esiintyvyys .....	20
7.2	Oireet ja diagnoosi .....	20
7.3	Hoito .....	21
8	AIKUINEN OPPIJANA .....	21
9	KOULUTUSPÄIVIEN TOTEUTTAMINEN .....	23
9.1	Tarkoitus ja tavoitteet .....	23
9.2	Kohderyhmä .....	23
9.3	Koulutuspäivien järjestäminen .....	24
9.4	Koulutuspäivät .....	24
10	KOULUTUKSEN ONNISTUMISEN KARTOITUS .....	26
10.1	Kyselyn suunnittelu .....	26
10.2	Kyselyn toteutus .....	26
10.3	Kyselyn tulokset .....	27
11	POHDINTA .....	29
11.1	Opinnäytetyö .....	29
11.2	Koulutuksen järjestäminen .....	31
11.3	Loppukysely .....	32
11.4	Jatkotutkimusaiheita .....	33

LÄHTEET .....	34
LIITE 1. KIPUMITTARIT .....	38
LIITE 2 HAAVANHOITOTUOTTEEN VALINTATAULUKKO .....	39
LIITE 3. HAAVANHOITOTUOTTEEN VALINTATAULUKKO 2 .....	40
LIITE 4. KOULUTUSPÄIVÄ KALENTERI .....	41
LIITE 5. ENSIMMÄISEN KOULUTUSPÄIVÄN SISÄLTÖ.....	42
LIITE 6. TOISEN KOULUTUSPÄIVÄN SISÄLTÖ.....	43
LIITE 7. LOPPUKYSELY .....	44
LIITE 8. HAAVANHOITO-OPAS.....	45
KUVIO 1 YHTEENVETO OSALLISTUJEN MIELIPITEESTÄ KOULUTUSPÄIVIEN SISÄLLÖSTÄ....	28
KUVIO 2 KYSELYYN OSALLISTUJEN TUNTEMUKSIA OMISTA HAAVANHOITOTAIDOISTA...	29

## 1 JOHDANTO

Krooniset haavat ovat usein potilaille kivuliaita ja jokapäiväistä elämää rajoittavia tekijöitä sekä voimavaroja kuluttavia. Yleisempiä kroonisia haavoja ovat painehaavat, laskimoperäiset ja diabetekseen liittyvät haavat. (Erikson, Asko-Seljavaara, Hietanen & Seppälä 1999, 921–925.)

Krooniset sekä hitaasti paranevat ja vaikeasti hoidettavat haavat ovat yleistyneet ihmisten keski-ään noustessa. Säärihaavojen esiintyvyys väestössä on noin 1,5 tapausta tuhatta asukasta kohden. (Papp & Härmä 2005, 239.) Se on kansanterveydellisesti merkittävä sairaus, jonka seurauksena potilaan elämänlaatu huononee, ja sillä on merkittävä taloudellinen merkitys. (Kuokkanen, Sil-lanaukee, Tuomi, Levälä & Nikula 1997, 1167.) Vuonna 2000 Suomessa on arvioitu olevan noin 4 500 - 10 000 säärihaavapotilasta. Säärihaavan hoidossa on tärkeää selvittää haavan etiologia, sillä 60- 80 %:lla potilaista säärihaavan syyksi löytyy laskimoiden vajaatoiminta sekä noin 21 %:lla potilaista esiintyy huonontunutta valtimoverenkiertoa. (Kallio 2000, 20.) 7-10 %:lla säärihaavapotilaista taustalla löytyy diabetes sekä yli 30 %:lla taustasyitä voi olla useampia (Käypähoito suositus, 2003). Perussyyn hoitaminen on tärkeää, sillä noin 80 %:lla potilaista säärihaava uusii vuoden kuluttua (Kallio 2000, 20).

Säärihaavan paranemisen tiedetään olevan hidasta ja tutkimusten mukaan 50–75 %:lla potilaista haava on auki noin 9 kuukautta, 50–72 %:lla haava on auki vuoden ja 12–29 %:lla haava on auki yli kaksi vuotta. Säärihaavojen hoitamiseen kuluu paljon aikaa ja rahaa. On arvioitu, että Suomessa säärihaavojen hoitamiseen kuluu noin 13-57 miljoonaa euroa vuodessa. (Seppänen 2005.)

Jokaisen haavaa hoitavan ammattihenkilön tulisi ottaa vastuu haavan arvioinnista, haavahoitotuotteen valinnasta ja haavan hoidosta. Suomen haavanhoitoyhdistys suosittelee haavan arvioinnissa käytettävän väriluokitusta, jonka avulla pystytään suunnittelemaan haavanhoitoa ja siihen sopivaa haavanhoitotuotetta. (Iivanainen 2000, 9.) Suomessa oli vuonna 2000 käytössä noin 200 erilaista haavanhoitotuotetta eri valmistajilta. Haavaa hoidettaessa on myös muistettava ottaa huomioon sen paranemista hidastavat ja edistävät tekijät, jotka ovat keskeisiä tekijöitä haavan paranemisprosessissa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2003, 79.)

## 2 IHON RAKENNE JA TEHTÄVÄT

Iho on ihmisen huomatuin ja näkyvin osa sekä ihmiskehon suurin elin. Iho on rajana ja suojana ulkomaailmaa vastaan. (Kokkonen, Nysten & Reinikainen 2001, 23.) Iho muodostuu kolmesta erilaisesta kerroksesta, jotka ovat epidermis eli orvaskesi, dermis eli verinahka ja subkutis eli ihonalaiskudos (Lehmuskallio & Nieminen 1988, 7). Ihoon kuuluu myös eritysrakenteita, kuten esimerkiksi rauhaset, karvat ja kynnet (Kokkonen ym. 2001, 23).

Ihon kerrokset ovat:

**Epidermis eli orvaskesi** on verisuoneton ja se muodostaa koko elimistön ulkopinnan ja estää veden, mikrobien ja virusten pääsyn elimistöön. Epidermiksestä voi erottaa kolme kerrosta: sarveis-, subbrasaali- ja tyvikerros. Epidermiksen paksuus vaihtelee eri kohdissa ihoa. Se on paksumpaa kulutukselle alttiilla ihoalueella, kuten jalkapohjissa ja kämmenissä, ohuempaa taivekohdissa ja erityisesti silmäluomissa. (Havu, Niemi & Valta 1988, 78.)

**Dermis eli verinahka** rakentuu pääasiassa sidekudoksesta, joka koostuu suurimmalta osin kollageenista 90 %, elastiinista 5 %, perussolukosta 5 % (Hietanen ym. 2003, 11).

Dermiksen tehtäviin kuuluu lujittaa ihoa venytystä ja iskuja vastaan, palauttaa ihon entiselleen venytyksen jälkeen sekä sitoa vettä. Dermiksessä on myös hiki- ja talirauhasia, karvatuppia, verisuonia ja hermopäätteitä ja sen tehtäviin kuuluu kivun, lämmön ja paineen tunteminen. (Kokkonen ym. 2001, 25.)

**Subkutiksen eli ihonalaiskudoksen** paksuus vaihtelee eri kohdissa elimistöä, esimerkiksi pakoissa ja naisen maitorauhasissa se on erityisen paksu. Se muodostuu löyhästä sidekudoksesta ja rasvakudoksesta. Subkutiksen paksuuteen vaikuttaa sijainti kehossa, ikä ja hormonaalinen tila. Samoin sukupuoli vaikuttaa ihonalaisen rasvan kertymiseen. (Kokkonen ym. 2001, 25–26.) Subkutiksen tehtäviin kuuluu toimia energiavarastona ja lämmöneristeenä sekä siteenä ihon ja muiden kudosten, esimerkiksi lihaskalvojen ja jänteiden, välillä. Samoin sen tehtäviin kuuluu suojata sisäelimiä ulkoisilta iskuilta. (Hietanen ym. 2003, 13.)

Iho osallistuu moniin erilaisiin tehtäviin, joita ovat esimerkiksi elimistön lämmönsäätely, suojata elimistöä bakteereilta sekä viruksilta ja olla osana kommunikointia nonverbaalisen viestinnän välineenä esimerkiksi punastamalla. Iho toimii myös aistielimenä suojaten elimistöä erityyppisiltä säteilyiltä, kuitenkin huomioiden, että ihmisen elimistö tarvitsee oikeassa suhteessa auringonsäteilyä muodostaakseen D-vitamiinia iholla. Iho. (Havu ym. 1988, 31.) Haavan syntyessä iholle

sillä on vaikutusta ihon tehtäviin ja haavanparanemisen nopeuteen sen mukaan, mihin kerrokseen asti haava ulottuu. Haavan syvyyttä arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota potilaan kokoon. (Hietanen ym. 2003, 13.)

### **3 HAAVA**

#### **3.1 Haavan määrittely**

Haavan yhtenä määrittelyksi käytetään määritelmää katkoksen kudoksen *integriteetissä* eli eheydessä. Haava syntyy, kun ihon kudokseen kohdistuu voima, joka on suurempi kuin sen oma vetolujuus. Haava voi syntyä joko tahallisesti eli kudoksen eheys rikotaan kirurgin veitsellä tai tahattomasti esim. tapaturmassa. (Iivanainen ym.2001b, 144.)

Haava on latinaksi *vulnus* tai *ulcus*. Lääketieteessä *vulnus* tarkoittaa ulkoisen väkivallan aiheuttamaa kudovauriota ja *ulcus* taas tarkoittaa haavaa tai haavaumaa, joka on syntynyt elimistön sisäisen sairausprosessin seurauksena. (Aho, Lindell, Mattila, Pätiälä, Rantala, Rokkanen, Sundell & Vilkki 1992, 9.) Haavat voidaan jaotella haavan aiheuttajan, paranemisprosessin ja niiden keston tai iän perusteella akuutteihin ja kroonisiin haavoihin (Hietanen ym. 2003, 17).

Haavoja jaotellaan niiden aiheuttajan, paranemisprosessin ja paranemisen keston mukaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Akuutti haava eli *vulnus* voi tulla tahattomasti tai suunnitellusti ja ne paranevat usein hyvin ilman ongelmia. Krooninen haava eli *ulcus* on elimistön sisäisen sairauden sekä myös mahdollisen ulkoisen trauman seurauksena syntynyt pitkäaikainen ja hitaasti paraneva haava. Haava, joka ei ole parantunut kahdessa tai kolmessa kuukaudessa, tai jonka paranemisaikaa on hankala arvioida, tai joka on uusiutunut samaan paikkaan, voidaan määrittellä krooniseksi haavaksi. Infektion tai epätarkoituksenmukaisen hoidon seurauksena myös akuutti haava voi muuttua krooniseksi. (Mts. 17–22.)

#### **3.2 Haavan paranemisen vaiheet**

Haavan paraneminen on hyvin monimutkainen ja tarkkasäätöinen fysiologinen prosessi, jossa esiintyvät kaikki solujen kehitykseen, kasvuun ja vanhenemiseen liittyvät biologiset ilmiöt, esimerkiksi solujen jakautuminen ja erilaistuminen (Korte, Rajamäki, Liukkari & Kallio 1996,

461). Haavan paranemisprosessi etenee samoja sääntöjä noudattaen. Haavan lopputuloksena muodostuu arpikudos, josta puuttuu ihon alkuperäiset rauhaset. Mutta taas kroonisissa haavoissa haavan paranemisprosessi on häiriintynyt. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kallio 2004, 44.)

Haavan paranemisessa erotetaan kolme eri vaihetta: tulehdus-, uudelleenmuodostumisen- ja kypsymisvaihe. Jotkut esittävät vielä neljännenkin vaiheen eli destruktiivinen vaihe, jonka he sijoittavat tulehdus- ja uudelleenmuodostumisvaiheen väliin. Haavan paranemisen vaiheet ovat osittain päällekkäisiä sekä toisistaan riippuvaisia tapahtumia. (Hietanen ym. 2003, 28.)

Heti haavan synnyttyä alkaa **tulehdusvaihe**, joka alkaa hyytymistapahtumalla. Haava-alueelle vuotaa veri, joka hyytyy nopeasti verihiutaleiden ansiosta. Tällaista tulehdusta kutsutaan inflammaksi, ja sitä ei tule sekoittaa infektiin, joka on bakteerin aiheuttama tulehdus ja haavanparanemisprosessia hidastava tekijä. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 48.) Neutrofiilit ovat ensimmäiset tulehdussolut, jotka saapuvat haava-alueelle. Niillä ei ole haavan paranemisprosessiin vaikutusta, vaan niiden tehtävänä on tuhota bakteereita haavasta ja estää infektoitumista. (Ahonen ym. 1992, 11.) Tulehdusvaiheessa haava-alue turpoaa sinne kertyneen nesteen ja tulehdussolujen seurauksena (Ukkola ym. 2001, 48).

Veren monosyytit saapuvat haavaan ja muuttuvat nopeasti magrofageiksi. Niiden tehtävä on poistaa kuollutta kudosta, bakteereita ja haavaan joutuneita vieraita aineita puhdistuen haavaa sekä syntetisoimalla että erittämällä kasvutekijöitä. Ne myös stimuloivat fibroblasteja, eli kasvusoluja rakentamaan uutta sidekudosta haavan reunojen väliin. (Ahonen ym. 1992, 11.) Makrofageilla on tärkeä tehtävä haavan paranemisessa: jos niiden toiminta estetään vasta-aineilla, haavan paraneminen häiriintyy vakavasti (Roberts ym. 2004, 45). Haava-alueen paranemisprosessin edetessä syntyvä uusi kudos koostuu granulaatiokudoksesta ja sen päälle kasvavasta uudesta epidermiksestä. Granulaatiokudoksen muodostuminen lopettaa tulehdusvaiheen, jonka kesto iohaavassa on kolmesta neljään vuorokautta. Tulehdusvaiheessa haava-alueen vetolujuus ei vielä lisääntynyt. (Ahonen ym. 1992, 12.)

**Uudelleenmuodostumisvaiheen** aikana haavaan muodostuu fibroblasteja ja niille ravintoa sekä happea tuovia uusia hentoja verisuonia. Haavalla fibroblastit alkavat tuottaa kollageenia. Kollageeni on valkuaisaine, joka antaa ihmisen kudoksille vetolujuutta. Kollageeni alkaa muodostaa syitä, joiden seurauksena haavan reunat alkavat kiinnittyä yhteen ja haavaontelot alkavat täyttyä. Samalla ihon epiteelisolut haava-alueen reunoilla lisääntyvät, ja epiteeli alkaa kasvaa uuden si-

dekudoksen päälle. Uudelleenmuodostumisvaiheen kesto on useita viikkoja. (Ukkola ym. 2001, 49.)

**Kypsymisvaihe** alkaa haava-alueella, kun haava on täyttynyt sidekudoksella ja haavan epiteeli-saatio on loppunut. Tämä vaihe kestää kuukausia, jopa vuosia. Kypsymisvaiheessa sidekudoksen kollageenien määrä ei niinkään lisäännä vaan sen rakenteessa tapahtuu kiinteytymistä ja vahvistumista. Tämän vaiheen aikana haavan arpikudos saavuttaa iholla lopullisen vetolujuutensa, joka on 60–70 % alkuperäisestä ihon vetolujuudesta. (Hietanen ym. 2003, 32.) Haavan kypsyessä uuden sidekudoksen verisuonitus vähenee, jolloin punainen granulaatiokudos korvautuu vaalealla arpikudoksella (Ahonen ym. 1992, 12). Arpikudoksessa ei kasva ihokarvoja, eikä siinä ole hiki- eikä talirauhasia (Hietanen ym. 2003, 32).

### 3.3 Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät

Suurin osa haavoista paranee ilman komplikaatioita, mutta jostain syystä joidenkin haavojen paraneminen hidastuu tai ei edisty laisinkaan ja syytä siihen ei aina löydetä. Haavan paranemisprosessiin vaikuttavat monet tekijät. Kaikkia siihen vaikuttavia tekijöitä ei todennäköisesti edes tiedetä. Haavan paranemista edistävät haava-alueen ympäristön hyvä verenkierto, haavan puhtaus, haavan seinämien siisteys, eli se, että niissä ei ole nekroottista kudosta, tarvittava kosteus, sopiva pH (3,5-7) ja lämpötila (37 astetta) sekä haavan seudun pitäminen liikkumattomana ja ammattitaitoinen ja aseptinen työskentely. Haavalle on annettava myös aikaa parantua rauhassa. (Iivanainen ym. 2001b, 149.)

**Fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla tekijöillä** eli esimerkiksi potilaan terveydentilalla ja ravitsemuksella, stressillä sekä ystävillä on merkitystä haavan paranemisprosessissa. Ne vaikuttavat haavan paranemiseen edistävästi tai heikentävästi. (Hietanen ym. 2003, 39.) Psykkinen stressi vaikuttaa heikentävästi kehon immuunisysteemiin ja näin elimistön stressireaktio hidastaa haavan paranemista (Mts. 42). Ravinnon merkitystä haavan paranemisessa on tutkittu paljon. Tutkimuksissa on todettu, että haavan paranemisprosessia hidastavat veden, foolihapon, kaloreiden, kalsiumin ja sinkin puutos. Erityisen paljon haavan paranemista hidastaa valkuaisaineiden puutos eli hypoproteinemia. Kuitenkaan ei ole pystytty todistamaan, että anemiolla olisi vaikutusta haavan paranemiselle. (Iivanainen ym. 2001b, 149.) Erityisen tärkeää haavapotilaan ravin-

nossa ovat A-, B-, C-, K- ja E-vitamiinit ja sinkki, koska niillä on erityistehtävä haavan paranemisprosessissa (Hietanen ym. 2003, 40).

Potilaan **iällä** on vaikutusta haavan paranemisessa. Ihmisen ikääntyessä ihossa tapahtuu rakenteellisia muutoksia. Iän vaikutuksesta ihon verisuonitus vähenee, tyvikalvo oikenee sekä glykosamiiniglykaanin ja talirauhasten määrä vähenee. Samoin vanhan ihmisen ihon vahingoittumisen mahdollisuus kasvaa, sillä hermopäitten määrä vähenee, mikä aiheuttaa ihotunnon heikkenemisen ja aistituntumusten muuttumista. Eli ihon rakenteelliset muutokset saavat aikaan sen, että vanhemman ihmisen iho on haurasta ja ihoon tulee helposti pinnallisia vaurioita, jotka paranevat hitaasti ja ihovaurioihin tulee helposti infektioita. (Hietanen ym. 2003, 40–41.)

Potilaan **huono yleiskunto** ja **eräät sairaudet** heikentävät haavan paranemismahdollisuuksia. Haavan paranemista hidastavia sairauksia ovat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet (esimerkiksi anemia ja arterioskleroosi), hengityselinsairaudet (esimerkiksi COPD, keuhkokuume, bronkiittit), imeytymissairaudet (esimerkiksi Chronin tauti, Colitis ulserosa), metaboliset sairaudet (esimerkiksi diabetes sekä munuaisten ja maksan vajaatoiminta), tunto- ja liikuntakyvyn puutosta aiheuttavat sairaudet (esimerkiksi neuropatia, hemiplegia, paraplegia) ja immuunijärjestelmän sairaudet (esimerkiksi eräät syöpäsairaudet, LED, reuma, HIV). Myös lääkeaineilla on vaikutusta haavan paranemiseen. Huomioitavia lääkeaineryhmiä haavan paranemisen kannalta ovat kortikosteroidit, joiden vaikutuksesta tulehdusreaktio jää liian lyhyeksi. Immunosuppressiivisillä lääkkeillä on haavaparanemisprosessissa valkosolujen määrää vähentävä vaikutus ja solusalpaajat taas estävät terveiden solujen toimintaa. (Mts. 42.)

**Ylipainolla** on myös haavan paranemista hidastava vaikutus, koska ylipainoisella on paljon ihonalaista rasvakudosta. Haavan ulottuessa rasvakudokseen tai sen alaisiin kudoksiin saattaa haavan paranemisprosessi hidastua rasvakudoksen vähäisen verenkierron seurauksena. Hematooman muodostumisherkyys on myös suurempi ylipainoisella potilaalla. Hematooma ja kerääntynyt kudospainete yhdessä heikentävät kudosten hapensaantia haava-alueella ja näin hidastavat haavan paranemista. (Mts. 46.)

**Elämäntapatekijöistä erityisesti nautintoaineilla** on todettu olevan merkitystä haavan paranemiselle. Tupakan, alkoholin sekä huumeiden käyttö hidastaa haavan paranemista. (Mts. 43). Tupakan sisältämistä monista haitallisista aineista haavan paranemisprosessiin vaikuttavat eniten nikotiini, häkä ja vetysyanidi. Nikotiini aiheuttaa kudoksissa hapen puutetta sekä haavan paranemisprosessin alkuvaiheen häiriintymistä. Samoin häkä aiheuttaa hapen puutetta kudoksissa

ja hidastaa paranemisprosessia. Vetycyanidilla on sama vaikutus kuin nikotiinilla ja häällä, mutta sen vaikutuksesta myös infektioriski suurenee. (Koljonen, Patja & Tukiainen 2006, 3203-3208.) Alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät usein epäsäännölliset elämäntavat ja huono hygienia, jotka hidastavat haavan paranemista ja suurentavat infektioriskiä. (Hietanen ym. 2003, 43.)

### 3.4 Haavapotilaan kivunhoito

Potilaan yksilöllisillä asenteilla, uskomuksilla ja persoonallisuudella on merkitystä hänen kokemukseensa kivusta. Kipu on aina monimutkainen ja yksilöllinen tapahtuma ja sen takia kivun hoidossa potilaan oma arviointi on lähtökohtana kivun selvittelyssä sekä arvioinnissa. (Huotari, 2007. 26.) Vaikka kipua on tutkittu jonkin verran, niin vieläkin kivusta ei tiedetä kaikkea. Hovin ja Salanterän (2000) artikkelissa esitellään Melzack ja Wall (1965) päättelämän porttikontrolliteorian, jonka lähtökohtana on se, että kipu ei ole pelkästään neurofysiologinen ilmiö, vaan sekä äly että tunne vaikuttavat siihen, miten ihminen reagoi kipuun ja millaisena hän sen kokee. Tämä teoria on jäsentänyt kivun tutkimusta ja kivun hoidon kehittymistä ja on nykyaikanakin edelleen tärkeä kivun tutkimusta ohjaava teoria. (Hovi & Salanterä 2000, 10.)

Hovin ja Salanterän (2000) mukaan kivun hoitotyön tutkimus on Suomessa vielä vähäistä ja kivun hoito perustuu paljolti hyviksi koettuihin käytäntöihin. Heidän mukaansa kivulla on tärkeä tehtävä elimistössä, sillä se varoittaa uhkaavasta vaarasta. Mutta kun kivun syy on selvinnyt, ei kivulla enää ole merkitystä ja se tulisikin poistaa kokonaan. Kivun hoidossa lähtökohtana voidaan pitää sitä, että ennaltaehkäisy on tehokkaampaa kuin jo olemassa olevan kivun hoitaminen. He korostavat myös, että hyvällä kivun hoidolla on merkitystä sekä potilaalle, hänen lähipiirilleen että hoitavalle henkilökunnalle. Hyvän kivun hoidon edellytyksenä ovat tietämys kivusta ja sen hoidosta, myönteinen asenne tehokkaaseen kivun hoitoon sekä moniammatillinen yhteistyö ja riittävä aika potilaan tuntemusten kuuntelemiseen ja niiden selvittämiseen. (Mts. 10.)

Kipua jaotellaan myös aiheuttajan mukaan: taustakipu, liikekipu, toimenpiteen aiheuttama kipu. **Taustakipu** on levossa tuntuva kipua ja sen voi aiheuttaa haavan aiheuttaja esimerkiksi iskemia tai jokin muu samanaikainen sairaus esim. ääreisverisuonisairaus tai nivelreuma. **Liikekipua** voi esiintyä jokapäiväisessä elämässä esimerkiksi aivastamisen yhteydessä tai haavan sidosten liikumisen yhteydessä. **Toimenpiteeseen liittyvää kipua** esiintyy esimerkiksi, jos sidokset ovat jääneet haavaan kiinni ja ne poistetaan repimällä eikä kostuttamalla. Myös haavalle laitettava puhdistusaine, jopa vesi, saattaa aiheuttaa kirvelyä haavalla, haavan mekaanisessa puhdistukses-

sa hermopäätteet ärsyyntyvät ja potilas tuntee tämän kipuna tai kipua voi esiintyä haavan sidonnan yhteydessä. Kivun hoitoon voi tarvita sekä lääkkeettömiä menetelmiä että kipulääkitystä. (Harding 2004, 19.)

Kroonisissa haavoissa esiintyvä kipu voi olla pitkäaikainen kudonsvauriokipu tai hermoperäinen kipu. Kudonsvauriokivun hoidossa hyvänä apuna ovat kipumittarit (liite 1). Kivun voimakkuuden arvioinnin mukaan valitaan sopiva kipulääkitys. Lievissä ja keskivaikeissa kivuissa ensisijaisena hoitona käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Jos kipu on keskivaikeaa tai vaikeaa tulisi valita vahvoihin kipulääkkeisiin kuuluvat opioidit yhdessä tulehduskipulääkkeen kanssa. Niillä on toisiaan tehostava vaikutus. (Huotari 2007, 27.)

Hermoperäiselle kivulle tunnusomaista on aistituntemusten muuttuminen eli erilaiset tuntemukset voivat heikentyä, voimistua tai muuttua epämiellyttäväksi. Esimerkiksi normaali kosketus voidaan tuntea kivuliaana. Tuntoaistin heikentyminen voi liittyä myös kudonsvauriokipuun. Haavan ja sen ympäristön ärsytys, infektio tai toistuva trauma, esimerkiksi haavanhoitotuotteen tarttuminen haavan pintaan, aiheuttavat myös kipua potilaalle. Hermoperäisen kivun hoidossa käytetyimmät lääkkeet ovat masennuskipulääkkeet esim. amitriptyliini tai nortriptyliini, nykyiset ja entiset epilepsialääkkeet esim. gabapentinoideit, natriumkanavasalpaajat sekä opioideista käytetään ensisijaisesti tramadoli. (Mts. 27.)

Haavan hoitoa tehdessä on muistettava, että hoito saattaa aiheuttaa potilaalle kipua. Haavan hoidossa tehokkainta kivunlievitystä ovat paikallispuudutteet. Niitä ovat esim. lidokaiini, prilokaiini sekä lidokaiinia ja prilokaiinia vaikuttavana aineena sisältävä emulsiovoide. Ne soveltuvat hyvin myös haavan puuduttamiseen ennen haavan hoitoa. (Mts. 98 -101.)

Tutkimuksissa on pystytty osoittamaan, että hoitamaton kipu hidastaa haavan paranemista ja huonontaa potilaan elämänlaatua. Haavan hoitoon liittyvää kipua voidaan vähentää hyvällä tilanearviolla, sidosvalinnalla, ammattitaitoisella haavanhoidolla sekä yksilöllisellä kipulääkityksellä. Perustietämys kivun fysiologiasta auttaa haavan hoitoon osallistujia ymmärtämään potilaan kipua. (Harding 2004, 19.)

Jokaisen haavan hoidon yhteydessä tehdään arviointia kivusta. Vähimmäisvaatimuksena kivun hoidossa voidaan pitää kivun voimakkuuden mittaamista ennen haavan hoitoa sekä hoitomuotojen vaihtuessa. (Korhonen 2006, 28–29.) Jos haavan hoitotilanteessa potilas tuntee kovaa kipua, toimenpiteen toistaminen ilman riittävää kivunlievitystä on hoitohenkilökunnalta laiminlyönti

(Harding 2004, 22). Epäonnistuneet kivunlievitysyriytykset olisi hyvä kirjata, jotta niitä ei kokeil-  
taisi uudelleen. Kipua olisi hyvä mitata ennen kipulääkkeen antamista ja sen jälkeen. Potilaalle  
tulisi myös antaa riittävästi tietoa kivun hoitoon käytettävistä menetelmistä ja niiden sivuvaiku-  
tuksista. Kivun hoidon kirjaaminen on tärkeää myös tehdyn hoidon luotettavuutta mitattaessa. Se  
on myös hoitavan henkilön oikeudellinen turva. (Korhonen 2006, 28–29.)

### **3.5 Haavan vaikutus potilaan elämään**

WHO:n tekemän määrittelyn mukaan ihmisen terveys nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaa-  
lisena hyvinvointina. Haavapotilasta tulee muistaa tarkastella suhteessa hänen ympäristöönsä,  
sillä hän on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. (Iivanainen & Seppänen 1999, 22.)

Iivanaisen (1999) mukaan potilaan tuntemuksilla on merkittävä asema, tämän ollessa potilas.  
Suuri merkitys on potilaan hyvinvoinnilla eikä hoitajien mielipiteillä eri tilanteissa. Iivanainen  
(1999) korostaa myös, että potilaalle haavan koko ei ole tärkein tekijä vaan se, miten haava vai-  
kuttaa hänen jokapäiväiseen elämäänsä. (Mts. 22.)

Usein päivittäin tapahtuva haavan hoito vaatii potilaalta aikaa ja sitoutumista hoitoon. Haavaa  
hoitavan hoitajan tulisi kertoa potilaalle hoitoon sitoutumisen merkitys haavan paranemisessa ja  
hoitajan tulisi tunnistaa, milloin potilas ei ole sitoutunut haavan hoitoon. (Hietanen ym. 2003,  
42.) Hietanen ja muut (2003) esittävät potilaan hoitoon sitoutumisen vaikuttavia tekijöitä, jotka  
liittyvät potilaaseen ja haavanhoitoon seuraavasti:

- ammattitaidonpuute hoitaa haavaa
- haavan hoitoon liittyvä tiedonpuute
- potilaan motivaation puute haavan hoitoon
- haavanhoidosta on tullut potilaalle elämäntapa
- kielteinen asenne haavan ja sen hoitoon sekä vääränlaiset uskomukset hoitoon
- haavan aiheuttama ahdistus ja stressi
- potilas kieltää tilanteen ja haavanhoidon huomiotta jättäminen potilaan selviytymiskeino-  
na
- potilaalla saattaa olla vaikea elämäntilanne (esim. avioero, läheisen sairaus tai kuolema  
jne.)
- taloudelliset ongelmat (esimerkiksi työttömyys, asuntovelat jne.)

- elinympäristö aiheuttaa vaikeuksia haavan hoidossa (esimerkiksi kantovesi, pitkät välimatkat hoitopaikkaan ja apteekkiin jne.)
- työpaikka saattaa aiheuttaa rajoituksia (esimerkiksi liikkuva työ ja matkustelu vaikeuttavat haavan hoitoa). (Hietanen ym. 2003, 42.)

#### 4 HAAVALUOKITTELU

Haavojen luokittelussa voidaan käyttää kymmeniä eri menetelmiä, jotka liittyvät esimerkiksi haavojen synnyn etiologiaan, puhtausluokkaan, syvyyteen, ikään tai haavan ulkonäköön. Suomen haavanhoitoyhdistys luokittelee avoimen haavan väriluokituksella, joka sopii kaikkiin avoimiin haavoihin. Väriluokituksella arvioidaan haavalla tapahtuvia muutoksia ja haavan paranemisen vaiheita. Väriluokittelu on helppoa, sillä sen avulla voidaan antaa selkeitä ja yksiselitteisiä hoito-ohjeita sekä ohjata haavanhoitotuotteiden ja sidosmateriaalin valinnassa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen väriluokituksessa käytetään värejä musta, keltainen, punainen ja vaaleanpunainen. (Iivanainen 2000, 10.)

**Mustalla** haavalla tarkoitetaan haavaa, jonka pohjalla on mustaa, harmaata tai ruskeaa kuollutta kudosta. Lisäksi haavalla voi olla märkää, fibriiniä tai solun osia, sekä haava voi olla kuiva tai erittävä. **Keltaisessa** haavassa haavapohjassa on pehmeää kuollutta tai paksua sitkeää kudosta. Lisäksi haavalla voi olla märkää, fibriiniä tai solun osia sekä erityksen määrässä esiintyy vaihtelua. **Punaisessa** haavassa haavapohja on punainen, kivuton, pinta on hieman ryynimäinen, se ei vuoda verta ja voidaan sanoa, että se on puhdas. Tämä on se vaihe, mitä haavanhoidolla tavoitellaan. **Vaaleanpunaisessa** haavassa ihon pintakerros eli epiteeli alkaa kasvaa tai on kasvanut haavan pinnalle. (Mts. 10.)

#### 5 HAAVAPOTILAAN HOITOTYÖ

##### 5.1 Näyttöön perustuva haavanhoito

Kuin muukin hoitotyö, niin myös haavanhoito kuuluu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Haavanhoidossa näyttöaste voi olla tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintänäyttö tai kokemukseen perustuva näyttö. Hyvää haavanhoitoa ei voida suorittaa, ellei ole tutkittua tai hyväksi havaittua näyttöä siitä, miten kannattaa toimia, jotta päästään haluttuun lopputulokseen. (Arvonen 2007.)

Erikson ja muut (1999) ovat tutkimuksessa selvittäneet, kuinka paljon ja millaisia kroonisia haavoja esiintyy Helsingin alueen sairaanhoidon yksiköissä hoidossa olevilla potilailla sekä onko hoito-organisaatioon liittyvillä tekijöillä yhteyttä haavojen esiintyvyyteen. Tutkimustulokseksi he saivat, että haavojen esiintyminen on yhteydessä yksikön lääkärin ja sairaanhoitajien sekä potilaiden määrään. Erikson ja muut (1999) mielestä korkeampi koulutus antaa enemmän ammattitaitoa kroonisten haavojen ehkäisemiseen sekä hoitoon. Samoin erilaisille kroonisille haavoille tulisi kehittää hoito-ohjelmia ja kehittää hyvä hoitoketju potilasta hoitavien yksiköiden välille. Oikeanlaisen hoitoketjun suunnittelu mahdollistaa kustannusten pienenemisen ja potilaan inhimillisen kärsimyksen minimoimisen. (Erikson ym. 1999, 921-925.)

Seppäsen (2007) mielestä haavanhoidon tutkimuksen yksi iso aukko on kroonisten haavojen esiintyvyys ja ilmaantuvuus tutkimuksissa. Haavapotilaita on kaikissa Suomen terveydenhuollon yksiköissä, jolloin tarkkaa tietoa painehaavojen ja laskimoperäisten säärihaavojen esiintyvyydestä Suomessa ei tiedetä. Hänen mielestä tältä osin yhtenä haasteena olisi kehittää sähköistä kirjaamista haavan hoidossa, niin että se mahdollistaisi erilaisten haavojen seurannan ja tilastoinnin. (Seppänen 2007, 9.)

## **5.2 Aseptiikka**

Hietanen ja muut (2003) ovat todenneet, että haavanhoito on kokonaisuus, johonka kuuluu haavanhoidon aseptiikka, hyvä käsien desinfektio, haavan paikallishoito, haavansidokset sekä haavakivun hoito. Aseptiseen työskentelyyn kuuluu myös haavan hoidon hyvä ja huolellinen suunnittelu, jotta vältetään turhalta bakteerien levitykseltä. (Hietanen ym. 2003, 65- 66.)

Hoitoympäristön tulee olla puhdas, rauhallinen ja valoisa (Mts. 66). Ympäristö sisältää aina paljon mikrobeja varsinkin silloin, kun on kosteutta ja vähän orgaanista ainesta. On huomioitava, että kuivillakin pinnoilla mikrobit voivat säilyä eriasteisissa lepotiloissa. Ympäristö voi olla mik-

robin alkulähde tai varsinainen lähde, josta tartunta on peräisin. Mikrobit voivat välittää kontaminaatioita tai infektioita joutuessaan hoitovälineisiin, jotka joutuvat tekemisiin infektioportin kanssa. (Syrjälä & Kujala 2005, 108.)

Hyvällä käsihygienialla tarkoitetaan kaikkia toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään mikrobin siirtymistä hoitohenkilökunnan käsien välityksellä potilaisiin sekä ympäristöstä potilaaseen tai hoitohenkilökuntaan. Käsihygienialla on tärkeä merkitys kaikessa infektioiden torjunnassa. Käsihygieniaan kuuluu käsienpesu, eli lian pesu saippualla ja vedellä, ja käsien desinfektio eli alkoholipitoisen desinfektioaineen hieromista käsiin. Hyvään käsihygieniaan kuuluu myös käsien ihon hoito, suojakäsineiden käyttö hoitotyössä sekä kynsien siisteys. Käsien desinfektioainetta hierotaan käsiin ennen ja jälkeen potilaskontaktin. Käsihygieniassa painotetaan desinfiointivälikäsitteen käyttöä vesipesun sijasta, sillä huuhteen oikeanlainen käyttö on nopeaa sekä tehokasta ja rasittaa vähemmän käsien ihoa. (Syrjälä, Teirilä, Kujala & Ojajärvi 2005, 611- 615)

Suojakäsineiden käytön tarkoituksena on estää veriteitse tapahtuvat tartunnat ja mikrobin siirtyminen käsien välityksellä potilaaseen. On kuitenkin muistettava, etteivät suojakäsineet korvaa hyvää käsihygieniaa. (Jakobsson & Raita 2005, 606- 608.) Pitkät kynnet sekä sormukset voivat rikkoa suojakäsineet sekä sormusten alle jää usein pesuainetta sekä kosteutta. Rakenne- tai tekokynsiä, sormuksia, käsikoruja tai rannekkeita sekä kynsilakkoja ei tulisi käyttää haavanhoidon aikana puhdistusongelmien takia. (Hietanen ym. 2003, 68.)

### **5.3 Haavanhoito ja haavatuotteen valitseminen**

Hyvään haavanhoito tapahtumaan tarvitaan hyvää tietämystä paikallishoidosta ja haavanhoitotuotteista. Haavasidosten tarkoituksena on ehkäistä haavakomplikaatioita, esimerkiksi haavan repeämistä, vuotamista, turvotusta sekä suojata infektioilta. Haavasidokset tulisi vaihtaa aina, kun vuoto on tullut läpi, sidokset ovat likaiset sekä jos haavassa esiintyy jatkuvaa jomotusta tai särkyä. Sidevaihtokerrat vaihtelevat paljon riippuen haavanhoitotuotteesta tai haavan oireista. Esimerkiksi infektoituneen haavan siteet vaihdetaan yhdestä kolmeen kertaa vuorokaudessa huomioiden infektio-oireiden määrän. Haavan jäähtymisen estämiseksi sidokset poistetaan juuri ennen haavan puhdistamista. Sidoksia irrotettaessa tulisi muistaa, että sen pitäisi tapahtua tervettä kudosta vahingoittamatta ja potilaalle mahdollisimman kivuttomasti. Jos sidos on tarttunut

haava-alueelle kiinni, se tulisi liottaa irti suihkuttamalla tai kostuttamalla keittosuolaliuoksella. (Hietanen ym. 2003, 70.)

Mustan ja keltaisen haavan hoidon periaatteena on kuolleen kudoksen hajottaminen ja poistaminen, koska niillä on haavan pohjan paranemista hidastava vaikutus. Kuollutta kudosta voidaan poistaa suihkuttamalla sekä haavapesulla. Suihkutuksella avulla pehmitetään karstoja, poistetaan epäpuhtauksia ja haavalle jääneet haavanhoitotuotteet. (Iivanainen ym. 2001a, 181.) Haava-alueita suihkutetaan kehonlämpöisellä puhtaalla vedellä muutamaa minuutin ajan, koska haava jäähtyy suihkutuksen aikana sekä vesi on ionitonta eli suolatonta. Suolaton vesi läpäisee solukalvon ja näin se pääsee solunsisäiseen nestetilään, jolloin se aiheuttaa erityksen lisääntymistä ja kudosturvotusta. Tästä johtuen on tärkeää kuivata haavapohja hyvin puhtailla taitoksilla kevyesti painelemalla. Onkaloisen haavan huuhtelussa käytetään yleensä keittosuolaliuosta. Huuhtelemisessa käytetään apuna ruiskua tai katetria onkalon syvyydestä riippuen ja huuhtelua tulee jatkaa kunnes onkalosta tuleva neste on kirkasta. Suihkutuksen jälkeen tulee muista kuivata haavapohja ja onkalo mahdollisimman hyvin esim. potilaan asentoa vaihtamalla. (Hietanen 2003, 70–71, 206.) Haavapesun tarkoituksena on suihkutuksen yhteydessä pestä haavasienellä tai taitoksella infektioitunut, runsaasti erittävä tai runsaasti kuollutta kudosta sisältävä haava mekaanisesti hankaamalla. (Juutilainen 2003b, 18–19.)

Suihkun jälkeen haavan pohjalla oleva musta tai keltainen karsta sekä kate voidaan poistaa esim. mekaanisesti, revisiolla, autolyyttisillä tai entsyymaattisilla valmisteilla. Mekaaninen puhdistaminen tapahtuu pinseteillä, kauhalla tai kirurgin veitsellä. (Iivanainen 2001a, 182). Revision tarkoituksena on, että esimerkiksi saksien, veitsen tai kauhan avulla haavasta poistetaan kaikki huono ja mahdollisesti infektioitunut kudos. Revisioon on aihetta usein silloin, kun haavassa on kuollutta kudosta tai haavalla on selvästi infektio. Kroonisten haavojen kohdalla joudutaan usein suorittamaan toistuvia puhdistuksia, jolloin on muistettava kivunhoito. (Juutilainen 2003b, 18–19.)

Autolyyttisillä valmisteilla tuetaan haavan omaa paranemisprosessia. Entsyymaattisten valmisteiden tarkoituksena on taas hajottaa ja irrottaa kuollutta kudosta, mutta niitä käytettäessä on muistettava, että valmiste ei erota kuollutta ja tervettä kudosta toisistaan. Punaisen haavan hoidon periaatteena on, että uutta granulaatiokudosta suojataan ja sen kasvua ei häiritä. Mahdolliset tarttuneita haavanhoitotuotteita tulee irrottaa suihkuttamalla. Sidoksia ei tule koskaan irrottaa väkisin. (Iivanainen 2001b, 478) (Liite 2.)

Haavanhoitotuotteiden jaottelussa on monia tapoja. Tässä työssä jaotteluna käytetään passiivinen ja interaktiivinen sidosmateriaali. Passiivista sidosta voidaan käyttää haavan peitteenä ja suojana.

Sen heikkouksia ovat vähäinen kyky imeä eritteitä, kuivuminen ja tarttuminen haavanpintaan. Passiivisia sidoksia ovat esimerkiksi sideharsotaitokset. Passiivista sidosmateriaalia käytetään yleensä vaaleanpunaiseen haavaan. Interaktiivisella sidoksen ominaisuutena on pitää haavanpohja kosteana, eli sidos sulkee haavan ulkoisesta ympäristöstä ja mahdollistaa haavalle parhaan mahdollisen paranemisolosuhteet, kuten lämmön, kosteuden ja pH:n. Interaktiivisia sidoksia ovat esimerkiksi polyuretaanikalvot, hydrokolloidit ja verkko- ja rasvaharsosidokset. Haavan paranemisprosessin ollessa mustassa ja keltaisessa vaiheessa sidosmateriaaliksi sopivat interaktiiviset sidokset. Punaisen haavan hoidossa voidaan käyttää kompressia. Sen tarkoituksena on pitää haava kosteana ja imeä haavasta erittyvä erite. On silti muistettava, ettei kompressio saa olla liian kostea. Niiden vaihtoväli on paljon harvempi kuin passiivisen sidoksen vaihtoväli. (Mts. 478-480.) (Liite 3.)

#### **5.4 Haavaympäristön hoito ja haavan hoidon kirjaaminen**

Haavaympäristön hoidossa tarkoituksena on estää haavasta tihkuvien eritteiden pääsy terveelle iholle sekä suojata ihoa teippien ja sidoskiinnitteiden aiheuttamalta ihoärsytykseltä. Eritteiden pääsy terveelle iholle saattaa aiheuttaa sen vettymistä ja hautumista. Haavaympäristön vettymisen aiheuttaa usein haavan suurenemisen ja haavaympäristön rikkoutumisen. Näistä oireina potilaalla saattaa olla kipua ja turvotusta. Haavaympäristön suojaamistapaan vaikuttavat haavaympäristön kunto, haavan oireiden sekä käytetyn sidoksen ominaisuudet. Haavaympäristön suojaamiseen on monia keinoja, esimerkiksi ympäröivä iho voidaan rasvata sinkkivoiteella tai öljymäisellä voiteella. Haavan hoitotuotteiden valinnalla on myös merkitystä, sillä oikein valittu tuote estää reunojen hautumisen sekä sillä estetään ulkoapäin tuleva kosteus kuten virtsa. (Hietanen ym. 2003, 71–72.)

Haavanhoidon vaikuttavuutta arvioitaessa sekä tarkassa ja luotettavassa tiedon siirrossa kirjaamisen tärkeys korostuu. Haavan ja sen ympäristön arvioinnista saatu tieto huomioidaan hoidon suunnittelussa, haavan paranemista arvioitaessa, haavassa tapahtuvien muutosten raportoinnissa ja arvioitaessa käytettyjä hoitomenetelmiä. Haavan paranemisen seuraamisen ja kirjaamisen hallitseminen vaatii hoitavalta henkilöltä teoretiedon osaamista haavan paranemisen vaiheista, siihen vaikuttavista tekijöistä sekä haavan syntyyn vaikuttavista tekijöistä. (Hietanen ym. 2003, 49.)

Kähkönen ja Sirkeinen (2003) ovat tutkimuksessaan kartoittaneet haavanhoidon kirjaamista Oulun yliopistollisessa sairaalassa lasten ja nuorten kirurgisella osastolla. Tutkimuksessa selvitetiin, mitä hoitajat kirjaavat haavanhoidosta. Tutkimuksessa huomattiin, että hoitajat kirjasivat havaintojaan ja haavan hoitoja huonosti sekä epäselvästi, mutta kipua ja verenvuotoa taas hoitajat kirjasivat hyvin. Tutkimuksen tulosten perusteella haavanhoidon kirjaamista tulee kehittää ja se tulisi aloittaa haavan paranemisesta ja haavan hoidon perusteista, jotta haavan arvioimisen taito ja kirjaaminen kehittyisivät. (Kähkönen & Sirkeinen 2003, 30–33.)

Haavan paranemisprosessia voidaan arvioida havainnoimalla (katsominen, haistaminen), mittaamalla eri menetelmillä haavan kokoa, haavan ääriviivoja jäljentämällä, valokuvaamalla sekä tunnustelemalla haavaa ja sen ympäristöä. (Hietanen ym. 2002, 49.)

## **6 LASKIMOPERÄISET SÄÄRIHAAVAT**

### **6.1 Esiintyvyys**

Säärihaavoista 70–80 % on laskimoperäisiä säärihaavoja. Suomessa laskimoperäisiä säärihaavoja on noin 11 000–15 000 potilaalla. (Hietanen ym. 2003, 137–138.) Säärihaava esiintyy suotuisissa oloissa usein muutamia kuukausia, vähemmän suotuisissa tapauksissa muutaman vuoden ja pahimmillaan haava on auki potilaan loppuelämän (Jansen & Nissinen-Paatsamala 1997, 694).

Laskimoperäisen säärihaavan taustalta löytyy usein krooninen laskimovika eli laskimoiden vajaatoiminta. Laskimoiden kroonista vajaatoimintaa sairastavista noin 12–14 % saa joskus elämänsä aikana säärihaavan. Alaraajan laskimovika voi ilmetä esimerkiksi suonikohjuina, alaraajan kipuina sekä särkyinä, suonenvetona, kutinana, staasiekseemana, alaraajaturvotuksena, hyperpigmentaationa, lipodermatoskleroosina (= ihonalaisen kudoksen kovettuminen), laskimoperäisenä katkokävelynä, laskimotukostulehduksena, erysipelaksena (= beetahemolyyttisen streptokokin aiheuttama infektio eli ruusuinfektio) laskimotukoksena ja säärihaavana. (Hietanen 2003, 138.)

Laskimoperäisen säärihaavan syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä ovat muun muassa miessukupuoli, korkea ikä, ylipaino, verenpainetauti, diabetes, sydämen vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta, nivelreuma, alhainen sosiaaliluokka, vakava alaraajavamma ja sairastettu syvä laskimotu-

kos. Edellä mainitut säärihaavan syntyyn vaikuttavat riskitekijät ovat myös jo syntyneen säärihaavan paranemista hidastavia tekijöitä. (Mts. 138.)

## 6.2 Synty tapa ja oireet

Laskimoperäisen säärihaavan taustalla on usein viallista laskimoläppien sallimaa pintalaskimoiden takaisinvirtausta mahdollisesti myös yhdistyneenä yhdyslaskimovikaan. Yhdyslaskimoviat, jotka ovat yhteydessä joko syvien tai pintalaskimoiden vikaan, esiintyvät useimmiten säärihaavan lähetyvillä. (Hietanen 2003, 140.)

Kohonnut laskimopaine eli alaraajan laskimoverenpainetauti (laskimohypertonია) ja verentungos aiheuttavat yhdessä alaraajan turvotusta, tavallisemmin nilkan ja säären alueella. Turvotus puolestaan vaikeuttaa kudosten aineenvaihduntaa. Kun iho ja ihonalainen kudos eivät saa riittävästi ravintoaineita ja happea sekä kuona-aineet eivät pääse poistumaan kudoksesta, seurauksena on ihon kovettuminen ja muuttuminen ohueksi sekä kiiltäväksi. Samalla ihon alainen rasvakudos kuolioituu. Tällöin pienikin traumaattinen vaurio saattaa muuttua hitaasti paranevaksi krooniseksi laskimoperäiseksi säärihaavaksi. (Janatuinen & Saarinen 1999.)

Laskimoperäinen säärihaava syntyy tavallisemmin säären alaosaan lähelle nilkkaa. Useimmiten haava sijaitsee jalan sisäosalla ja sen kehittyminen on hidasta. Laskimoperäinen säärihaava on muodoltaan useimmiten soikea ja matalareunainen sekä varsin laaja, mutta ei syvä. (Anttila 2002, 292.) Laskimoperäisen säärihaavan kehittymiseen liittyy usein myös ihomuutoksia. Säären ihoon muodostuu rusehtavaa pigmenttiä, joka on seurausta kohonneesta laskimopaineesta. Hilseilevä, punoittava sekä kutiseva ihottuma on myös varsin tavallista säären alueella. Laskimoperäinen säärihaava on harvoin kivulias. Sen sijaan turvotus tai säärihaavan infektoituminen voivat aiheuttaa kipuja ja jalan jomotusta. (Mts. 292.)

## 6.3 Ennaltaehkäisy

Laskimoperäisen säärihaavan syntymistä voidaan ennaltaehkäistä esimerkiksi laihtuttamalla sekä laskimoverenkierron parantamiseksi valita lihastyötä vaativia liikuntamuotoja kuten esimerkiksi kävely, uinti, pyöräily ja voimistelu, joita tulisi harrastaa säännöllisesti. Jalkojen nostaminen kohoasentoon, aina kuin mahdollista päivän aikana, ehkäisee tehokkaasti alaraajaturvotuksia

kuten myös tukisukkien käyttö seisomatyössä. Oikeanlaisilla kengillä on myös merkitystä ennaltaehkäisyssä. Esimerkiksi korkeakorkoisia kenkiä ei tulisi käyttää, koska ne estävät lihasten normaalin toiminnan. (Janatuinen & Saari 1999.)

Ihon rasvaaminen päivittäin öljymäisellä tai nestemäisellä perusvoiteella auttaa ihoa pysymään kimmoisana ja joustavana, mikä on tärkeä osa säärihaavan ennaltaehkäisyä. Samoin paljain jaloin, ulkona ja sisällä, liikkumista tulisi välttää. Jalat olisi hyvä pitää myös lämpöisinä. (Hietanen 2007.) Hoitoon tulisi hakeutua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, esimerkiksi silloin kun alaraajoihin on ilmestynyt laskimoperäisen säärihaavan kehittymiseen liittyviä oireita, kuten turvotusta, pigmentaatioita tai ihottumaa. Ajoissa tehdyllä diagnoosilla ja hoidolla saatetaan estää säärihaavan syntyminen. (Janatuinen & Saari 1999.)

#### **6.4 Diagnoosi ja tutkimusmenetelmät**

Kroonista säärihaavaa sairastavalla potilaalla on oikeus saada mahdollisimman nopeasti oikea sekä tarkka diagnoosi, joka on parhaan mahdollisen hoidon lähtökohta ja avaintekijä. Oikean diagnoosin perusteella määräytyvät tarvittavat hoidot sekä toimenpiteet. Koska suurin osa säärihaavoista on verisuoniperäisiä, tulisi verisuonikirurginen konsultaatio tehdä ennen hoitolinjan valitsemista. (Juutilainen & Hietanen 2003, 142.)

Hoitolinjaa valittaessa tärkeimpiä laskimoiden vajaatoiminnan tutkimusmenetelmiä ovat esimerkiksi Dupleksi/väridoppler-tutkimus, jossa saadaan kuvaa verisuonien kunnosta ja verenvirtauksista, varjoainekuvaus sekä ultraäänitutkimus (Hietanen 2006). Tutkimuksien lisäksi säärihaavaa arvioitaessa olisi hyvä tehdä ceap-luokitus, eli alaraajojen kroonisten laskimosairauksien kansainvälinen luokitusjärjestelmä, johon kuuluu neljä eri osaa: kliininen tutkimus, etiologia-luokitus, anatominen jakautuminen ja patofysiologinen tutkimus. Ceap-tutkimuksen lisäksi tulisi käyttää alaraajojen kroonisten laskimosairauksien kliinistä pisteytystä sekä haittaluokitusta. Niissä arvioidaan kipua, turvotusta, laskimoperäistä klaudikaatiota, pigmentaatiota, lipodermatoskleroosia, säärihaavan kokoa, kestoja ja uusiutumista sekä säärihaavojen lukumäärää. (Juutilainen & Hietanen 2003, 142–145.)

## 6.5 Hoito

Laskimoperäisen säärihaavan hoito voi olla konservatiivista tai operatiivista tai molempia yhtä aikaa. Operatiiviseen hoitoon kuuluvat pintalaskimokirurgia ja syviä laskimoita korjaava kirurgia. (Juutilainen & Hietanen 2003, 147.) Konservatiivisen hoidon tavoitteina voidaan pitää laskimosäärihaavojen kohdalla säärihaavan paranemista paikallishoidolla ja säärihaavan taustalla olevien sairauksien hoitoa sekä haavan paranemista ehkäisevien tekijöiden poistamista. Laskimoperäisen säärihaavapotilaan konservatiivinen hoito koostuu useista eri osa-alueista haavan paikallishoidon lisäksi (Mts. 84, 147)

Laskimoperäisen säärihaavan paikallishoidon tavoitteet määräytyvät haavan ominaisuuksien mukaan. Haavalle on ominaista runsas haavaeritys turvotuksen hoidon alkuvaiheessa. Runsaan erityksen takia sidostyyppi tulee valita sen mukaan. Sidokselta vaaditaan siis, että se imee eritteen nopeasti ja tehokkaasti eikä läpäise eritettä ja että se ei saa olla kovin paksu. Sen tulisi myös muotoutua haavan ja raajan mukaisesti, jottei se aiheuttaisi lisää painetta haavalle. Sidokset tulisi vaihtaa riittävän usein varsinkin, jos erite on tullut sidosten läpi. Runsas haavaerite aiheuttaa helposti haavan reunojen hautumista ja siksi haavareunojen suojaaminen on tärkeää. Samoin ihon rasvaaminen säännöllisesti saattaa estää uusien haavojen syntymistä. (Mts.157.)

Turvotuksen ehkäisy ja hoito on aina ensisijainen hoito laskimoperäisessä säärihaavassa. Jos alaraajojen kohonneesta laskimopaineesta johtuvaa kroonista turvotusta ei poisteta, säärihaavan paraneminen pitkittyy. Turvotuksia voidaan ehkäistä ja hoitaa esim. asento- ja liikehoidolla, kompressiosidoksilla, lääkinnällisillä hoitosukilla, jaksottaisella painepuristushoidolla ja manuaalisella lymfaterapialla. (Mts. 151.) Alaraajan laskimoiden vajaatoiminnan hoidon yhtenä tärkeänä hoitona on kompressiohoito. Ellei potilaalla ole havaittu tutkimuksissa valtimoverenkierron häiriötä, on mahdollista aloittaa kompressiohoito, joka yleensä toteutetaan puristussiteillä tai mieluummin yksilöllisesti mitatulla lääkinnällisellä hoitosukalla. Tarkoituksena on oireiden vähentäminen sekä vajaatoiminnasta johtuvien kudosuutosten estäminen tai korjaaminen. Kompressiohoidolla pystytään estämään esimerkiksi turvotus, ekseema, lipodermatoskleroosi, tromboflebiitti sekä säärihaava. Hoito nopeuttaa laskimoiden vajaatoiminnasta johtuvan säärihaavan umpeutumista. Kompressiohoidossa voimakas kompressio on tehokkaampi kuin heikko ja siksi potilaalle suositellaan säärihaavan estämiseksi voimakkainta puristusta, mitä hän pystyy pitkäaikaisesti pitämään. (Mts. 151.)

Kolari (1997) on väitöskirjassaan tutkinut jaksottaisen painepuristushoidon vaikutuksia ihoverenkierron ominaisuuksiin potilailla, joilla on krooninen alaraajan laskimoiden vajaatoiminta ja sen seurauksena turvotusta ja säärihaava. Hän on tutkimuksissaan tullut siihen tulokseen, että jaksottainenkin painepuristushoito edistää säärihaavapotilaiden ihonverenkiertoa sekä ihon hapestusta ja vähentää tehokkaasti turvotusta. Hänen mielestään painepuristushoito on menetelmänä yksinkertainen ja soveltuu hyvin potilastyöhön. (Kolari 1997, 5.)

Tukisidoksilla saavutettuun kompressioon vaikuttavat sekä sidostekniikka että oikeanlainen sidontamallin käyttäminen kunkin tukisidoksen kohdalla. Puutteellinen sidontatekniikka voi aiheuttaa turvotusta ja vyömäistä puristusta sekä ihovaurioita sidotulle alueelle. Oikein sidottu sidos tuntuu miellyttävältä, pysyy hyvin paikoillaan ja mukailee säären anatomiaa sekä antaa asteittain nilkasta ylöspäin vähenevän oikeanlaisen kompressiopaineen. Erilaisten sidosten sidonnassa käytetään eri sidosmalleja, kuten anatominen, spiraali- ja tähkämalli. Turvotuksen hoitoon valitaan ensisijaisesti tukisidos silloin, kun alaraajan turvotus on voimakasta ja säären muoto hankala sekä haavan erittäessä runsaasti. Koska tukisidoksia on erilaisia, tulee oikeanlaista sidosta valittaessa ottaa huomioon esimerkiksi potilaan liikuntakyky, raajan koko ja haavaeritteen määrä. Tukisidoksia on saatavilla erilaisia, esimerkiksi vähäelastinen kompressiosidos, runsaselastinen kompressiosidos, monikerrossidos, nelikerrossidos sekä sinkkiliimasidos. Sidosta valittaessa kannattaa kiinnittää huomiota valmistajan antamiin ohjeisiin. (Juutilainen & Hietanen 2003, 152–153.)

Hoitosidoksista lääkinnällisten hoitosukkien käyttöön siirrytään yleensä vasta silloin, kun haava on parantunut ja turvotus laskenut. Hoitosukkaa valittaessa tulisi kiinnittää huomiota sukan paineluokkaan ja tyyppiin (pohje-, reisisukka, sukkahousu). Eniten käytetty sukkamalli on polvisukka. Jos potilaan varpaissa on ongelmia, suositellaan silloin käytettäväksi avokärkistä mallia. Hoitajan olisi hyvä motivoida potilasta hoitosukkien käyttöön säännöllisesti. On pystytty osoittamaan, että hoitosukan käytön lopettamisella on vahva yhteys säärihaavan uusimiseen eli kompressiohoidolla pystytään estämään säärihaavan uusiutuminen. (Juutilainen & Hietanen 2003, 152-154.)

## **7 VALTIMOPERÄINEN JALKA- JA SÄÄRIHAAVA**

### **7.1 Esiintyvyys**

Kaikista säärihaavoista 5-20 % on valtimoperäisiä säärihaavoja. Haavan syntymiseen on useimmiten syynä riittämätön raajan valtimoverenkierto. Valtimoperäisiä säärihaavoja esiintyy yleis-

semmin miehillä kuin naisilla, mutta diabeetikoilla ei ole havaittavissa sukupuolten välistä eroa. Diabeetikoilla valtimoperäiset säärihaavat ovat yleisempiä kuin muulla väestöllä. 20–25 prosentilla potilaista katkokävely kehittyy kudoksen hapenpuutetta aiheuttavaksi leposäryksi, haavaumaksi tai kuolioksi. Valtimoverenkierron heikkenemiseen vaikuttavat ikä, tupakointi, perinnölliset tekijät, verenpainetauti sekä veren rasva-arvot. Haavan aiheuttaa usein jokin ulkoinen tekijä, kuten hankaus, terävän esineen aiheuttama haava, ihonalainen verenpurkauma sekä huonokuntoiset tai huonosti istuvat jalkineet. Huonon kudoshapetuksen seurauksena pienikin traumaattisesti syntyneen haavan paranemisprosessi häiriintyy ja silloin haava ei parane. (Juutilainen & Hietanen 2003, 137.)

## **7.2 Oireet ja diagnoosi**

Valtimoperäinen haava voi esiintyä joko sääressä tai jalkaterässä sekä siinä on mustaa kuollutta kudosta eli nekroosia ja siinä esiintyy voimakasta särkyä. Valtimoperäisissä haavoissa on useimmiten ensimmäisenä oireena klaudikaatiokipu eli niin sanottu katkokävely. Verenkiertohäiriön seurauksena raaja on usein kalpea ja kylmä sekä raajan iho on ohentunutta/surkastunutta eli atrofiasta samoin raajan karvankasvu on heikentynyt ja kynnet ovat paksuuntuneet. Yhtenä selvänä oireena on että, potilaan on helpompi levätä jalka alaspäin roikkuen, koska niiden nostaminen ylös aiheuttaa kovaa kipua. Samoin valtimopulssit tuntuvat huonosti. (Käypähoitosuositus 2007.)

Jos jalan haavaumat eivät osoita paranemisen merkkejä kahden viikon kuluessa, on aiheellista selvittää valtimoverenkierron tila. Valtimoiden tilaa voidaan selvittää ultraäänilaitteella ja varjoainekuvauksien avulla. Jos tutkimuksissa löydetään tukoksia ja ahtaumia, ne avataan mahdollisuuksien mukaan pallolaajennuksella tai verisuonikirurgisilla leikkauksilla. (Käypähoitosuositus 2007.)

## **7.3 Hoito**

Ensin tutkitaan haavan koko, sijainti ja syvyys sekä selvitetään haavan synty tapa ja -aika, aiemmat hoidot sekä selvitetään onko aikaisemmin ollut haavoja. Samoin ensisijaisen tärkeää haavan tutkimisessa on todeta esiintyykö siinä infektioita. Tärkeää on myös sulkea pois diabetes paastoverensokerimittauksella, sillä 15 % haavan saaneista ei tiedä sairastavansa diabetesta. Jos jalassa

esiintyy kovaa kipua, johon kipulääkkeillä ei ole vaikutusta, tulee silloin epäillä syvää infektiota. Joskus on hyvin vaikea erottaa infektiota iskemiasta. (Kallio & Hietanen 2003, 164.) Jos haava-alueella esiintyy punoitusta, se aristaa tai siinä on märkää, silloin haavasta tulee ottaa puhdistuksen jälkeen bakteeriviljelynäyte. Tarvittaessa lääkäri aloittaa antibioottihoidon herkkyysmäärittämyksen jälkeen. (Malanin 2006, 2145.)

Haavan konservatiivisessa hoidossa pyritään löytämään haavalle sopivat hoitotuotteet mahdollisimman yksinkertaisesti, sillä herkistyminen haavanhoitotuotteiden aineosille ja haavan ympäristön hoitotuotteille on yleistä pitkään kestävässä hoidossa. Haavanhoitotuote valitaan haavan paranemisprosessin vaiheen mukaan. Infektoitumattomiin, mutta erittäviin haavoihin sopivat imevät sidokset ja puhtaisiin ei-erittäviin haavoihin peittosidokset. Mutta on muistettava tarvittaessa mekaaninen puhdistaminen, joka tehdään usein esimerkiksi kauhalla kaapimalla tai toukkien avulla. (Mts. 2006, 2145.)

Tupakanpolton lopettaminen on tärkeää hoidon kannalta, sillä tupakanpolton seurauksena kudoksen hapensaanti heikkenee. Paikallishoidossa pätee samat periaatteet kuin laskimohaavassa eli turvotuksen hoito, hyvä sokeritasapaino, monipuolinen ravitsemus ja haavan perussyyn hoito. (Käypähoitosuositus 2007.) Kivunhoidossa tulee selvittää kivun aiheuttaja ja huolehtia oikeasta ja riittävästä kipulääkityksestä (Juutilainen 2003, 167). Ennuste valtimohaavoissa on selvästi huonompi kuin laskimoperäisissä haavoissa, ja usein joudutaan turvautumaan amputaatioon. (Käypähoitosuositus 2007.)

## **8 AIKUINEN OPPIJANA**

Koulutuksen tarkoituksena on muuttaa osallistujan käytänteitä ja muutoksia osallistujan tiedoissa, taidoissa, arvoissa, asenteissa ja motivaatiossa (Rauste- von Wright, von Wright & Soini 2003, 162). Uutta asiaa oppiessa ihminen pyrkii liittämään sen aikaisempaan opittuun tietoon tai kokemukseen. Uuden asian, jolla on yhteyttä aikaisempaan tietoon, ihminen pystyy omaksumaan helpommin kuin aivan uuden tiedon. (Vuorinen 1997, 45.) Tehokas opetus vaatii, että lähtökohdiana on kuulijan kyky hahmottaa asioita sekä se, että asia esitetään tavalla, joka vastaa kuulijan kykyä tarkastella asiaa (Rauste- von Wright ym. 2003, 162). Koulutuksen avulla voidaan vaikuttaa hoitohenkilökunnan toimintatapoihin, antaa tietoa ja vaikuttaa mielipiteisiin. Koulutusta

suunniteltaessa tulee kiinnittää huomiota kohderyhmään, opettamisen keinoihin ja sisältöön. Samoin on tärkeää arvioida opitun asian vaikutuksia. (Agthe, Lyytikäinen & Kujala 2005, 693–694.)

Opetustilannetta suunniteltaessa on muistettava kiinnittää huomiota kohderyhmään. Asiasisällön olisi hyvä olla näkökulmaltaan kohderyhmälle sopiva ja siinä olisi oltava arkityöhön sopivia ohjeita. (Mts. 693–694.) Perinteistä opetustilannetta ohjaavat teoria ja käytäntö (Rauste- von Wright ym. 2003, 215).

Erilaisia opettamistapoja yhdistämällä voidaan monipuolistaa ja tehostaa oppimista. Luentotyylinen koulutus sopii hyvin pienten ryhmien viestinnänmuodoksi. Luennon etuja ovat, että koulutus pystytään suunnittelemaan tarkkaan juuri kohderyhmälle ja näin voidaan käsitellä epäselvyydet heti. Samoin kohderyhmällä on mahdollista esittää kysymyksiä ja olla vuorovaikutuksessa kouluttajan kanssa. Huonona puolena on se, että esitystapa voi vaikuttaa negatiivisesti kuulijaan. (Agthe ym. 2005, 693.)

Kirjallisia tehtäviä voidaan hyödyntää niin pienille kuin suurillekin ryhmille. Kirjallisten tehtävien hyviä puolia ovat, että sisältöä voidaan muokata enemmän ja kohderyhmällä on mahdollista tutustua siihen kaikessa rauhassa. Haittana voi olla esimerkiksi, ettei tarkentavia kysymyksiä voida esittää kouluttajalle, sisällön suunnittelu kohderyhmälle on vaikeampaa sekä kohderyhmä ei hyödynnä kirjallista materiaalia, vaikka se olisi saatavilla. (Mts. 693.)

Aikuisopiskelijoille toiminnan tavoitteiksi voidaan asettaa työ- ja toimintatapojen uusiminen, itsetuntemuksen kasvattaminen, erilaisten toimintastrategioiden aktiivinen kokeilu sekä uusien asenteiden sisäistäminen. Kokemuksellinen oppimiskäsité tukee hyvin työelämässä olleiden aikuisopiskelijoiden oppimista. (Rauste-von Wright ym. 2003, 140.) Aikuisopiskelijoille tutkiminen ja uuden oppiminen ovat motivaatiota herättäviä asioita. Motivaatiolla on tarkoitus herättää opiskelijan mielenkiinto opittavaan asiaan. Tutkimusten mukaan aikuinen ihminen oppii parhaiten näkemänsä perusteella, seuraavaksi tulevat kuuloaisti ja tuntoaisti. Kuitenkin oppimisen tehokkuus lisääntyy senkin mukaan, mitä useimpia aisteja oppija voi käyttää oppimistilanteessa. Samoin silloin myös opittu asia pysyy myös paremmin muistissa. (Vuorinen 1997, 28 -47.)

## **9 KOULUTUSPÄIVIEN TOTEUTTAMINEN**

## **9.1 Tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää haavan hoito koulutuspäivät Toivakan kotihoidon-, vanhainkodin-, palvelutalon- ja dementiayksikön henkilökunnalle.

Koulutuspäivien tavoitteena on yhtenäistää haavanhoidon käytäntöjä Toivakan kotihoidon-, vanhainkodin-, palvelutalon- ja dementiayksiköissä kehittäen osallistujien tietämystä haavanhoidosta, oikean haavanhoitotuotteen valitsemisesta haavalle ja kirjaamisesta. Tavoitteena oli myös kartoittaa loppukyselyllä osallistujien tuntemuksia koulutuspäivistä sekä heidän kiinnostuksestaan osallistua tulevaisuudessa järjestettäviin haavanhoitokoulutuksiin.

## **9.2 Kohderyhmä**

Toivakan palvelukeskukseen kuuluu vanhainkoti, palvelutalo, dementiakoti eli Iidankoti ja kotihoidon yksiköt. Siellä työskentelee yhteensä 27 vakituista työntekijää sekä pitkä- ja lyhytaikaisia sijaisia sekä työllistämistuella työllistettyjä työntekijöitä. Palvelukeskuksessa työntekijät ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja sosiaaliohjaajia.

Palvelukeskuksen henkilökunnan omasta tarpeesta ja kiinnostuksesta tuli tarve järjestää haavanhoitokoulutus Toivakassa. Heidän omasta mielestään heillä oli haavanhoidon tietämyksessä ja taidoissa puutteita sekä eri yksiköiden välillä oli erilaisia haavanhoitokäytäntöjä.

## **9.3 Koulutuspäivien järjestäminen**

Syksyllä 2005 kävin Toivakan sosiaalijohtajan luona esittelemässä ajatukseni koulutuspäivän järjestämisestä osana lopputyötäni. Sain myönteisen vastauksen projektilleni ja kunta lupasi osallistua monistuskustannuksiin sekä maksaa tarvittaessa luennoitsijoiden korvaukset. (Liite 4.)

Elokuussa varmistui koulutukseen tulevat luennoitsijat, jotka ovat ensimmäisenä iltapäivänä sairaanhoitaja Maija-Liisa Silvennoinen ja toisena päivänä sairaanhoitaja, auktorisoitu haavahoitaja Sirpa Arvonon. Koulutuspäivämääräksi valittiin 10.10. ja 17.10. Koulutuksen kesto oli noin kol-

me tuntia ja se alkoi klo 12.00 ja kesti klo 15.00 asti. Varasin Toivakan kirjaston luentosalin koulutuspaikaksi ja sinne varasin Power Point – esityksiä varten tarvittavat laitteet. Mainokset koulutuspäivästä ja ilmoittautumislistat toimitin palvelukeskuksen jokaiseen yksikköön syyskuun 3. päivänä ja viimeinen ilmoittautumispäivä oli 24.9., jonka jälkeen tiedettiin koulutuksen osallistujamäärä.

Kävin tapaamassa kumpaakin luennoitsijaa pari viikkoa ennen koulutuspäiviä. Tapaamisilla käytiin yhdessä lävitse koulutuspäivien sisältöä, jotta koulutuksissa ei esiintyisi päällekkäisyyksiä ja kaikki halutut asiat tulisi käsiteltyä. Samalla käytiin lävitse luentomateriaalia. Luentomateriaalin Marja-Liisa Silvennoinen toi paikan päälle ja se monistettiin jälkikäteen osallistujille ja Sirpa Arvosen luentomateriaalin monistin osallistujille ennen koulutuspäiviä. Yhteistyökumppaneihin otin yhteyttä kahta viikkoa ennen koulutuspäiviä, mutta heidän aikataulunsa olivat jo lyöty lukkoon, joten he eivät päässeet tulemaan ensimmäiseen koulutuspäivään. Toiseen koulutuspäivään yhteistyökumppaniksi pääsi tulemaan Steripolarin edustaja, jonka aikatauluun koulutus kävi.

#### **9.4 Koulutuspäivät**

Koulutus pidettiin Toivakan kirjaston salissa 10.10. sekä 17.10. Koulutuksia järjestettiin kaksi, koska käsiteltävää asiaa on paljon. Koulutuksen kesto oli kolme tuntia kerralla. Koulutuksiin oli ilmoittautunut 21 henkilöä ja ensimmäisenä päivänä kaikki ilmoittautuneet olivat paikalla, mutta toisena koulutuspäivänä paikalla oli 18 henkilöä. Kaikki koulutukseen osallistuneet työskentelevät Toivakan palvelukeskuksessa ja heillä on jokaisella jonkin asteen hoidollinen koulutus. Koulutuspäivien sisältö muodostui päättötöiden teoriaosasta.

Ensimmäisen koulutuspäivän tarkoituksena oli kerrata osallistujien tietämystä haavojen luokittelusta, hoidosta, hoitotuotteen valinnasta, haavanparanemiseen vaikuttavista tekijöistä sekä kroonisen haavan vaikutuksesta potilaan elämään. Tavoitteena oli, että osallistujat saisivat tietoa, jonka avulla he osaisivat hoitaa haavoja parhaalla mahdollisella tavalla ja heidän kynnyksensä hoitaa haavoja madaltuisi. (Liite 5.)

Koulutuspäivän ensimmäisen luennon pidin itse, jossa käsittelin ihon rakennetta ja sen tehtäviä. Luennon jälkeen oli pieni tauko jonka jälkeen sairaanhoitaja Maija-Liisa Silvennoinen aloitti oman luento osuutensa. Hän luennoi aiheista haavan paranemisprosessi ja siihen vaikuttavat teki-

jät, haavaluokittelu, haavanhoitotuotteen valitseminen, kivunhoito ja kirjaaminen. Luennoitsija oli koonnut Power Point -esityksen, johon oli koottu pääkohdat esityksestä, joita hän täydensi teorian tiedolla ja omilla esimerkeillään. Lopuksi oli vapaamuotoista keskustelua, jossa sai esittää kysymyksiä. Keskustelussa nousi esiin kroonisen haavan vaikutuksesta potilaan elämään sekä kivunhoito

Toisen koulutuspäivänä aluksi jaoin luentomateriaalin ja kaksi kyselylomaketta. Toinen lomake oli haavanhoitokoulutuksen loppukysely, jolla halusin kartoittaa osallistujien omia tuntemuksia haavanhoitotaidoistaan ennen koulutusta ja sen jälkeen sekä sitä, onko kiinnostusta saada jatkossa haavanhoitokoulutusta ja millaista. Samoin halusin tietää, mitä he pitivät koulutuspäivistä. Toinen taas oli testi, jolla jokainen sai itse testata omaa tietämystään, onko väitteinä esitetyt väitvat laskimosta vai valtimosta johtuvia. Kahvitauon aikana käytiin lävitse oikeat vastaukset ja jokainen sai itse tarkistaa omat vastauksensa. (Liite 6.)

Sen jälkeen esittelin lyhyesti koulutuspäivän sisällön ja luennoitsijan sekä yhteistyökumppanina olleen Steripolarin edustajan. Luennoitsijana koulutuspäivässä oli sairaanhoitaja ja auktorisoitu haavanhoitaja Sirpa Arvonon. Steripolarin edustaja oli asettanut esille tuote-esittelypöydän. Koulutuspäivän aiheena oli avoimen haavan konservatiivinen hoito ja teemana säärihaava. Luennoitsija oli koonnut Power Point -esityksen, jossa kerrottiin lyhyesti pääkohdat, joita selvensivät hyvin käytännön esimerkit. Puolessa välin luento oli kahvitauko, jolloin oli mahdollista tutustua esillä oleviin Steripolarin haavanhoitotuotteisiin ja keskustella edustajan kanssa. Kahvitauon jälkeen käytiin lävitse vielä kompressiohoitoa ja lopuksi luennoitsija näytti oikean kompressiosidostekniikan, jonka jälkeen jokainen kokeili pareittain sidoksen tekemistä. Lopuksi keräsin loppukyselyn lomakkeet osallistujilta.

## **10 KOULUTUKSEN ONNISTUMISEN KARTOITUS**

### **10.1 Kyselyn suunnittelu**

Kyselyn tarkoituksena oli selvittää osallistujien mielipidettä koulutuspäivien onnistumisesta ja heidän tuntemuksiaan omista haavanhoitotaidoistaan ennen koulutusta ja sen jälkeen sekä olisivatko he kiinnostuneita saamaan lisää koulutusta haavanhoitoon liittyen. Toiminnallisessa opinäytetyössä riittää usein suuntaa antava tieto. Toiminnallisessa opinäytetyössä määrällisen tut-

kimuksen keinoin hankitun tiedon käyttötarkoitus määrää, millaista mittauksen tarkkuutta ja järjestelmällisyyttä kannattaa tavoitella. Lomake suunnitellaan vastaajan näkökulmasta ja sen kysymyksiä vertaillaan aina asetettuihin tavoitteisiin tai ongelmiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 58–60.) Kyselyn piti olla sellainen, että siihen voi vastata nopeasti ja helposti. Kyselyä varten varattiin viimeisen koulutuspäivän lopusta noin 10 minuuttia aikaa. Tarkoitus oli, että siihen vastaisi jokainen koulutuspäiviin osallistunut henkilö eli yhteensä noin 21 henkilöä.

Suunnitteluvaiheessa muotoilin kysymyksiä sellaiseksi, jotta niiden avulla saisin selville haluamani asiat. Kysymykset olivat selkeitä ja ymmärrettäviä, jotta niihin olisi helppo ja nopea vastata. Ajan rajallisuus ja oletamus siitä, että jokainen vastaa mieluummin ympyröitäviin vaihtoehtoihin kuin avoimiin kysymyksiin, alkoi muotoilla kysymyksiä. Kyselyyn vastattiin nimettöminä.

## 10.2 Kyselyn toteutus

Kysely muotoutui siten, että alussa oli kysymyksiä koulutuspäiviin liittyen. Kysymykset olivat lyhyitä ja vaihtoehtona oli valita 1, 2 tai 3. Vaihtoehtojen arvot olivat 1 = huono, 2 = kohtalainen ja 3 = hyvä. Kysymyksillä selvitettiin osallistujan tuntemuksia koulutuspäivien sisällöstä, olivatko he saaneet koulutuksesta uutta tietoa ja oliko siitä hyötyä heille työelämässä. Molemmat koulutuspäivät olivat jaoteltu omiksi kohdiksi. (Liite 7.)

Sitten oli avokysymys, jonka avulla haluttiin saada tietoa, montako osallistujaa mistäkin työyksiköstä koulutuksessa oli sekä kartoittaa eri yksiköissä työskentelevien henkilöiden tuntemuksia haavanhoitotaidoistaan. Samalla sain myös tietoa, kuinka hyvä haavanhoitotaito missäkin yksikössä on henkilökunnan omasta mielestä. Seuraavaksi oli taas kysymyksiä, joista valittiin vaihtoehto 1-3.

Viimeisellä kysymyksellä kartoitin osallistujien kiinnostusta saada jatkossa haavanhoitoon liittyvää koulutusta ja vastausvaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Kysymyksen jälkeen oli vapaata tilaa, johon oli mahdollista kirjoittaa ideoita tulevien koulutusten sisällöstä. Kyselyn lopussa oli kiitokset vastaamisesta ja toivotin jokaiselle hauskaa syksyä.

Kysely pidettiin Toivakan kirjastolla toisena haavanhoitokoulutuspäivänä 17.10.2007. Kyselyyn vastasi 18 henkilöä. Ennen kyselyyn vastaamista kerroin lyhyesti tekeillä olevasta opinnäytetyös-

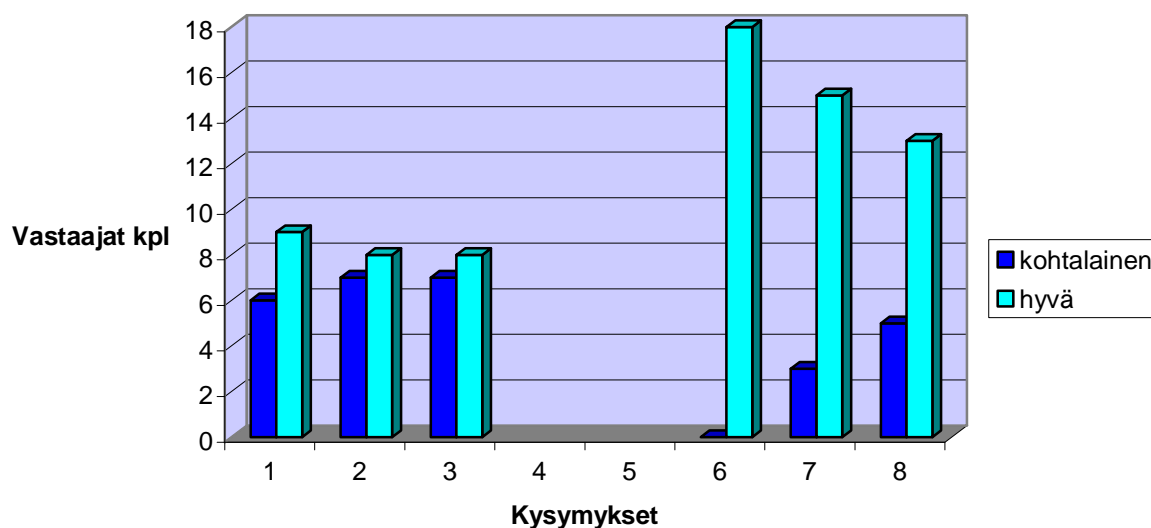
täni ja annoin suulliset ohjeet kyselyyn vastaamiseen. Korostin, että kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaukset tulevat käyttööni lopputyötä varten. Aikaa esittelyyn ja ohjeisiin kului noin neljä minuuttia eli jokaiselle jäi aikaa vastata kysymyksiin noin 6 minuuttia.

### 10.3 Kyselyn tulokset

Kyselyyn vastasi 18 henkilöä. Vastaajista 4 henkilöä työskenteli kotihoidon yksikössä, 6 henkilöä vanhainkodissa, 4 henkilöä palvelutalossa ja 4 henkilöä työskenteli dementiayksikössä eli Iidankodissa.

Ensimmäisen koulutuspäivään koskeviin kysymyksiin vastasi 15 henkilöä, sillä kaikki kyselyyn osallistuneet eivät olleet ensimmäisenä päivänä paikalla. Ensimmäisen koulutuspäivän sisällön vastaajista yli puolet koki hyväksi ja loput kokivat sen kohtalaiseksi. Samoin puolet koki saaneensa uutta tietoa koulutuksesta paljon ja loput kokivat saaneensa kohtalaisesti uutta tietoa. Koulutuksesta saatua haavanhoidollista tietoa puolet koki pystyvänsä hyödyntämään työssään ja lopuista tuntui, että he pystyvät hyödyntämäänsä tietoa kohtalaisesti. Kukaan vastaajista ei kokenut, ettei pystyisi hyödyntämään koulutuspäivän sisältöä omassa työssään.

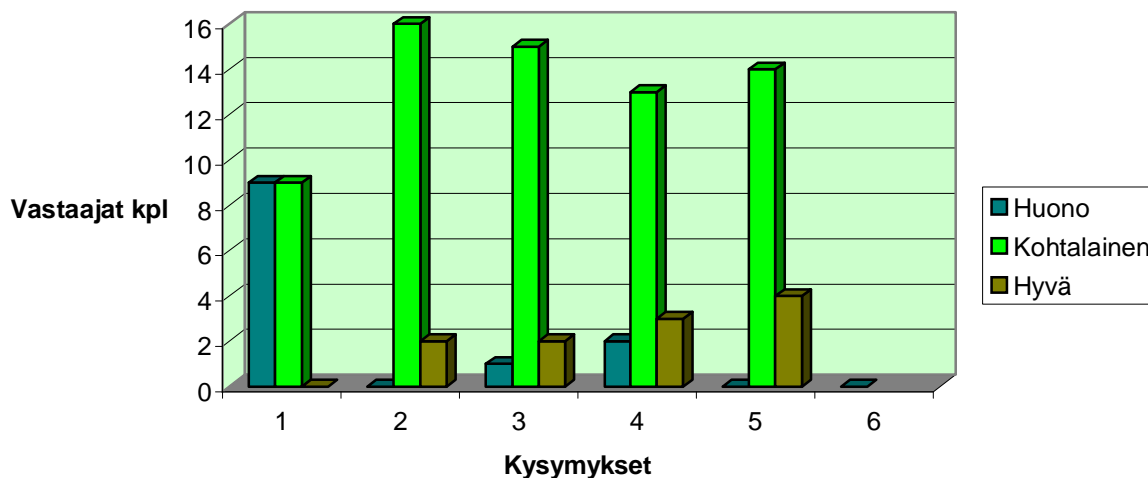
Toiseen koulutuspäivää koskeviin kysymyksiin vastasi kaikki 18 henkilöä. Koulutuspäivän sisällön kaikki vastaajat kokivat hyväksi sekä melkein kaikki vastaajat koki saaneensa paljon uutta tietoa koulutuksesta. Suurin osa vastaajista koki pystyvänsä hyödyntämään saamana haavanhoidollista tietoa työssään. Kaikki 18 henkilöä vastasi viimeisiin kysymyksiin, joissa kartoitettiin vastaajien haavanhoitotaitoja. Kukaan vastaajista ei kokenut, ettei pystyisi hyödyntämään koulutuspäivän sisältöä omassa työssään.



KUVIO 1. Yhteenveto osallistujien mielipiteestä koulutuspäivien sisällöstä

Ennen haavanhoitokoulutusta vastaajista puolet koki haavanhoitotaitonsa kohtalaiseksi ja puolet kokivat taitonsa heikoksi. Kukaan vastanneista ei ympyröinyt kohtaa, että omaisi hyvät haavanhoitotaidot. Haavanhoitokoulutuksen jälkeen vastaajista pari vastaajaa koki osaavansa hoitaa haavoja hyvin ja suurimman osan mielestä haavanhoitotaidot olivat parantuneet kohtalaiseksi. Oikean haavanhoitotuotteen valinnan vastaajista suurin osa koki osaavansa kohtalaisesti ja vain yksi henkilö koki edelleen, ettei osaa valita haavalle sopivaa tuotetta. Haavanhoidon kirjaamisen vastaajista yli puolet koki, että osaavat kohtalaisesti kirjata tekemänsä haavanhoidon. Vastaajista pari koki, etteivät osaa edelleenkään kirjata tekemänsä haavan hoitoa. Ennaltaehkäisyn työskentelyssään yli puolet koki osaavansa kohtalaisesti ja osa vastaajista kokivat hallitsevansa ennaltaehkäisyn hyvin.

Lisää haavanhoitokoulutusta vastaajista halusi 16 henkilöä ja kaksi henkilöä ei ollut vastannut kysymykseen. Millaista koulutusta he haluaisivat, siihen oli vastannut vain kaksi henkilöä. Tulevissa koulutuksissa haluttaisiin kertausta haavanhoidosta, uusinta tietoa aiheesta ja käytännön ohjeita.



KUVIO 2. Kyselyyn osallistujien tuntemuksia omasta haavanhoito taidosta

Lopputulosten perusteella voidaan todeta, että koulutuspäivät olivat onnistuneet ja osallistujat olivat tyytyväisiä päivien sisältöön. Koulutuspäivien tilaajan, eli Toivakan kunnan, esittämään tavoitteeseen päästiin, sillä osallistujia oli hyvin jokaisesta työyksiköstä, kuten tilaaja oli toivonutkin. Koulutuspäivien tavoitteeseen päästiin myös, koska jokaisesta yksiköstä oli osallistujia ja näin saatiin päivitettyä tietoa haavan hoidosta jokaiseen yksikköön. Samoin tämä mahdollistaa palvelukeskuksen yhtenäisen käytännön toteutumisen haavan hoidossa.

## 11. POHDINTA

### 11.1 Opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tekijä ei yleensä pääse opinnäytetyöprosessista helpommalla kuin tutkimuksellisen opinnäytetyön tekijä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä joudutaan usein turvautumaan hyvin yksilöllisiin ratkaisuihin ja lopulta on vaikea arvioida, missä laajuudessa toiminnallinen opinnäytetyö on riittävä siihen vaadittujen opintopisteiden suhteen. Se kuitenkin tehdään tutkivalla asenteella, vaikka se ei siihen sisälly selvästi. Toiminnallisen ja tutkimuksellisen opin-

näytetyön arvioinnin tulee olla kuitenkin poiketa toisistaan, kun kyseessä on kuitenkin luonteeltaan niin erilaiset prosessit. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 67–69.)

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen projekti. Aikataulu on venynyt alustavista suunnitelmista muiden opiskelujen ja perheessäni olevien pienten lasten takia. Aikataulua suunnitellessani en ottanut näitä tekijöitä tarpeeksi huomioon. Työn tekeminen on kaikesta huolimatta ollut hyvin motivoivaa ja yhtenä tekijänä onkin ollut se, että työstä on hyötyä Toivakan hoitohenkilökunnalle ja heidän hoitamilleen potilaille. Oma mielenkiintoni haavanhoitoon on ollut kuitenkin suurin motivoiva tekijä työtä tehdessä ja olen oppinut tässä matkan varrella paljon uusia asioita hyvään haavanhoitoon liittyen.

Yksin tehdessä on tuntunut välillä, että loppuvat ideat siitä, miten työssä edetä ja miten työtä rajat. Silloin olen pitänyt hieman taukoa ja antanut asioiden muhia mielessäni, mistä on ollut minulle apua. Samoin ohjaajien kanssa käydyt ohjaukset ovat auttaneet pääsemään pattiilanteesta eteenpäin. Yksin työtä tehdessä on hyvänä puolena ollut se, että työtä on voinut tehdä silloin, kun se itselle ja perheelle parhaiten sopii, eikä ole ollut riippuvainen muiden aikatauluista.

Työn teoreettisessa osassa olen käsitellyt haavanhoitoon liittyviä keskeisiä asioita ja tarkentanut laskimo- ja valtimoperäisiä säärihaavoja. Laskimo- ja valtimoperäisiin haavoihin liittyvää tietämystä halusin syventää työssäni, sillä niitä esiintyy paljon vanhusväestöllä, joten niihin Toivakan palvelukeskuksen hoitohenkilökunta törmää työssään usein. Siksi niiden hoito ja ennaltaehkäisyn tärkeys korostuu. Teoriaosa oli keskeinen osa työtäni ja mielestäni se tuki hyvin koulutuspäivien sisältöä. Teoriaosan tekeminen oli mielenkiintoista ja huomasin, että kertaaminen ei ollut pahaksi itsellekään. Aiheeseen löytyi hyvin lähdemateriaalia, mutta tutkimustietoa oli vähän. Syy tutkimusten vähyyteen on tutkimuksen tekemisen vaikeus, koska jokainen haava paranee omalla tavallaan. Keskeisin lähde tässä työssä on *Haava*-kirja, josta löytyy kattavasti tietoa. Samoin haavanhoitoliiton *Haava* -lehdistä löytyy hyviä artikkeleita ja suosittelen haavanhoidosta kiinnostuneita liittymään Suomen haavanhoitoyhdistykseen, jolloin saa lehden ja uusinta tietoa sekä tietoa aiheeseen liittyvästä koulutuksesta. Työtä tehdessä olen oppinut rajaamaan työtäni ja karsimaan asioita pois mutta siinä asiassa minulla on vieläkin oppimista, sillä kirjoitustyylini on hyvin rönkyilevää.

## 11.2 Koulutuksen järjestäminen

Koulutuksen järjestäminen oli hyvin opettavaista ja mielenkiintoista. Kysellessäni Palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan kiinnostusta haavanhoitokoulutuksesta, kiinnostuneita oli paljon josta kertoo myös se, että koulutuksen osallistuivat kaikki, joille se oli mahdollista. Osa osallistujista tuli koulutukseen myös vapaapäivänään. Kertoessani palvelukeskuksen henkilökunnalle, että järjestäisin koulutuksen opinnäytetyönäni, niin heidän ehdotuksensa oli, että pyydän ulkopuolisia luennoitsijoita pitämään koulutusta. Siihen vaikutti varmaan se, että olen itse nuorempi kuin suurempi osa koulutukseen osallistujista ja olen tullut taloon viimeisten joukossa. Itsellenikin tämä sopi, sillä olen jännittäjätyyppiä, joten koen esiintymisen toisten edessä epämiellyttäväksi. Koulutuspäivien aloituksia pitäessäni kuitenkin en jännittänyt niin paljon kuin yleensä ja arvelen sen johtuvan siitä, että yleisöni oli minulle tuttu.

Aikaisemmin en ole koskaan järjestänyt koulutuksia, joten asia oli minulle aivan uutta. Koulutuspäivän järjestämisessä täytyy huomioida monia asioita, joten aikaisemman kokemuksen puuttuessa jouduin kyselemään neuvoja ja varmistelemaan asioita, mutta koulutuspäivät onnistuivat kuitenkin. Yhteistyötahoja olisi voinut olla useampia, mutta tässä kokemattomuuteni tuli esille, sillä otin liian myöhään heihin yhteyttä, jotta he olisivat saaneet järjestettyä asioita. Mutta tämä kaikki on tietysti opiksi.

Ensimmäisen päivän luento oli selkeä, kattava ja siinä oli hyviä käytännön esimerkkejä. Samoin koulutuksen aikana saatiin mielenkiintoisia keskusteluja haavanhoitoon liittyvistä aiheista. Negatiivista ensimmäisessä koulutuspäivässä mielestäni oli se, että ensimmäisen päivän luennoitsija ei ollut tarpeeksi paneutunut esitykseensä ja se näkyi siinä. Myöskään hän ei puhunut haavan vaikutuksesta potilaan elämään, vaikka pyysin tapaamisella puhumaan myös siitä. Valmistelinkin siitä johtuen seuraavaan koulutuspäivään esityksen haavanvaikutuksesta potilaan elämään, jonka ajattelin esittää toisen koulutuspäivän lopussa, mutta minun ei tarvinnut, sillä toisen koulutuspäivän luennoitsija puhui aiheesta.

Toinen koulutuspäivä oli hyvä ja mielenkiintoinen. Luennosta näkyi hyvin luennoitsijan oman kiinnostus aiheeseen ja se, että hän oli paneutunut hyvin esitykseen myös. Hänen esityksensä oli hyvin kattava ja hänellä oli paljon mielenkiintoisia käytännön esimerkkejä. Hän puhui juuri niistä asioista, joista oli sovittu tapaamisella. Hänen kanssaan oli kiva työskennellä sekä hän antoi minulle hyviä neuvoja koulutuspäiviin liittyen.

Omasta mielestäni koulutuspäivät olivat onnistuneet ja niiden järjestäminen oli haastavaa. Opin paljon uusia asioita, joita aion myöhemmin hyödyntää työhön palatessani. Samoin tämän työn kautta olen oppinut työskentelytaitoja muiden tahojen kanssa. Uskon, etteivät nämä ollut viimeiset koulutuspäivät, joita tulen järjestämään. Ja ehkä tulevilla koulutuspäivillä pidän myös itse luentoja.

### 11.3 Loppukysely

Loppukyselyn suunnittelu oli haastavaa. Oli haastavaa miettiä ja rajata, millaisilla kysymyksillä saisin selville haluamani tiedon haavanhoitokoulutuksen onnistumisesta ja osallistujien haavanhoitotaidoista. Mielestäni onnistuin kysymysten laatimisessa ja sain niistä selkeät, ymmärrettävät sekä nopeasti vastattavat. Kyselyn huonona puolena oli, että kaikki vastanneet eivät olleet ensimmäisessä koulutuspäivässä ja osalla osallistujista jäi vastaamatta kyselyyn, kun he osallistui-  
vat vain ensimmäiseen päivään. Tätä en osannut ottaa huomioon suunnitteluvaiheessa.

Ennen koulutusta haavanhoitotaidot palvelukeskuksen henkilökunnalla olivat heidän omasta mielestään hyvin huonot ja dementiayksikön henkilökunta koki tietämyksensä heikoimmaksi kysymysten perusteella. Tämä asia oli minun tiedossani, sillä ollessani töissä kotihoidossa jouduin käymään muissakin yksiköissä hoitamassa haavoja, koska hoitohenkilökunta ei mielestään osannut niitä hoitaa. Mutta koulutus selvästi paransi osallistujien tietämystä ja mielestäni rohkaisi heitä tekemään haavanhoitoja työssään.

Koulutuspäivää arvioidessa osallistujat selvästi pitivät toista koulutuspäivää parempana kuin ensimmäistä ja itsekkin olen samaa mieltä. Mielestäni tämä johtuu siitä, että luennoitsijoiden ammattitaito pitää koulutusta olivat hyvin erilaiset. Toisen päivän kouluttaja kertoikin pitäneensä jonkin verran koulutuksia ja sen kyllä huomasi hänen tavassaan kouluttaa ja hänen luentomateriaalistaan.

Vastaajat halusivat lisää koulutusta haavanhoitoon liittyvistä asioista. Vastausten perusteella koulutusta tarvitaan kirjaamisesta, ennaltaehkäisystä sekä kertausta oikean haavanhoitotuotteiden valinnasta haavalle. Samoin uskon, että osallistujat oppivat myös lisää kunhan pääsevät käytännössä hoitamaan haavoja saaduilla neuvoilla. Työni ulkopuolella tulen tekemään haavanhoitokansion palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan työn tueksi.

Opin runsaasti kyselylomakkeen laadinnasta. Aikaisemmissa opinnoissani olin tehnyt avokysymyskaavakkeen ja analysoinut avokysymysvastauksia, joten tämä oli uutta minulle. Mielestäni kyselyn ulkoasu oli selkeä ja hyvin ryhmitelty.

#### **11.4 Jatkotutkimusaiheita**

Jatkotutkimuksen aiheiksi työstä on noussut haavanhoidon kirjaamisen kehittäminen, koska kirjaaminen on tärkeä osa haavanhoitoa. Tutkimuksessa voitaisiin selvittää kirjaamiskäytäntöjä ja kuinka kehittää niitä paremmaksi. Olen huomannut, että kirjaamisessa on paljon erilaisia käytäntöjä ja usein kiireessä kirjataan siten, että seuraava hoitaja ei niiden perusteella osaa arvioida haavan paranemista ja hoitoa. Samoin sen tiimoilta voisi järjestää koulutusta, jonka tarkoituksena olisi parantaa ja yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä koulutukseen osallistujien välillä.

## LÄHTEET

Agthe, N., Lyytikäinen, O. & Kujala, P. 2005. Viestintä ja sen merkitys hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Teoksesta: Infektioiden torjunta sairaalassa. Toim. Hellsten, S. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 693- 694.

Ahonen, J., Lindell, O., Mattila, S., Pätiälä, S., Rintala, R., Rokkanen, P., Sundell, B. & Vilkki, S. 1992. Kirurgisen ja traumaattisen haavan hoito. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Alaraaja laskimoiden vajaatoiminta. Käypähoitosuositus 2003. <<http://www.kaypahoito.fi>> 01.01.2008.

Anttila, K. Kaila-Mattila, T. Kan, S. Puska, E. & Vinhunen, R. 2002. Hoitamalla hyvä olo. 5.-6. p. Porvoo: WSOY.

Arvonen, S. 2007. Haavanhoitokoulutus: Avoimen haavan konservatiivinen hoito. Haavanhoito-asiiantuntijan luento 17.10.2007 Toivakan kirjastolla. Järjestäjänä Toivakan kunta

Erikson, E., Asko-Seljavaara, S., Hietanen, H. & Seppälä, A. 1999. Kroonisten haavojen esiintyvyys. Lääkärilehti 8/1999

Harding, K. 2004. Kivun vähentäminen haavanhoidossa. Haava -suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 4/2004. 18- 25.

Havu, V., Niemi, S. & Valta, M. 1988. Ihotautipotilaan hoito. Porvoo: WSOY.

Hietanen, H. 2006. Säärihaavan paikallishoito. Sairaanhoidajan käsikirja. <<http://www.terveysportti.fi>> 01.01.2008.

Hietanen, H. 2003. Säärihaavan konservatiivinen hoito. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja. Toim. Mustajoki, M. 2 uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim. 84- 87.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppälä, S. & Juutilainen, V. 2003. Haava. Porvoo: WS Bookwell.

Hovi, S-L. & Salanterä S. 2000. Sairaanhoidaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. Sairaanhoidaja. 14.1.2000. 10- 12

Huotari, A-M. 2007. Tunnista ja hoida haavakipu. Haava -Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2/2007. 26- 27.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001a. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001b. Sisätautikirurginen hoito ja hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino.

Iivanainen, A. 2000. Arviointihelpperi haavapohjan väriluokitukseen. Haava -suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 1/2000. 9- 11.

Iivanainen, A. & Seppänen, S. 1999. Haavan paraneminen -Haavapotilaan, perheen, hoitotiimin ja yhteiskunnan yhteinen tavoite. Sairaanhoidaja -sairaanhoidaja-lehden erikoispainos vuonna 1999 julkaistuista haavahoitoartikkeleista. 1/1999. 20- 22.

Jakobsson, A. & Raita, M. 2005. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet infektioiden torjunnassa. Teoksesta: Infektioiden torjunta sairaalassa. Toim. Hellsten, S. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 602- 610.

Janatuinen, M. & Saari, S. 1999. Sääri kannattaa hoitaa aikailematta. <<http://www.pulssi.fi/p99010.htm>> 01.01.2008.

Jansen, C. & Nissinen-Paatsamala, K. 1997. Laskimoperäinen säärihaava -kalliisti hoidettu kansantauti. Lääkärilehti 7/1997.

Juutilainen, V. 2003a. Wound bed preparation – haavapohjan valmitelu. Haava -suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 3/2003. 18- 21.

Juutilainen, V. 2003b. Diabeettinen jalkahaava. Teoksesta: Haava. Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppälä, S. & Juutilainen, V. Porvoo: WS Bookwell. 167- 181.

Juutilainen, V. & Hietanen H. 2003. Teoksesta: Haava. Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppälä, S. & Juutilainen, V. Porvoo: WS Bookwell. 186- 210.

Kallio, M. 2000. Laskimoperäisen säärihaavan hoito verisuonikirurgian kannalta. Haava - Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 1/2000. 20- 21.

Kallio, M. & Hietanen, H. 2003. Valtimoperäinen jalka- ja säärihaava. Teoksesta: Haava. Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppälä, S. & Juutilainen, V. Porvoo: WS Bookwell. 160- 167.

Kokkonen, T., Nylén, M. & Reinikainen, T. 2001. Ihopotilaan hoito ja tukeminen. Porvoo: WS Bookwell.

Kolari Pertti. 1997. Non-invasive assessment of cutaneous haemodynamics in chronic venous insufficiency of the legs. Effect of intermittent pneumatic compressio treatment. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, kirurgian klinikka. Kuopion yliopisto.

Koljonen, V., Patja, K. & Tukiainen, E. 2006. Tupakoinnin vaikutus haavan paranemiseen. Lääkärilehti 33/2006.

Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivunhoito -sairaanhoitajan näkökulma. Haava -Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 2/2006. 30- 31.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.

Krooninen alaraajahaava. Käypähoitosuositus 2007. <http://www.kaypahoito.fi> 01.01.2008.

Kuokkanen, K., Sillanaukee, P., Tuomi, M-L., Levälä, R. & Nikula, K. 1997. Säärihaavojen hoito-ohjelma pirkanmaalla. Lääkärilehti 10/1997.

Kähkönen, K. & Sirkeinen, M. 2003. Vaikeasti sidottavat haavat -Referointi Jacques Fletcherin luennoista ”Dressing Difficult wounds”, jonka hän piti VII:ssä Euroopan painehaavakongressissa Tampereella 5.9.2003. Haava -Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 4/2003.

Lehmuskallio, E. & Nieminen, R. 1988. Iho ja sen osaava hoito. Porvoo: Uusimaa.

Lehtola, A. & Hietanen H. 2003. Säarihaava. Teoksesta: Haava. Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppälä, S. & Juutilainen, V. Porvoo: WS Bookwell. 137- 159.

Malanin, K. 2006. Alaraaja haavat. <<http://www.terveysportti.fi>> 01.01.2008.

Papp, A. & Härmä, M. 2005. Haavan hoito. Teoksesta: Infektioiden torjunta sairaalassa. Toim. Hellsten, S. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 239- 245.

Rauste- von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9 uud.p. Helsinki: WSOY.

Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. 2004. Kirurgia. Helsinki: Duodecim

Seppänen, S. 2007. Puheenjohtajan terveiset. Haava -Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. 1/2007. 9.

Seppänen, S. 2005. Säarihaavojen esiintyvyys suomessa ja hoitolinjaukset. Haavanhoitoasian-  
tuntijan luento IX valtakunnallisilla haavapäivillä 4.2.2005 Helsingin messukeskuksessa. Järjes-  
täjänä Suomen haavanhoitoyhdistys.

Syrjälä, H. & Kujala, P. 2005. Ympäristön merkitys infektioissa. Teoksesta: Infektioiden torjunta sairaalassa. Toim. Hellsten, S. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 108- 116.

Syrjälä, H., Teirilä, I., Kujala, P. & Ojajärvi, J. 2005. Käsihygieniä. Teoksesta: Infektioiden tor-  
junta sairaalassa. Toim. Hellsten, S. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 611- 629.

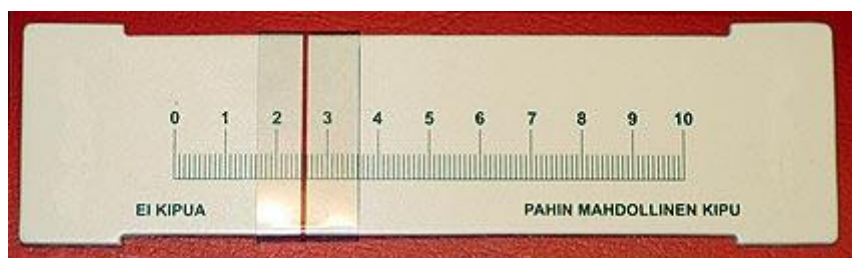
Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1-2 p. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

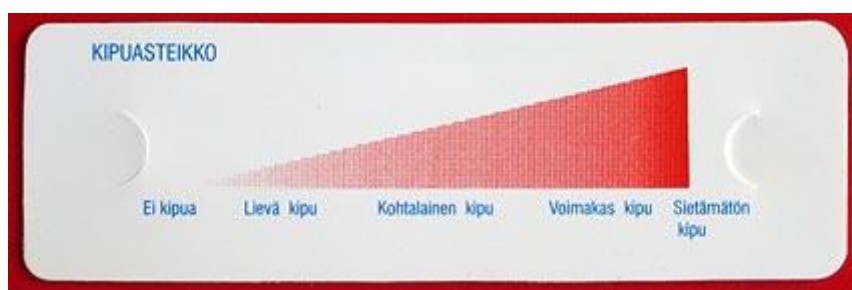
Vuorinen, I. Tuhat tapaa opettaa -menetelmäopas opettajille, kouluttajille ja ryhmän ohjaajille. 1997. 4 p. Naantali: Vammallan kirjapaino.

## Liite 1. Kipumittarit

Kipumittari voi olla **numerojana**, jonka toinen ääripää (0) tarkoittaa "ei kipua lainkaan" ja toinen (10) "erittäin vaikeaa kipua".



Mittari voi olla myös **kolmio** (VAS= visual analogue scale), jonka avulla voi näyttää kivun voimakkuuden.



Kivun mittaukseen voi käyttää lapsilla **kasvojen ilmekuvin** havainnollistettua asteikkoa.



## Liite 2 Haavanhoitotuotteen valintataulukko

## HAAVANHOITOTUOTTEEN VALINTATAULUKKO

## MUISTETTAVA HAAVATUOTTEEN VALINNASSA

- Haavojen mekaaninen puhdistus on tärkeää fibriini- ja nekroosipeitteisissä sekä infektoituneissa haavoissa.
- Samanaikaisesti haavapinnalla voi olla useita eri ilmiötä havaittavissa. Tuote valitaan vallitsevimman tilanteen mukaan, kuitenkin infektio tai nekroosi hoidetaan ensisijaisesti.

HAAVA-PINNAN ILMIÖT	SYVÄHAAVA (full thickness)		MATALA HAAVA (partial thickness)	
	vähän erittävä	runsaasti erittävä	vähän erittävä	runsaasti erittävä
Epitelisaatio			haavakalvo hydrogeeli ohut hydrokolloidi vaahtolevy perusvoide	vaahtolevy imevät haavatyynt
Granulaatio	hydrogeeli hydrokolloidi vaahtolevy	alginaatti / hydrofiber. hydrokolloidi vaahtolevy	haavakalvo hydrogeeli ohut hydrokolloidi vaahtolevy	alginaatti / hydrofiber. hydrogeeli hydrokolloidi vaahtolevy
Fibriinikate	entsymaattiset valmisteet hydrogeeli hydrokolloidi antiseptiset kompressit	entsymaattiset valmisteet alginaatti / hydrofiber. keittosuolakompressi antiseptiset kompressit	entsymaattiset valmisteet hydrogeeli ohut hydrokolloidilevy vaahtolevy antiseptiset kompressit	alginaatti / hydrofiber. entsymaattiset sidokset hydrokolloidi antiseptiset kompressit
Infektio	antimikrobiset aineet antiseptiset kompressit imevä viskoosisidos	antimikrobiset aineet antiseptiset kompressit imevä viskoosisidos alginaatti / hydrofiber.	antiseptiset kompressit antimikrobiset aineet imevä viskoosisidos aktiivihiihisidos	antimikrobiset aineet antiseptiset kompressit imevä viskoosisidos aktiivihiihisidos alginaatti / hydrofiber.
Nekroosi	antiseptiset kompressit entsymaattiset valmisteet hydrogeeli	antiseptiset kompressit entsymaattiset valmisteet alginaatti / hydrofiber.	antiseptiset kompressit entsymaattiset valmisteet hydrogeeli	antiseptiset kompressit entsymaattiset valmisteet alginaatti / hydrofiber.

## Liite 3. Haavanhoitotuotteen valintataulukko 2

HAAVANHOITOTUOTTEIDEN VALINTA

HAAVAPINNAN ILMIÖT	SYVÄ HAAVA	MATALA HAAVA		
	VÄHÄN ERITTÄVÄ	RUNSAASTI ERITTÄVÄ	VÄHÄN ERITTÄVÄ	RUNSAASTI ERITTÄVÄ
EPITELISAATIO aste: 0 vaaleanpunainen			OPSITE COMFEEL MEPILEX PERUSVOIDE	MEPILEX, AQUACELL COMFEEL IMEVÄT HAAVATYNYNT oprasorb(sin.),ete,solvaline
GRANULAATIO aste: 1 punainen	COMFEEL PURILON COMFEEL-LEVY MEPILEX	PURILON, AQUACELL COMFEEL MEPILEX	OPSITE,PURILON MEPILEX	PURILON, AQUACELL COMFEEL,MEPILEX
FIBRIINIKATE aste: 2 keltainen	IRUXOL, IRUXOLmono PURILON,COMFEEL KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine	IRUXOL/-MONO PURILON, AQUACELL KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine NaCl-kompressi	IRUXOL/-MONO PURILON, COMFEEL KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine MEPILEX	IRUXOL/-MONO PURILON, AQUACELL KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine NaCl-kompressi ,COMFEEL
NEKROOSI aste: 3 musta	IRUXOL/-MONO PURILON KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine	IRUXOL/-MONO PURILON KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine	IRUXOL/-MONO PURILON KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine	IRUXOL/-MONO PURILON KOMPRESSIT: travahex,lapis,betadine
INFEKTIO	SORBACT,KOMPRESSIT	SORBACT,KOMPRESSIT PURILON,AQUACELL	SORBACT,KOMPRESSIT AKTIIVIHIIHILISIDOS	SORBACT,KOMPRESSIT PURILON,AQUACELL AKTIIVIHIIHILISIDOS

**Liite 4. Koulutuspäivä kalenteri****KOULUTUSPÄIVIEN TOTEUTUMIS KALENTERI**

- 25.09.2005 Sovin Toivakan sosiaalihoitajan kanssa koulutuksen järjestämisestä.  
Kunta lupasi osallistua kustannuksiin koulutuspäivien osalta
- 29.03.2007 Esittelin opinnäytetyöni aiheen aiheseminaarissa ja sain hyväksynnän sille
- 05.08.2007 Sain yhteyden Maija-Liisa Silvennoiseen, joka lupasi tulla pitämään luentoa
- 10.08.2007 Sain yhteyden Sirpa Arvoseen, joka lupasi tulla pitämään luentoa
- 11.08.2007 Otin yhteyttä Toivakan kirjastonhoitajaan ja varasin koulutuspäivät  
Otin myös yhteyttä molempiin luennoitsijoihin ja heille kävi ajankohta
- 03.09.2007 Vein koulutuspäivä ilmoitukset palvelutalon eri yksiköihin
- 26.09.2007 Kävin tapaamassa Sirpa Arvosta ja sopimassa luenon sisällöstä tarkemmin
- 24.09.2007 Viimeinen ilmoittautumispäivä, jolloin sain ilmoittautuneiden määrän
- 27.09.2007 Yhteyden otto Steripolariin edustajaan, joka pääsi tulemaan paikalle
- 28.09.2007 Yhteydenotto Mepilexin edustajaan ja Nutrician edustajaan,  
joidenka aikatauluun ei sopinut koulutuspäivät
- 03.10.2007 Tapaaminen Maija-Liisa Silvennoisen kanssa, jossa kävimme lävitse  
luentomateriaalia
- 10.10.2007 Ensimmäinen haavan hoito koulutuspäivä, jossa luennoitsijana  
Maija-Liisa Silvennoinen
- 17.10.2007 Toinen haavan hoito koulutuspäivä, jossa luennoitsijana  
Sirpa Arvonen

## Liite 5. Ensimmäisen koulutuspäivän sisältö

# Haavanhoitokoulutuksen ensimmäisen päivän sisältö

Koulutuksen järjestäjä: Peltonen Marjo

Luennoitsia: Maija-Liisa Silvennoinen

### 1 Iho

- Terveen ihon merkitystä ihmiselle ja sen tehtäviä

### 2 Haava

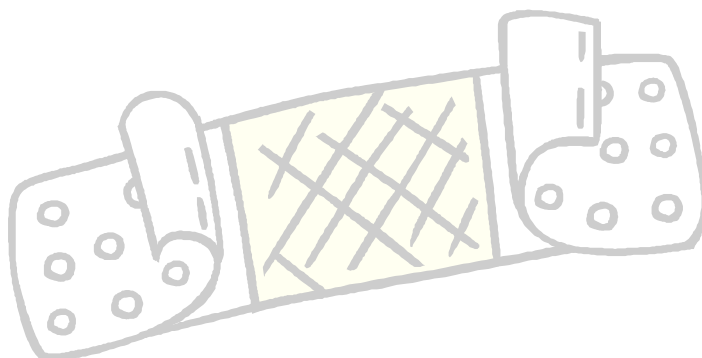
- Haavan paranemisen vaiheet ja siihen vaikuttavat tekijät
- Haavan vaikutus potilaan elämään

### 3 Haavapotilaan kivunhoito

- Mikä on kivunhoidon merkitys haava potilaalle
- Kivun merkitystä haavan paranemista hidastavan tekijänä
- Kuinka arvioidaan kipua
- Käytetyimmät kipulääkkeet haavapotilailla

### 4 Haavapotilaan hoitotyö

- Aseptiikan merkitys haavanhoidossa
- Haavaluokittelu ja ravitsemus
- Haavaa ympäröivän ihon huomioiminen
- Haavanhoidon kirjaamisen tapoja ja tärkeys



## Liite 6. Toisen koulutuspäivän sisältö

### Haavanhoitokoulutuksen toisen päivän sisältö

Koulutuksen järjestäjä: Peltonen Marjo

Luennoitsija: Sirpa Arvoinen

#### 1. Avoimen haavan konservatiivinen hoito

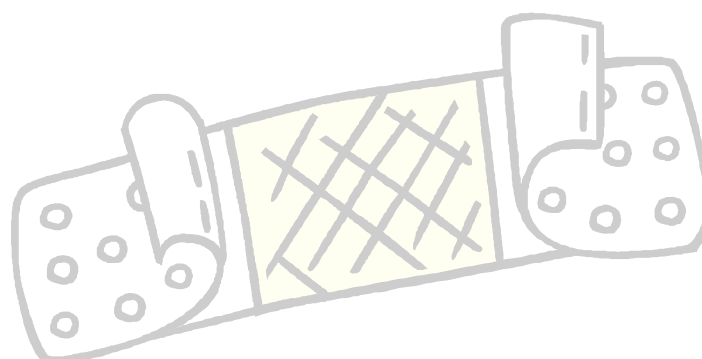
- etiologia
- haavan paikallishoito
- haavan hoidon erityiskysymykset

#### 2. Laskimoperäinen jalka- ja säärihaava

- Mitkä tekijät vaikuttavat laskimoperäisen jalka- ja säärihaavan syntyyn ja sen oireet
- Korostetaan ennaltaehkäisyn merkitystä
- Laskimoperäisen jalka- ja säärihaavan hoito
- Harjoitellaan pareittain jalan sitomistekniikkaa eli kompressiohoitoa

#### 3. Valtimoperäinen jalka- ja säärihaava

- Mitkä tekijät vaikuttavat valtimoperäisen jalka- ja säärihaavan syntyyn ja oireet
- Valtimoperäisen jalka- ja säärihaavan hoito



## Liite 7. Loppukysely

# HAAVANHOITO KOULUTUKSEN LOPPUKYSELY

### Ensimmäinen koulutuspäivä

	huono	kohtalainen	hyvä
Mitä pidit koulutuksen sisällöstä	1	2	3
Oliko koulutuksessa sinulle uutta tietoa	1	2	3
Pystytö hyödyntämään työssäsi saamaasi tietoa	1	2	3

### Toinen koulutuspäivä

Mitä pidit koulutuksen sisällöstä	1	2	3
Oliko koulutuksessa sinulle uutta tietoa	1	2	3
Pystytö hyödyntämään työssäsi saamaasi tietoa	1	2	3

### Työyksikkösi

Millaiset haavanhoito taitosi olivat ennen koulutusta	1	2	3
Koetko että osaat koulutuksen jälkeen hoitaa haavoja	1	2	3
Koetko että osaat valita oikean haavanhoitotuotteen	1	2	3
Koetko että osaat kirjata tekemäsi haavanhoidon	1	2	3
Koetko että osaat ennaltaehkäistä haavojen syntymistä työssäsi	1	2	3
Haluaisitko jatkossa saada haavan hoitoon liittyvää koulutusta		kyllä	ei
Jos, millaista?			

Kiitos kun vastasit kyselyyn ja hauskaa syksyä

## Liite 8. Haavanhoito-opas

# Haavanhoito-opas



Coloplast A/S, Finnish Branch  
Rajatorpantie 41 C  
01640 VANTAA  
p. (09) 894 6750  
[www.coloplast.fi](http://www.coloplast.fi)

	Nekroottinen kudos/ Musta – keltainen	Paikallinen infektio/ Kriittinen kolonisaatio	Granulaatiokudos/ Punainen	Epitelisaatiokudos / Vaaleanpunainen
<b>Haavan ulkonäkö</b>				
<b>Tavoite</b>	Poista kuollut ja nekroottinen kudos	Puhdista ja vähennä bakteerikasvua haavalla	Suojaa granuloiva uudiskudos	Suojaa haurasta epitelisaatiokudosta
<b>Hoito</b>	Sidos, joka pehmittelee kuollutta kudosta ja imee eritettä	Sidos, joka puhdistaa, tappaa bakteereja ja imee eritettä	Sidos, joka tukee granulaatiokudoksen kasvua ja imee eritettä	Sidos, joka suojaa ja tukee ihon paranemista
<b>Erityksen määrä</b>	<b>Hoitomateriaalisuositukset</b>			
	Biatain Biatain Soft-Hold SeaSorb Soft*	Contreet Foam	Biatain Biatain Soft-Hold Alone	-
	Biatain + Purilon SeaSorb Soft*	Contreet Foam	Biatain Biatain Soft-Hold	Biatain Biatain Soft-Hold
	Purilon* Comfeel Plus Ulcus Comfeel Plus Transparent	Contreet Foam + Purilon Physiotulle Ag* <small>*tarvitsee sekundaärisidoksen</small>	Comfeel Plus Ulcus Comfeel Plus Transparent	Comfeel Plus Transparent