

Jaana Ohtonen

**TOISEN ASTEEN PINNALLISEN PALOVAMMAN SAANEEN POTILAAN
OHJAUS**

Kirjallinen kotihoito-ohje

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2008



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Jaana Ohtonen	
Työn nimi Toisen asteen pinnallisen palovamman saaneen potilaan ohjaus Kirjallinen kotihoito-ohje	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Kirurginen hoitotyö	Ohjaaja(t) Ilmi Rautiainen Toimeksiantaja Kainuun keskussairaala, osasto 7 Arja Korhonen
Aika Kevät 2008	Sivumäärä ja liitteet 37 + 2
Suomessa saa noin 50 000 henkilöä vuosittain lievän palovamman. Lääkärin hoitoon hakeutuu noin 12 000 henkilöä. Sairaalassa heistä hoidetaan noin 1200. Sairaalahoitoa vaativat kainuulaiset toisen asteen pinnallisen palovamman saaneet potilaat hoidetaan pääasiallisesti Kainuun keskussairaalan kirurgisella osastolla 7. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotihoito-ohje palovammapotilaalle kotona selviytymisen tueksi. Kotihoito-ohjeen tarkoituksena on auttaa toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta potilasta selviytymään kotona. Kotihoito-ohjetta voidaan hyödyntää palovammapotilaan ohjauksessa. Yhteneväisten kotihoito-ohjeiden myötä sairaanhoitajat voivat toteuttaa tutkittuun tietoon perustuvaa potilaan ohjausta. Tavoitteena on parantaa palovammapotilaan ohjauksen ja hoidon laatua. Kirurgisella osastolla 7 ei ole toisen asteen pinnallisen palovammapotilaan kotihoito-ohjetta, joten ohjeelle on todellinen tarve. Tähän asti ohjaus on ollut pääasiallisesti suullista. Kotihoito-ohjetta voidaan käyttää osastolla olevien, sieltä kotiutuvien palovammapotilaiden ohjaukseen ja potilasohjaukseen päivystyspoliklinikalla sekä koko Kainuun maakunta -kuntayhtymässä. Opinnäytetyön taustalla vaikuttaa holistinen ihmiskäsitys. Tämä ihmiskäsitys ottaa huomioon ihmisen kehon, tajunnan ja elämäntilanteen kokonaisuutena, jossa kaikki nämä olemassaolon muodot ovat yhtä tärkeitä ja välttämättömiä ihmisen olemassaololle ja kehitymiselle. Äkillinen vammautuminen ja sairaalaan joutuminen vaikuttavat potilaan kaikkiin ulottuvuuksiin. Se muuttaa potilaan elämäntilannetta ja suhdetta omaan kehoon sekä vaikuttaa tunteisiin. Opinnäytetyön teoriaosuudessa ja kotihoito-ohjeessa olen soveltanut tätä käsitystä palovammapotilaaseen. Teoriaosuudessa kuvailin myös palovammapotilaan ohjauksen erityispiirteitä sekä palovammapotilaan hoidon toteutusta. Johtopäätöksenä voidaan todeta että opinnäytetyöstäni on hyötyä Kainuun keskussairaalan kirurgisen osaston 7 henkilökunnalle sekä koko Kainuun maakunta-kuntayhtymään henkilökunnalle, jotka osallistuvat palovammapotilaan ohjaukseen ja hoitoon. Kotihoito-ohjeet työstetään jatkossa sähköiseen muotoon ja liitetään Kainuun maakunta-kuntayhtymän intranettiin Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, miten kotihoito-ohjeet toimivat potilasohjauksessa.	
Kieli	Suomi
Asiasanat	palovamma, potilasohjaus, kotihoito-ohje
Säilytyspaikka	☐ Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta ☒ Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing Care
Author(s) Counseling of Patients with Superficial Second Degree Burns Written home care instructions	
Title Jaana Ohtonen	
Optional Professional Studies Surgical Nursing	Instructor(s) Ilmi Rautiainen
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region, Kainuu Central Hospital, Surgical ward 7
Date Spring 2008	Total Number of Pages and Appendices 37 + 2
In Finland about 50 000 persons get a slight burn every year. About 12 000 persons seek their way to the doctor's. About 1200 of them are treated in hospital. The patients from Kainuu who require hospital treatment and have got a superficial second degree burn are treated mainly in the surgical department number 7 of the central hospital of Kainuu. The purpose of this thesis was to produce home care instructions for burn patients to support managing at home. The purpose of the home care instructions is to help patients with superficial second degree burn to manage at home. The home care instructions can be utilised in the burn patient's counseling. With congruent home care instructions nurses can provide patients counseling based on evidence-based knowledge. The objective was to improve the quality of counseling and treatment of burn patients. The home care instructions can be used for counseling of inpatients, patients who are being discharged and also in counseling at the emergency department and within whole of the Joint Authority of Kainuu Region. In the background of the thesis a holistic concept of man has effect. This concept of man takes a human being into consideration as a whole with body, consciousness and life situation. In this wholeness all forms of existence are equally important and necessary for the existence and development of the human being. The sudden injury and hospitalization affect all the patient's dimensions. It changes the patient's life situation and relation to his own body and affects his feelings. This concept of man has been adapted in the theory part of this thesis and also in the home care instructions. The theory part also describes the special features of counseling of burn patients and implementation of treatment of burn patients. One can state as a conclusion that this thesis is useful for the staff of the surgical department number 7 of the central hospital of Kainuu and of the Joint Authority of Kainuu region who participate in burn patients' counseling and treatment. The home care instructions will be converted into an electronic form and connected to the intranet of The Joint Authority of Kainuu Region A further study could focus on how the home care instructions work in-patient counseling.	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Burn, patient counseling, home care instructions
Deposited at	Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences X Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PALOVAMMAN VAIKUTUS IHMISEEN	4
2.1 Palovamman vaikutus keuhollisuuteen	4
2.2 Palovamman vaikutus tajunnallisuuteen	6
2.3 Palovamman vaikutus elämäntilanteeseen	8
2.4 Yhteenvedo holistisesta ihmiskäsityksestä	10
3 PALOVAMMAPOTILAAN OHJAUS	12
3.1 Potilasohjaus	12
3.2 Ohjausprosessi	13
3.3 Palovammapotilaan ohjauksen erityispiirteet	15
3.4 Kirjallinen potilasohjaus	16
3.5 Palovammahaavan paraneminen ja hoito	17
4 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	22
5 KOTIHOITO-OHJEEN TUOTTEISTAMINEN	23
5.1 Tuotteen suunnittelu ja asiakäsikirjoitus	23
5.2 Tuotteen tuotantosuunnitelma	24
5.3 Tuotteen toteutus ja tuotantokäsikirjoitus	24
5.4 Tuotteen arviointi	26
6 POHDINTA	29
6.1 Tulokset ja johtopäätökset	29
6.2 Luotettavuus	29
6.3 Eettisyys	31
6.4 Asiantuntijuuden kehittyminen	32
LÄHTEET	34
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa saa noin 50 000 henkilöä vuosittain lievän palovamman. Lääkärin hoitoon hakeutuu noin 12 000 henkilöä. Sairaalassa heistä hoidetaan noin 1200. (Iholiitto ry 2003, 6.) Kainuussa sairaalahoidtoa vaativat toisen asteen pinnallisen palovamman saaneet potilaat hoidetaan pääasiallisesti Kainuun keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla 7. Osastolla hoidetuista palovammoista yleisimpiä ovat kuumavesivammat ja pitkäaikaisesta kontaktista syntyneet vammat sekä muutamia liekki- ja kemikaalivammoja saaneita potilaita.

Työn taustalla on Rauhalan holistinen ihmiskäsitys, jossa ihmistä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti kolmella eri ulottuvuudella; kehollisuuden, tajunnallisuuden ja elämäntilanteen kautta. Sopeutumista sairauden aiheuttamiin tajunnallisiin, kehollisiin ja situationaalsiin muutoksiin voidaan edistää ohjaamalla palovammapotilasta yksilöllisesti. Äkillinen vammautuminen ja sairaalaan joutuminen vaikuttavat potilaan kaikkiin ulottuvuuksiin. Se muuttaa potilaan elämäntilannetta ja suhdetta omaan kehoon sekä vaikuttaa tunteisiin. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 36.)

Hoitotyön yhtenä keskeisenä alueena on potilaiden ohjaus. Ohjaus on osa sairaanhoitajan työtä ja tärkeä osa myös potilaiden hoitoa. Hoitoaikojen lyhentyessä potilaiden ohjauksen merkitys korostuu ja varsinkin kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 12.) Erityistä haasteellisuutta ohjaukseen tuo kainuulainen palovammapotilas. Kainuulaiselle toisen asteen pinnalliselle palovammapotilaalle on tyypillistä miessukupuoli, keski-ikä ja alkoholin vaikutuksen alaisena tapahtunut tapaturma. Palovamman aiheuttaa joko kuumen veden kaatuminen päälle, kontaktivamma tai liekkivamma. Yleinen vammamekanismi on kiehuvan veden, kahvin tai puuron kaatuminen kaulalle, rintakehälle tai reisille. Kontaktivamma syntyy, kun kuumaan uuninluukkuun tai keitinlevvyyn tartutaan kädellä. Kontaktivammoja voi syntyä myös kosketuksesta kuumaan saunankiukaaseen. Potilaan tasapaino on voinut pettää huimauksen, sairauskohtauksen tai humalatilan vuoksi. Liekkivammat syntyvät esimerkiksi grillauksen yhteydessä. Palavaan grilliin lisätään sytytysnestettä, joka leimahtaa ja polttaa käsivarsien, rintakehän tai pään alueita. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2003, 126.)

Potilaan ohjauksen tavoitteena on lisätä sitoutumista omaan hoitoon, selviytymistä kotona palovamman kanssa sekä elämänhallinnan tunnetta hoitoon osallistumisen avulla. (Holmia

ym. 2004, 36.) Ohjauksen avulla potilasta autetaan itse löytämään omat voimavaransa sekä luottamaan omiin itsehoitokykyihinsä ja omaan selviytymiseensä. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana ym. 2003, 48-49.)

Palovammapotilaan ohjaus rakentuu hänen aikaisempien tietojen ja kokemusten pohjalta auttaen häntä löytämään voimavarojaan, jotta hän voisi asteittain ottaa enemmän vastuuta palovamman itsehoidosta ja omasta terveydestä. Palovammapotilaan ohjauksen keskiössä ovat hänen arkipäiväiset tarpeet ja selviytyminen, hänen piilevät voimavaransa, toimintatavat ja tukiverkot. (Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 12-13.) Hänen on tiedettävä, kuinka hoitaa itseään, ennen kuin hän voi vastata omasta hoidostaan. Ohjaus on keino antaa potilaalle nämä valmiudet, tarvittavat tiedot ja taidot, jotta hän pystyy hoitamaan itseään ja pärjää palovammansa kanssa kotona. (Rauhasalo 2003, 28.) Palovammapotilaan yksilöllisellä ohjauksella pyritään tukemaan ja vahvistamaan hänen voimavaroja sekä ohjaamaan itsenäiseen vastuunottoon omasta selviytymisestään koko hoitoprosessin ajan. Potilaan tehtävänä on sitoutua itsehoitoon ja ohjaukseen sekä olla aktiivinen osallistuja. (Hautakangas ym. 2003, 64-65.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotihoito-ohje palovammapotilaalle kotona selviytymisen tueksi. Kotihoito-ohjeen tarkoituksena on auttaa toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta potilasta selviytymään kotona. Kotihoito-ohjetta voidaan hyödyntää palovammapotilaan ohjauksessa. Yhteneväisten kotihoito-ohjeiden myötä sairaanhoitajat voivat toteuttaa tutkittuun tietoon perustuvaa potilaan ohjausta. Tavoitteena on parantaa palovammapotilaan ohjauksen ja hoidon laatua. Kirurgisella osastolla 7 ei ole toisen asteen pinnallisen palovammapotilaan kotihoito-ohjetta, joten ohjeelle on todellinen tarve. Tähän asti ohjaus on ollut pääasiassa suullista. Kotihoito-ohjetta voidaan käyttää osastolla olevien ja sieltä kotiutuvien palovammapotilaiden ohjaukseen sekä potilasohjaukseen päivystyspoliklinikalla ja koko Kainuun maakunta -kuntayhtymässä.

Suuntautumisvaihtoehtoni on kirurginen hoitotyö, joten tämän opinnäytetyön avulla pystyn kehittämään omaa ammatillista kasvuani asiantuntijaksi. Sairaanhoitajana tulen työssäni kohtaamaan palovammapotilaita, joten tarvitsen palovammapotilaan ohjaukseen ja hoitoon tarvittavaa tietoa ja osaamista.

Palovammapotilaalla tarkoitan tässä työssä toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta potilasta. Haavahoidolla tarkoitan palovammahaavan konservatiivista hoitoa. Opinnäytetyö

on rajattu käsittelemään toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta aikuista potilasta. Opinnäytetyö keskeisenä käsitteenä on potilasohjaus.

2 PALOVAMMAN VAIKUTUS IHMISEEN

Työn taustalla on Lauri Rauhalan (2005) holistinen ihmiskäsitys, jossa ihmistä tarkastellaan kolmessa perusmuodossa; tajunnallisena, kehollisena ja situationaalisen eli elämäntilanteena. Nämä kolme perusmuotoa ovat kietoutuneita toisiinsa, eikä niitä voida erottaa toisistaan. Ihminen on valintoja tekevä ja vastuussa omasta elämästään. (Holmia ym. 2004, 12.) Kaikilla kolmella perusmuodolla on oma tehtävänsä kokonaisuuden muodostumisessa (Rauhala 2005, 126.) Äkillinen vammautuminen ja sairaalaan joutuminen vaikuttavat potilaan kaikkiin ulottuvuuksiin. Se muuttaa potilaan elämäntilannetta ja suhdetta omaan kehoon sekä vaikuttaa tunteisiin.

2.1 Palovamman vaikutus kehollisuuteen

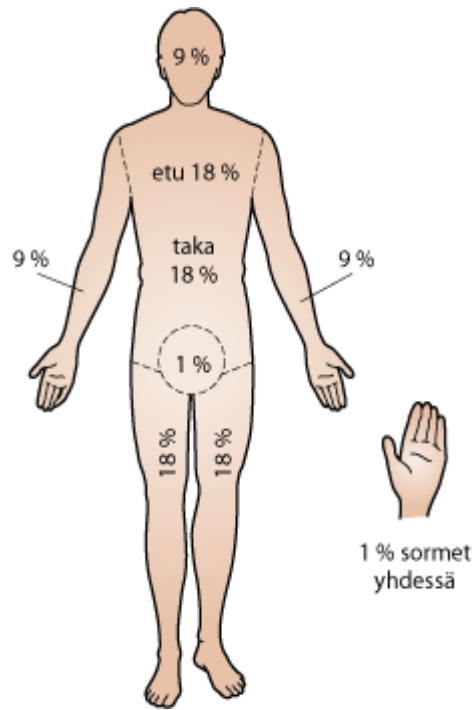
Kehollisuus ilmenee ihmisen anatomiassa, fysiologiassa ja elintoiminnoissa. Ihminen tuntee kipua ja tuskaa. Kehollinen terveys on elintoimintojen tarkoituksenmukaisuutta. (Holmia ym. 2004, 12.) Palovamman saanut joutuu tulemaan toimeen monenlaisen epämukavuuden, erityisesti kivun kanssa. Potilaan on sopeuduttava hoitoympäristöön ja hoitotoimenpiteisiin. Joskus hoitotoimenpiteet voivat olla ahdistavampia kuin itse palovamma. Ulkonäköä muuttavat ja toimintakykyä uhkaavat vammat merkitsevät erityisiä haasteita sopeutumiselle ja kuntoutumiselle. (Iholiitto ry 2003, 16-17.)

Palovamman aiheuttama muutos kehossa on paikallinen kudოსvaurio, jonka aiheuttaa joko lämpö, sähkövirta tai syövyttävä aine. Kudოსvaurion syvyys riippuu altistusajasta ja kosketuslämpötilasta. (Härmä 2004, 218.) Pienessä vammassa kudoston tuho ja tulehdusreaktio ovat paikallisia. Turvotus lisääntyy 24 tunnin ajan vammautumisen jälkeen ja aiheuttaa palovamman syvenemisen. (Svartling & Papp 2006, 996.)

Palovamman vakavuuteen vaikuttaa sen koko, syvyys sekä sijainti. Lisäksi on otettava huomioon mahdolliset näkymättömissä olevat kudoston tuhot, potilaan ikä, peruskunto ja muut sairaudet tai vammat. (Alaspää, Kuisma, Rekola & Sillanpää 2003, 342.)

Palovamman koon arviointiin voidaan käyttää 9 %:n sääntöä (kuva 1). Säännön mukaan potilaan yläraajan pinta-ala on 9 %, alaraajan 18 %, keskivartalon 36 % ja pään 9 % koko kehon

pinta-alasta. Pienempien palovammojen arvioinnissa voidaan käyttää 1 %:n sääntöä (kuva 1), jossa kämmenen pinta-ala sormet yhdessä vastaa suunnilleen 1 %:n aluetta koko elimistön pinta-alasta. (Alaspää ym. 2003, 342 - 343.)



Kuva 1. Palovamman laajuuden arviointi.

Palovamman syvyyden arvioiminen alkuvaiheessa on vaikeaa, ja lopullinen arvio voidaan tehdä vasta 2 - 3 vuorokauden kuluttua tapaturmasta, koska vamma syvenee ensimmäiset pari vuorokautta. Vammaa arvioidessa hyvä nyrkkisääntö on: mitä kipeämpi vamma sen parempi ennuste. Konservatiivista hoitolinjaa voidaan jatkaa 7 – 10 vuorokauden ajan. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 372; Vuola & Asko-Seljavaara 2000, 294.)

Syvyyden mukaan palovammat luokitellaan ensimmäisen, toisen ja kolmannen asteen palovammoihin. Tässä työssä perehdytään toisen asteen pinnallisiin palovammoihin. Toisen asteen palovamma ulottuu verinahkaan eli dermikseen. Tälle palovammalle on tyypillistä kipu, punoitus ja ihon pintaan syntyviä hyvin laajojakin rakkuloita. Rakkulamuodostus ilmenee 4-16 tuntia vamman syntymisestä. Vammasta erittyy runsaasti nestettä parin päivän ajan. Vamma ulottuu dermiksen yläosaan ja paranee konservatiivisella hoidolla muutamassa viikossa. (Starck-Vuorinen 2004, 5; Ritala 2002, 11; Andersson 2002, 16.)

Toisen asteen pinnallisen palovamman voi aiheuttaa kuuma vesi. Yleinen vammamekanismi on kiehuvan veden, kahvin tai puuron kaatuminen kaulalle, rintakehälle tai reisille. Kontaktivamma syntyy, kun kuumaan uuninluukkuun tai keitinlevyyn tartutaan kädellä. Kontaktivammoja voi syntyä myös kosketuksesta kuuman saunankiukaaseen. Potilaan tasapaino on voinut pettää huimauksen, sairauskohtauksen tai humalatilan vuoksi. Liekkivammat syntyvät esimerkiksi grillauksen yhteydessä. Palavaan grilliin lisätään sytytysnestettä, joka leimahtaa ja polttaa käsivarsien, rintakehän tai pään alueita. (Hietanen ym. 2003, 126.)

2.2 Palovamman vaikutus tajunnallisuuteen

Tajunnallisuus on kokemista, havaitsemista, tietämistä, pelkäämistä ja toivomista. Tajunnallisenä olentona ihminen tekee valintoja ja on vastuullinen omasta elämästään. Terveys on kokemuksellista, hänen omaa asiantuntijuutta terveydestä, valintojen tekemistä ja tunnetta selviytymisestä. Ihminen voi tuntea olevansa terve, vaikka hänellä on todettu sairaus. Sairastuminen tai vammautuminen merkitsee usein kriisiä ja sopeutumisen haastetta yksilön ja hänen perheensä elämässä. Kriisissä olevan ihmisen turvallisuuden, tuen ja hoivan tarve on lisääntynyt. Avoin omien tunteiden ja ajatusten ilmaiseminen hoitaville henkilöille helpottaa oireita ja vie toipumista eteenpäin. (Holmia ym. 2004, 12.)

Potilaan tullessa osastolle ensitapaaminen vaikuttaa koko tulevaan hoitoprosessiin ja alkuvaiheessa potilas onkin erityisen herkkä reagoimaan eri asioihin. Potilaan kanssa keskustellaan palovamman syntymisestä, potilaan kokemuksista, kivuista, peloista ja hoitomahdollisuuksista. Keskeistä on jo alkuvaiheessa tukea potilaan omatoimisuutta ja omaan hoitoon sitoutumista. (Mikkonen 2001, 13-15)

Hoitotoimenpiteet saattavat tuntua potilaasta kokemuksellisesti tuskallisilta, ainakin epämiellyttäviltä ja helposti pelottavilta, ne kuitenkin useimmissa tapauksissa edistävät vamman paranemista. Se miten potilas kokee näihin toimiin liittyvän myötäelämisen ja aidon auttamispyrkimyksen, vaikuttaa hänen tajuntansa kautta kehollisen hoidon avulla saatuja tuloksia joko mitätöiden tai edistäen. (Rauhala 2005, 155.)

Palovammapotilaan kohdalla tajunnallisuutta voidaan tarkastella inhimillisen kokemuksen kautta. Se kuinka palovammoja saanut potilas kokee vammautumisensa ja tapaturman voivat olla luonteeltaan erityyppisiä kuin toisella palovammapotilaalla. Palovammapotilaalle hoidon alkuvaiheessa on keskustelulla, ohjauksella ja neuvonnalla tärkeä merkitys. Niiden kautta voidaan vammautuneen tajuntaan vaikuttaa ja voidaan ehkäistä sitä, ettei palovamman hoito rajoittuisi pelkästään kehollisuuden hoitoon. (Rauhala 1989, 45.) Tärkeää on huomioida inhimillinen kokemus ja sairastuneen tietoisuus omasta sairaudestaan. Tietoinen ymmärtäminen on ihmisenä olemisessa jotakin niin keskeistä, että siitä avautuva vaikutuskanava on käytettävä mahdollisimman tehokkaasti hyväksi. Tajunnan kanavan kautta ihmiseen kohdistuvaa vaikuttamista pelkistetyimmillään on psykoterapia. (Rauhala 1989, 145.)

Sairauden kokeminen on yksilöllistä ja siihen sisältyy erilaisia ominaispiirteitä ja tunteita. Iiren tutkimuksen (1999, 83, 85, 98.) mukaan yli puolet tutkimukseen osallistuneista tunnisti sairauden kokemuksessa epävakaisuutta, epäröintiä ja epätietoisuutta. Pelkoa ja arkuutta tutkimuksen vastaajista tunsivat vajaat puolet, kun taas vajaa neljännes tunsu luottamuksen puutetta. Sairaudesta aiheutuvan epävarmuuden syntyyn ovat yhteydessä potilaan ikä, sukupuoli, sairauden kesto, hoitokerrat sairaalassa, potilaan sairautta koskevan tiedon määrä, masentuneisuus, hoitohenkilöstöltä saadun tiedon määrä ja hoitohenkilöstöltä saatu emotionaalinen tuki.

Sairastuminen tai vammautuminen merkitsee usein kriisiä ja sopeutumisen haastetta niin potilaan ja kuin hänen perheensä elämässä. Psykkisestä kriisistä voidaan puhua silloin, kun potilas joutuu sellaiseen elämäntilanteeseen, missä hänen aikaisemmat kokemuksensa ja oppimansa tavat eivät riitä ajankohtaisen tilanteen ymmärtämiseen ja sen psyykkiseen hallitsemiseen. Elämän tavanomaisessa kulussa on tapahtunut muutos. Kriisin ensimmäinen vaihe on fyysinen kriisi. Tänä aikana ihminen käyttää suurimman osan voimavaroistaan tullakseen toimeen erilaisten fyysisten stressitekijöiden kanssa. Hän pyrkii kieltämään tapahtuneen ja välttää vastaanottamasta tietoa vamman laadusta. (Iholiitto ry 2000, 16.)

Toinen vaihe on psyykinen kriisi. Palovammahaavat ovat jo ehkä parantumassa. Kieltäminen puolustusmekanismina väistyy ja ihminen kykenee asteittain psyykkisesti kohtaamana ja käsittelemään kokemaansa. Elämänlaatuun liittyvät kysymykset alkavat herätä; kauanko vielä joudun kärsimään, minkälaiseksi elämäni muodostuu? Surutyö on alkanut, ja se jatkuu lyhytaikaisista masennuksen tunteista huolimatta. (Iholiitto ry 2000, 16.)

Kolmas vaihe alkaa sairaalahoidon päättyessä. Palatessaan takaisin omiin sosiaalisiin rooleihinsa ja toimintoihinsa ihminen joutuu kohtaamaan muuttuneen ruumiinkuvansa, menestystensä ja rajoitustensa todellisen merkityksen. Hän ei ole vielä tunteineen valmis hyväksymään omaa kykenemättömyyttään. Vähitellen hän ymmärtää vammautumisen yksityiskohtaisesti. Ihminen suree sitä, mitä on menettänyt. Hän tarkastelee ja arvioi, mikä vanha ja tuttu elämässä on ennallaan ja mitä uutta on tullut menetettyjen tilalle. Muuttuneen tilanteen uudelleenjäsentäminen vie psyykkisiä voimia ja kiinnostus ulkomaailmaan on vähentynyt. (Iholiitto ry 2000, 16.)

2.3 Palovamman vaikutus elämäntilanteeseen

Situationaalisuudella eli elämäntilanteisuudella tarkoitetaan ihmisen kietoutuneisuutta todellisuuteen oman elämäntilanteensa kautta ja mukaisesti. Situaatio on ihmisen ainutkertainen elämäntilanteisuus ja se on yhtä alkuperäistä kuin keho ja tajuntakin. (Rauhala 1993, 35, 40.)

Ihmisen elämäntilanteisuus voidaan jakaa rakennetekijöihin, jotka voivat rakentua kahdella tavalla. Osa rakentuu kohtalonomaisesti eli ihminen ei ole voinut valita niitä tai vaikuttaa niihin. Näitä ovat esimerkiksi geenit, rotu ja yhteiskunta, johon ihminen syntyy. Ihminen ei itse ole luultavasti aiheuttanut luonnonkatastrofeja, joihin saattaa joutua. Hän ei ole myöskään vastuussa niistä onnettomuuksista ja tapaturmista, joita saattaa joutua kohtaamaan. (Rauhala 1993, 35.)

Suurimman osan rakennetekijöistä ihminen voi itse valita ja itse vaikuttaa. Ihminen voi valita ystävänsä, harrastuksensa ja työnsä. Hän ei kuitenkaan pysty valitsemaan kohtalon vastaisesti. Elämäntilanne voidaan jakaa myös konkreettisiin ja ideaalisiin rakennetekijöihin. Konkreettisia rakennetekijöitä ovat bakteerit, virukset ja ihmissuhteet. Ideaalisia rakennetekijöitä taas ovat normit, arvot ja ihmissuhteista saatu kokemus. (Rauhala 1993, 35.)

Ihmisen elämäntilanne toteutuu suhteessa toisiin ihmisiin, perheeseen ja työtovereihin. Ihminen elää, toimii ja viettää vapaa-aikaa aina jossain ympäristössä ja on osana jotain kokonaisuutta. (Holmia ym. 2004, 12.) Läheisten ja ystävien läsnäolo ja tuki on ensiarvoisen tärkeitä. Paras tuki ihmiselle on toinen ihminen. (Iholiitto ry 2003, 16-17.)

Perheenjäsenen sairastuminen ja sairaalahoidot vaikuttavat koko perheen toimintaan. Potilaan sairaalahoidon aikana perheiden arki muuttuu ja omaiset tuntevat usein pelkoa, epävarmuutta, stressiä, ahdistusta ja masennusta. Omaiset viettävät paljon aikaa sairaalassa, jossa he tarjoavat potilaalle sosiaalista ja emotionaalista tukeaan sekä apua konkreettisissa asioissa. (Hopia, Rantanen, Mattila, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004, 25.) Perheenjäsenten tuki on merkityksellinen potilaalle, erityisesti läheisten läsnäolo, positiivisuus ja rohkaisu ovat tärkeitä potilaalle. Vertaistuen merkitys myös korostuu. Tutustuminen ihmisiin, jotka ovat selvinneet sairauden/vamman kanssa hyvin, auttaa potilasta eteenpäin omassa tilanteessaan. (Kohonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä 2007, 70-71.)

Jokaisella on ainutlaatuinen elämäntilanne ja omia tärkeitä asioita elämässään. Suhtautuminen sairauteen, hoitoon ja potilaana olemiseen on yksilöllistä. Potilaan hoitoympäristö ja potilasta hoitava henkilökunta kuuluvat potilaan elämäntilanteeseen silloin, kun hän joutuu sairaalaan. (Holmia ym. 2004, 14-15.)

Riittävä tieto omasta tilasta ja hoidoista auttaa jäsentämään ja ymmärtämään tilannetta. Edistyminen päivittäisessä voinnissa ja toimintakyvyssä lisää onnistumisen kokemuksia ja toivon ilmapiiriä ja jaksaminen vahvistuu. Yhtäkkinen onnettomuus muuttaa aina myös perheen sisäistä tasapainoa ja luo kriisin. Niin potilas kuin perhekin voi kriisissään tarvita ammatti-ihmisen apua ja tukea, jota voi saada hoitohenkilökunnalta. Perheessä on myös henkiset voimavarat, joiden saaminen potilaan kuntoutuksen tueksi on ensiarvoisen tärkeää. Se edellyttää luottamusta ja yhteistyötä potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan kesken. (Iholiitto ry 2003, 17.)

Suomen Palovammayhdistys ry:n järjestämien sopeutumisvalmennuskurssien tehtävänä on tukea kuntoutumista ja elämäntilannetta. Tavoitteena on henkisen selviytymiskyvyn vahvistaminen, arkielämän valmiuksien tukeminen ja oman toimintakyvyn ylläpitäminen ja sen lisääntyminen. Sopeutumisvalmennuksen avulla tuetaan ihmisen situationaalisuutta, mutta samalla myös tajunnallisuutta ja kehollisuutta. Hyvä ajankohta kursseille hakeutumiseen voisi olla silloin kun äkillinen, vamman aiheuttama kriisi on jäsentynyt ja ihmisellä on jälleen kykyä kuunnella ja vastaanottaa uutta tietoa. Kursseilla korostuu vertaistuen merkitys, koska on mahdollista tavata muita saman ongelman kokeneita sekä jakaa kokemuksia heidän kanssaan. (Iholiitto ry 2003, 17.)

2.4 Yhteenveto holistisesta ihmiskäsityksestä

Kaikessa tutkimuksessa on taustalla jonkinlainen käsitys ihmisestä. (Laine 2001, 26.) Valitsin holistisen ihmiskäsityksen tämän työn teoriaksi, koska se kuvaa ihmistä tuntevana, kokevana ja ajattelevana yksilönä. Tämä teoria kuvaa palovammapotilasta kokonaisvaltaisesti, mikä on tärkeää potilaslähtöisessä hoitotyössä. Ihmisen kokonaisuuteen voidaan vaikuttaa sekä kielteisellä että myönteisellä tavalla kaikkien olemassaolon muotojen tarjoamien kanavien kautta. Ihmiskäsitys on perusluonteisesti aina mukana kaikessa ihmisen hyväksi tarkoitettussa toiminnassa. Kun hoitajalle muodostuu tällainen ihmiskäsitys potilaasta, hän pystyy huomioimaan ohjauksessaan ihmisen ainutlaatuisen kokonaisuuden. Holistisen ihmiskäsityksen suuntaamana sairaanhoitaja arvioi ohjaustilanteessa, miten hänen toiminta vaikuttaa suhteessa kokonaisuuteen. Hoitotyön toiminnot esim. haavahoidon potilas ottaa vastaan kehollisuuden kautta, mutta hoitotyön tavan ja laadun arvioi hänen tajuntansa. Hoitotyö vaikuttaa potilaan kokonaisuuteen joko kehollisuuden tai tajunnallisuuden kautta suhteutettuna potilaan situatioon. (Rauhala 1989, 106-107, 127.)

Tajunnallisuuden avulla ihminen voi hahmottaa itseään ja itsensä ulkopuolista, mennyttä, nykyisyyttä ja tulevaa. Tajunnallisuus mahdollistaa ihmisen omien kokemusten erittelyn ja reflektoinnin. Reflektoinnilla tarkoitetaan kokemusten tarkastelua ja arviointia tietoisella tasolla, ja se liittyy olennaisesti oppimiseen. Tajunnallisuudessa tapahtuu merkityssuhteiden jatkuvaa uudelleen jäsentymistä, unohtamista, uudelleen muistiin palauttamista ja tiedostamista. Sairaanhoitaja auttaa potilasta ja hänen perhettään muuttuneessa tilanteessa sekä toimimisen sovittamista arkielämään. (Holmia ym. 2004, 37.)

Omaan hoitoon sitoutumisen kannalta on olennaista, että ihmisen kehollinen ja tajunnallinen olomuoto ymmärretään eheäksi kokonaisuudeksi ja ettei niitä tarkastella erillään toisistaan tai ihmisen ympäristöstä ja elämäntilanteesta. Tällöin potilaalla on omat terveystavoitteet, jotka nousevat hänen yksilöllisten tarpeidensa pohjalta ja ovat sopusoinnussa hänen elämäntilanteensa, kehollisuutensa ja tajuntansa kanssa. (Holmia ym. 2004, 38.)

Potilaiden hoidon kokonaisvaltaisuus korostuu Palovaara & Taam-Ukkosen (2001, 32) tutkimuksessa. Tutkimuksessa sairaanhoitajat kuvasivat huomioivansa potilaan niin fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jonka elämään kuului läheisesti myös omaiset ja elämäntilanne. Heidän mielestään jokainen potilas on kokonaisuus, jolla on omat yksilölliset tarpeensa.

Palovammapotilaan ohjauksessa potilas on huomioitava kokonaisvaltaisesti. Ohjauksessa huomioidaan potilaan tajunnallisuus ja kehoisuus suhteutettuna potilaan elämäntilanteeseen. Näiden kanavien kautta tapahtuva ohjaus tuo parhaan hoitotuloksen. Palovammapotilaan ohjaus tapahtuu tajunnan kautta, jossa luodaan pohja kehoiseen vaikutukseen. Palovammapotilaan kohdalla tajunnan kautta tapahtuva ohjaus kehoisuuteen kuten haavahoidon toteutus sekä mahdollinen kivun hoito ovat tärkeässä asemassa kokonaisvaltaisen hoidon ohjauksessa.

3 PALOVAMMAPOTILAAN OHJAUS

Hoitotyön yhtenä keskeisenä alueena on potilaiden ohjaus. Ohjaus on osa sairaanhoitajan työtä ja tärkeä osa myös potilaiden hoitoa. Hoitoaikojen lyhentyessä potilaiden ohjauksen merkitys korostuu ja varsinkin kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö. (Kyngäs ym. 2005, 12.) Palovammapotilasta tulee ohjata, jotta hän pystyy toipumaan vammastaan ja selviytyy kotona mahdollisimman hyvin.

3.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoa. Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat kotiutetaan entistä aiemmin ja aikaa heidän ohjaamiseen sairaalassa on vähän. Potilaiden tulisi kuitenkin saada valmiudet hoitaa itseään ja siksi ohjaaminen hoitoprosessin eri vaiheessa on tärkeää. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10.) Ohjauksen tavoitteena on lisätä ohjattavan valmiuksia ja voimavaroja oman terveyden edistämiseen, itsehoitoon ja kotona selviytymiseen. (Asiakas-/potilasohjaus; Kainuun maakunta –kuntayhtymä 2007, 1.)

Potilasohjauksella pyritään auttamaan potilasta ymmärtämään paremmin omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan sekä toteuttamaan omahoitoaan. (Holmia ym. 2004, 36.) Omahoito on yksilön aktiivista, omatoimista osallistumista terveytensä tai sairautensa hoitoon. Omahoito on yksilön persoonallisten voimavarojen aktiivista käyttöä oman terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun edistämiseen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 41.) Potilaan ohjauksen tavoitteena on lisätä hänen omaan hoitoon sitoutumista, selviytymistään ja elämänhallinnan tunnetta hoitoon osallistumisen avulla. (Holmia ym. 2004, 36.)

Potilaslähtöinen ohjaus on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Onnistunut, turvallisuuden ja hyvän olon tunnetta lisäävä ohjaus edellyttää potilaan yksilöllisten tarpeiden tunnistamista sekä hänen taustatietojensa, kuten iän, ammatin ja kotiolojen tuntemista. Yksilöllinen ohjaus vaikuttaa siihen, miten potilas sisäistää tiedon ja mieltää sen omakohtaiseksi. Jos tiedon antaminen ei ole yksilöllistä, potilaan saama tieto jää pinnalliseksi. (Heino 2004, 21.)

Potilaan ohjaaminen on aina ollut osa sairaanhoitajan työtä. Ohjaus on oleellinen osa hoitamista, ja se kuuluu potilaan kokonaishoitoon. Sairaanhoitajalla on kokonaisvastuu potilasohjauksen ja neuvonnan koordinoinnista ja toteuttamisesta. Hoitajat ovat ajallisesti eniten tekemisissä potilaiden kanssa, joten heillä on parhaat mahdollisuudet ohjata potilaita. (Ervasti 2005, 28; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26.)

Kääriäisen ym. (2005, 10) tutkimuksen mukaan ohjaus määritellään potilaan ja hoitajan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi ja selviytyväksi. Ohjaus tapahtuu kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa, jossa potilas odottaa kannustusta ja kuuntelemista sekä saada ilmaista tunteitaan.

Potilaan ohjaus on noussut tärkeään osaan myös Kainuun maakunta -kuntayhtymässä. Kainuun maakunta -kuntayhtymä kuuluu potilasohjauksen kehittämishankkeeseen, jossa potilasohjausta kehitetään yli organisaatiorajojen. Hankkeen tavoitteena on laadukas ohjaus, joka mahdollistaa potilaan itsenäisen selviytymisen kotona sairautensa kanssa. (Kanste, Lipponen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30.) Kainuun maakunta -kuntayhtymän seuraavan viiden vuoden kehittämistoimintana on potilaan ja hänen perheensä ohjaus ja neuvonta. (Hoitotyö Kainuussa 2007, 14.)

3.2 Ohjausprosessi

Potilaan ohjaus voidaan nähdä prosessina, jonka vaiheita ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi. Ohjauksen suunnittelun tulee aina lähteä siitä, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Kun tavoitteet sisältävät asiakkaan näkemyksen hoidosta, niin se edistää hänen tyytyväisyyttään ja hoitoon sitoutumistaan. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28.) Hoitoon sitoutuminen on perusta itsestensä huolehtimiselle ja tärkeä keino saavuttaa hoidolle asetetut tavoitteet. (Hautakangas ym. 2003, 65.) Samoin Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen (2006, 10, 11) painottaa potilaan tarpeen mukaista ohjausta. Myös Liimatainen ym. (2005, 14) korostaa, että ohjaus tulee olla potilaan tarpeista lähtevää, joka annetaan oikeaan aikaan ja sopivina kokonaisuuksina. Potilaan hoitoon ja ohjaukseen liittyvät tiedot, taidot ja asenteet vaihtelevat ohjausprosessin eri vaiheissa. (Kanste ym. 2007, 30.)

Asiakaslähtöisen ohjauksen suunnittelussa tavoitteet määräävät ohjauksen sisällön. Tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. (Kääriäinen ym. 2005, 28.) Tavoitteiden selvittyä, mietitään, miten potilas omaksuu opittavan asian parhaiten. Ohjauksen tulisi herättää mielenkiintoa opittavaa asiaa kohtaan sekä lisätä hänen motivaatioitaan itsensä hoitamiseen. (Torkkola ym. 2002, 28.) Liimataisen ym. (2005, 14) mukaan itsehoidon onnistumisen yksi merkittävä seikka on läheisten ja perheen tuki.

Onnistuneen ohjauksen lähtökohta on myös hoitajan riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja tyyleistä. Ohjaukseen pitäisi myös olla käytettävissä asianmukaiset tilat. Ohjausympäristö ja sen ilmapiiri vaikuttavat myös siihen, miten ohjattava uskaltaa ilmaista omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Ohjaustilanne on potilaalle ainutlaatuinen ja merkityksellinen. Potilaat haluavat keskustella asioistaan hoitajan kanssa kahden kesken, ei isossa potilashuoneessa. Kiireinen tunnelma ja muut häiriötekijät vaikuttavat keskittymiseen ja näin ollen myös potilaan oppimiseen. (Asiakas-/potilasohjaus; Kainuun maakunta –kuntayhtymä 2007, 2.) Lipposen tutkimuksen (2005, 33-34) mukaan hoitajat hallitsivat ohjausmenetelmistä parhaiten yksilö ja suullisen ohjauksen sekä kirjallisen materiaalin käytön. Hoitajien mielestä aikaa potilasohjaukseen on liian vähän, eikä käytössä ole tarpeeksi ohjaustiloja ja ohjauksessa käytettävää välineistöä

Ohjauksen lopuksi arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Saiko potilas vastauksen hänelle tärkeisiin kysymyksiin? Ohjauksen onnistumista arvioidaan keskustelemalla lopuksi ohjauksen asiasisällöstä, mitä siitä jäi potilaalle mieleen vai jäikö jokin asia epäselväksi. Tarvittaessa annetaan lisäohjausta. Ohjaus on onnistunut, kun potilas on saanut tarvitsemansa tiedot ja taidot kotona selviytymistä varten. (Torkkola ym. 2002, 28-29.) Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot sekä potilaan kyky omaksua ja ymmärtää tietoa. (Heino 2005, 21.)

Potilaiden hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet huomattavasti. Tämän vuoksi sekä aikaa että mahdollisuuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen on yhä vähemmän. Kirjallisten ohjeiden käyttäminen on noussut tärkeään osaan, jotta potilas saisi tarvitsemansa tiedot hoitokontaktin päättymisen jälkeen. Tämä edellyttää nykyistä tiiviimpää paneutumista kirjalliseen ohjaukseen. Kirjallinen ohje annetaan yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin on mahdollista läpikäydä ja täydentää sitä. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Potilasohjauksessa ei ole syytä sivuuttaa omaisen tai läheisen tiedontarvetta. Hoitajan tulee kysyä potilaalta, haluaako hän omaisen tai läheisenä mukaan ohjaukseen. Jatkohoidon onnistuminen voi myös olla omaisen vastuulla. (Torkkola ym. 2002, 32.) Vuorovaikutus omaisen ja henkilökunnan välillä on tärkeää, koska se vaikuttaa potilaiden ja heidän omaistensa selviytymiseen tilanteesta. (Hopia ym. 2004, 25.)

3.3 Palovammapotilaan ohjauksen erityispiirteet

Sopeutumista sairauden aiheuttamiin tajunnallisiin, kehollisiin ja situationaalisiin muutoksiin voidaan edistää ohjaamalla palovammapotilasta yksilöllisesti. Palovammapotilaan ohjauksen tavoitteena on lisätä hänen sitoutumistaan omaan hoitoon, selviytymistään kotona palovamman kanssa sekä elämänhallinnan tunnetta hoitoon osallistumisen avulla. (Holmia ym. 2004, 36.) Ohjauksen avulla hoitaja auttaa potilasta itse löytämään omat voimavaransa sekä luottamaan omiin itsehoitokykyihinsä ja omaan selviytymiseensä. (Hautakangas ym. 2003, 48-49.)

Palovammapotilaan ohjaus rakentuu hänen aikaisempien tietojen ja kokemusten pohjalle auttaen häntä löytämään voimavarojaan, jotta hän voisi asteittain ottaa enemmän vastuuta palovamman itsehoidosta ja omasta terveydestä. Palovammapotilaan ohjauksen keskiössä ovat hänen arkipäiväiset tarpeet ja selviytyminen, hänen piilevät voimavaransa, toimintatavat ja tukiverkot. (Liimatainen ym. 2005, 12-13.) Hänen on tiedettävä, kuinka hoitaa itseään, ennen kuin hän voi vastata hoidostaan. Ohjaus on keino antaa potilaalle nämä valmiudet, tarvittavat tiedot ja taidot, jotta hän pystyy hoitamaan itseään ja pärjää palovammansa kanssa kotona. (Rauhasalo 2003, 28.) Potilaan tehtävänä on sitoutua itsehoitoon ja ohjaukseen sekä olla aktiivinen osallistuja. (Hautakangas ym. 2003, 64-65.)

Kainuulaiselle palovammapotilaalle on tyypillistä miessukupuoli, keski-ikä ja alkoholin vaikutuksen alaisena tapahtunut tapaturma. Tämä tuo erityistä haasteellisuutta ohjaukseen. Potilaan tullessa osastolle tilanne voi olla hänelle hyvinkin pelottava ja ennen kokematon. Hän on voinut hoitaa palovammaansa muutaman päivän kotona, ja koska tilanne ei ole lähtenyt korjaantumaan hän on hakeutunut hoitoon. Tulovaiheessa luotettavan ja ymmärtävän ilmapiiirin luominen on tärkeää. Rauhallinen keskustelu tilanteesta sekä kuuntelu tuovat potilaalle turvallisuuden tunnetta. Potilasta ei tuomita siitä mitä on tapahtunut.

Taustatietojen selvitys on tärkeä lähtökohta palovammapotilaan ohjaukselle heti hoitoprosessin alkuvaiheesta jatkohoidon suunnitteluun asti. Osastolla alkuvaiheen tavoitteena on, että potilas ja mahdollisesti mukana oleva omainen ovat selvillä tilanteesta ja hoidon kulusta. Näin potilas pystyy osallistumaan hoitoonsa vointinsa mukaan. Tärkeää on myös potilaan osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon. Hoidon alussa potilas tarvitsee tukea ja kannustusta sekä motivointia tilanteen ymmärtämiseksi. Potilas voi pohtia omaan tilanteeseen ja selviytymistä eteenpäin. (Lipponen ym. 2006, 11-14.)

Ohjausta annetaan pitkin matkaa koko hoitoprosessin ajan. Palovammapotilaan ohjausta voidaan toteuttaa haavahoitojen yhteydessä luonnollisena osana potilaan hoitoa. Tilanteessa on luontevaa kertoa potilaalle palovammahaavan hoitamisesta. Sitten kun potilas on itse valmis, häntä ohjataan hoitamaan palovammahaavaansa. Opittavan asian ymmärtämistä ja taitojen oppimista voidaan tehostaa havainnollistamalla. Havainnollistaminen on koettu hyväksi keinoksi tehostaa opittavan asian ymmärtämistä ja taitojen oppimista. Hoitaja voi vaihtaa haavasidoksen vaihe vaiheelta, jonka jälkeen potilas harjoittelee sidoksen vaihtoa hoitajan ohjauksessa. Mallioppiminen ja harjoittelu edistävät oppimista. (Torkkola ym. 2002, 28.) Onnistuneen potilasohjauksen yhtenä edellytyksenä on, että ohjaus on toistuvaa, potilas osallistuu siihen aktiivisesti, ja on motivoitunut omahoitoonsa sekä oppii käyttämään omia voimavarojaan. Sairaalassa oloajat ovat lyhyitä ja usein potilas kykenee vasta pitkän ajan kuluttua ymmärtämään tapahtuneen. Tässä tilanteessa on hyödyksi kirjalliset kotihoito-ohjeet. Kotiin lähtövaiheessa käydään vielä läpi kotihoito-ohje ja selvitetään epäselvät asiat. Omaisten ollessa tärkeässä roolissa palovammapotilaan selviytymisessä ja avuntarpeessa otetaan hänet mukaan loppuvaiheen ohjaukseen. Lopuksi arvioidaan potilaan kanssa yhdessä potilaan (ja omaisen) tarpeiden mukaisen ohjauksen toteutuminen. (Lipponen ym. 2006, 15.)

3.4 Kirjallinen potilasohjaus

Erilaisten ohjausmateriaalien merkitys korostuu entisestään, sillä potilaat paitsi haluavat tietää sairauksistaan ja niiden hoidosta, heiltä myös odotetaan parempia itsehoitovalmiuksia tulevaisuudessa. Potilaiden hoitoajat lyhenevät, hoitajien kiireinen työtahti kasvaa ja aikaa suulliseen ohjaukseen jää yhä vähemmän. Näin ollen kirjallisen ohjausmateriaalin merkitys korostuu entisestään. (Liimatainen ym. 2005, 49.) Kääriäisen (2007, 35) mukaan kirjallista ohjausmateriaalia käytetään jo nyt runsaasti ja sitä pidetään tarpeellisena tiedonlähteenä. Sen avulla

potilaat pystyvät lisäämään tietoaan, säilyttämään saamansa tiedon, palauttamaan asian mieleensä sekä selvittämään mahdollisia väärinymmärryksiä. Kirjallinen ohjausmateriaali tukee suullista ohjausta.

Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Lukijalle selviää heti, että ohje koskee häntä. Ohjeen otsikko määrittää, mistä ohjeessa on kysymys. Tiedon tulee olla virheetöntä ja ajan tasalla olevaa. Lukijan on voitava luottaa siihen, että tieto on oikeaa. (Liimatainen ym. 2005, 50.) Hyvän potilasohjeen tulee vastata kysymyksiin ”Mitä?, Miten?, Miksi? ja Milloin?”. Ohjeesta tulisi löytyä myös mihin voi ottaa yhteyttä, jos tarvitsee lisätietoja. Ohje tulee olla selkokielellä, vieraspuolisat sanat tulee suomentaa. (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2005, 219.) Hietasen (2005, 11-12) mukaan ohjeen ulkoasu kertoo laadusta.

Kotihoito-ohjeiden tavoitteena on antaa ajankohtaista tietoa toisen asteen pinnallisen palovamman hoidosta sekä auttaa potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa osastohoidon jälkeen. Hoitoon sitoutuminen on potilaan vastuullista, tavoitteellista ja aktiivista itsensä hoitamista terveydentilan edellyttämällä tavalla. Hoitoon sitoutumista edistää se, että potilas kokee jaksavansa hoitaa itseään, hänellä on sisäinen hoitomotivaatio ja hän kokee voivansa vaikuttaa hoitotulokseen. (Hautakangas ym. 2003, 66).

Sairaanhoitajan yksi tärkeimmistä potilaanhoitoon ja ohjaukseen liittyvistä asioista on kirjallisten potilasohjeiden läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa niin, että voidaan varmistua potilaan ymmärtävän ne. (Hietanen 2005, 10.) Tärkeää on antaa ohje potilaalle luettavaksi jo hyvissä ajoin ennen kotiutusta, näin hän voi ensin yksin rauhassa tutustua sen asiasisältöön. Kirjallisen ohjeen avulla ohjauksesta tulee suunnitelmallista ja tehokasta. Onnistunut kirjallinen ohjaus on merkki yksilöllisten tarpeiden tunnistamisesta. Aikaa on varattava ohjeen läpikäymiselle riittävästi. Suullinen ja kirjallinen ohjaus yhdessä ovat tärkeitä hoidon jatkuvuudelle ja turvallisuudelle sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Potilaita ei ohjata ammattikielellä, vaan siten, että potilas ymmärtää asian.

3.5 Palovammahaavan paraneminen ja hoito

Sairaalahoitoa vaativien toisen asteen pinnallisten palovammojen hoito edellyttää erityistä perehtyneisyyttä vammamekanismeihin, palovamman luonnollisen paranemisen tuntemiseen

ja erilaisiin haavahoitotuotteisiin. Haavahoito on oleellinen ja tärkeä osa hoitoa ja eroaa monelta kohdin etiologialtaan muun tyyppisten haavojen hoidosta. (Hietanen ym. 2003, 125.)

Palovammapotilaita hoitavan sairaanhoitajan tulee osata haavan paranemisprosessi, joka on edellytys haavahoidolle. Haavan paranemiseen kuuluu kolme vaihetta; inflammaatio- eli tulehdusvaihe, proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaihe ja maturaatio- eli kypsymisvaihe. Haavan paranemisen vaiheet ovat osin päällekkäisiä ja toisistaan riippuvaisia, mutta kuitenkin jokainen vaihe voidaan selkeästi tunnistaa haavan paranemisen aikana. (Hietanen ym. 2003, 28.)

Inflammaatio- eli tulehdusvaihe alkaa välittömästi haavan synnyttyä ja kestää muutamia päiviä. Tulehdusvaiheen alussa verenvuoto haavassa tyrehtyy, kun vahingoittunut verisuoni supistuu. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 475.) Tulehdusvaiheen aikana haava-alue puhdistuu kuolleista soluista, bakteereista, vieraista esineistä ja soluväliaineesta. (Hietanen ym. 2003, 29-30.) Haavan alkuvaiheessa haavassa todetaan klassiset tulehduksen merkit: turvotus, punoitus, kuumotus ja kipu. Tulehduksen merkit ovat normaali ilmiö haavan paranemisessa. (Kääriäinen 2008.)

Proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaihe on varsinainen haavan paranemisvaihe, joka alkaa 4-5 vrk vammasta ja kestää muutamia viikkoja. Haava on aineenvaihdunnallisesti hyvin aktiivinen. Proliferaatiovaiheessa haavaan kasvaa granulaatiokudosta, joka muodostuu hius-suonista ja sidekudoksesta. Granulaatiokudos kasvaa haavan reunoilta ja haavan pohjasta ja se vaatii kostean ympäristön. Proliferaatiovaihe hidastuu, jos haavassa on muun muassa paikallista verenvuotoa tai infektiosta johtuvaa turvotusta tai jos granulaatiokudoksen pinnalla on keltaista katetta tai nekroottista eli kuollutta kudosta. (Iivanainen ym. 2001, 475.)

Maturaatio- eli kypsymisvaihe alkaa proliferaatiovaiheen jälkeen. Haavan kypsyminen kestää kuukausista vuosiin. Granulaatiokudos muuttuu asteittain sidekudosarveksi. Haava saa lopullisen vetolujuutensa. Iho ei kuitenkaan saavuta normaalia vetolujuuttaan. Kypsymisvaiheen lopussa arven punoitus häviää ja arpi on vaaleampi kuin ympäröivä kudos. (Iivanainen ym. 2001, 475.) Arpi on väriltään punoittava hyvin pitkään, mistä on hyvä informoida potilasta varsinkin, jos haava on näkyvällä alueella. Arpi vaalenee lopulliseen väriinsä noin vuoden aikana. Arpi on alkuun kiinteä ja joustamattomampi ja saavuttaa elastisuutta vasta pitkän ajan kuluessa. Epäkypsä arpi myös kutiaa tai voi olla arka, mikä on normaali ilmiö haavan para-

nemisessa. Optimaalisesti parantuessaan haava on kalpea, vaalea ja ihon tasassa oleva kiristyksetön arpi. Arpi voi leventyä venytyksen vaikutuksesta. (Kääriäinen 2008.)

Haavan paranemiseen vaikuttavat haavan syntymekanismi ja sen taustatekijät sekä potilaasta johtuvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Fyysisiä tekijöitä ovat potilaan terveydentila ja ravitsemus. Psyykkisiä tekijöitä ovat potilaan mieliala, hoitoon sitoutuminen ja halu parantua. Potilaan sosiaaliset kontaktit ja henkilökohtaiset uskomukset vaikuttavat myös haavan paranemiseen. Lisäksi haavan paranemiseen vaikuttaa ikä, perussairaudet ja elämäntapatekijät. (Holmia ym. 2004, 183.)

Toisen asteen pinnallinen palovamma hoidetaan konservatiivisesti eli ilman leikkausta. Konservatiivisen hoidon tavoitteena on saada aikaan mahdollisimman hyvä palovammahaavan toiminnallinen ja kosmeettinen tulos edistämällä ihon kasvua, estämällä tulehdusta ja lievittämällä kipua. Konservatiivinen hoito toteutetaan suihkutuksen, mekaanisen puhdistuksen ja sidevaihdon avulla. Haavan puhdistus on haavahoidon perusta. Kaikki palovamma-alueet voidaan puhdistaa vedellä. Suihkutus tapahtuu päivittäin muutaman minuutin kerrallaan. Suihku pehmittää karsta-alueita ja helpottaa siten kuolleen kudoksen poistoa haavasta. Suihku helpottaa myös sidosten irrottamista ja haavahoitotuotteiden puhdistamista haavasta. Suihkun yhteydessä poistetaan kaikki irtoamassa oleva kuollut kudos. Apuna voidaan käyttää saksia, atuloita, pesusieniä tai pesulappuja. Mekaanista puhdistusta tehdessä on varottava vahingoittamasta uutta epitelisoitunutta kudosta. (Hakala 2002, 25.)

Haavanpinnan ilmiöiden perusteella hoitaja valitsee haavahoitotuotteen sekä arvioi päivittäin hoidon vaikuttavuutta. (Starck-Vuorinen 2004.) Hoitomuodon ja haavahoitotuotteen valinta on tärkeä osa palovammapotilaan hoitoa. Pinnallisissa palovammoissa paikallishoidolla pyritään luomaan edellytykset haavan paranemiselle. (Mikkonen 2001, 13.) Haavahoidolla tuetaan haavapinnan epitelisaatiota ja hoidon tulee kohdistua ensisijaisesti haavapinnan parantamiseen ja haavatulehduksen estämiseen. Haavan paranemista arvioidaan jokaisen paikallishoidon yhteydessä. Haavasta huomioidaan: väri, kudostyyppi, turvotus, vuoto, erityksen määrä ja haju sekä potilaan kokema kipu. Samalla tarkistetaan palovammahaavan ympäröivän ihon kunto. Mikäli vamma sijaitsee raajassa, tarkistetaan myös sen ääreisosien verenkierto. (Hakala 2002, 26.)

Hoitajan on pystyttävä reagoimaan nopeasti potilaassa ja haavanpinnalla tapahtuviin muutoksiin, jotta haavan luonnollinen paraneminen ei hidastuisi ja aiheuttaisi potilaalle ylimää-

räistä kipua. Onnistunut haavanhoito edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa erilaisia haavanpinnan ilmiöitä. Haavanpinnan ilmiöistä on tunnistettava lievät tulehduksen merkit (punotus, turvotus, kuumotus ja kipu) erityksen määrä ja laatu, fibriinipeite, nekroottinen kudος, granulaatio ja epitelisaatio. (Hietanen ym. 2003, 125.) Pinnallisen palovamman hoito voi kestää kahdesta kolmeen viikkoon ja siihen voi sisältyä useita potilaalle kivuliaita ja epämiellyttäviä haavahoitokertoja. (Mikkonen 2001, 15.) Yleensä palovammapotilaita osastolla hoidetaan yhden hengen huoneessa. Palovammahaavat hoidetaan osastolla kerran päivässä yleensä aamuisin, tarvittaessa myös iltaisin, jos haava erittää runsaasti. Mikäli palovamma on raajassa, tuetaan se kohoasentoon turvotuksen ehkäisemiseksi.

Kivun hoito on myös erittäin tärkeä alue palovammapotilaan hoidossa. Potilas on lääkittävä siten, ettei hän tunne haavahoitoa sietämättömäksi. Jos potilas kokee kivun kohtuuttomaksi, hän ei kestä tehokasta haavahoitoa. Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti, sen tulee olla riittävä ja ajoissa annettu. Kipu muodostuu jatkuvasti tuntuvasta jäytävästä taustakivusta ja haavahoitoihin liittyvästä terävästä käsittelykivusta. Taustakivun hoitoon käytetään kipulääkkeenä tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia tai tramadolia. Haavahoitoihin liittyvään käsittelykipuun hyvä lääke on oksikodoni. Käsittelykipuun voidaan vaikuttaa myös haavahoitokäytännöillä. Palovammapotilaan haavahoidot on tehtävä suunnitelmallisesti ja mahdollisimman nopeasti, jotta käsittelykipu olisi mahdollisimman lyhytaikaista. Paikallispuudutegeelit tai –voiteet ovat tehokkaita apukeinoja käsittelykivun lievitykseen. (Hakala 2002, 26.) Osastohoidossa taustakipulääkkeenä käytetään tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia yhdessä annosteltuna kolmesti päivässä. Käsittelykipuun käytetään yleensä lyhytvaikutteisia opioideja. Haavahoitoon liittyvää käsittelykipua hoidetaan myös pintapuudutteilla. Pintapuudutteet annetaan vaikuttaa haavalla puolesta tunnista tuntiin.

Hyvä ravitsemustila on palovammahaavan paranemista edistävä tekijä, joka voi lyhentää palovammapotilaan toipumisaikaa merkittävästi. Sairaalavaiheessa palovammapotilaalle joudutaan antamaan usein lisäravintoa, jotta kehon lihasmassa säilyisi ja kudosten paranemiseen ja korjaantumiseen olisi tarvittavia rakennusaineita. Haavan paraneminen riippuu sekä energiaravintoaineista että riittävästä ja tasapainoisesta ravintoaineiden saannista. Palovammapotilaalla proteiinien eli valkuaisaineiden tarve on lisääntynyt. Riittävä energian saanti on välttämätöntä, jotta ravitsemuksen proteiineja voitaisiin hyödyntää kudosten rakennusaineeksi eikä niitä käytettäisi energian muodostukseen. Jos palovammapotilaan energian tarvetta ei tyydytetä hiilihydraateilla, syntyy vajaaravitsemustila, joka johtaa nopeasti kataboliaan. Potilas laihtuu, haava paranee huonosti ja vastustuskyky heikkenee, jolloin haavainfektion riski kasvaa (Ha-

kala 2002, 26-27.) Palovammapotilaan ravitseminen huomioidaan osastohoidon aikana runsasvalkuaisena. Miehet tarvitsevat pääaterioilla jopa kaksinkertaisen annoksen ruokaa. Lisäravinteet ovat helppoja ja ravitsevia välipaloja, jotka edistävät myös haavan paranemista.

4 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tavoite ilmentää sen, mitä hyötyä siitä on toimeksiantajalle ja opiskelijalle itselleen ajatellen ammatillisen osaamisen kehittymistä. Tavoite tuo ilmi kenelle tai millaista tietoa tai hyötyä opinnäytetyön avulla saavutetaan. Opinnäytetyön tavoitteet tulee myös pitää selkeinä ja ne täsmentyvät vähitellen. (Opinnäytetyöpakki 2007.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kotihoito-ohje palovammapotilaalle kotona selviytymisen tueksi. Kotihoito-ohjeen tarkoituksena on auttaa toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta potilasta selviytymään kotona. Kotihoito-ohjetta voidaan hyödyntää palovammapotilaan ohjauksessa. Yhteneväisten kotihoito-ohjeiden myötä sairaanhoitajat voivat toteuttaa tutkittuun tietoon perustuvaa potilaan ohjausta, joka lisää hoitajien tieto- ja taitotasoa. Tavoitteena on parantaa palovammapotilaan ohjauksen ja hoidon laatua. Kirurgisella osastolla 7 ei ole toisen asteen pinnallisen palovammapotilaan kotihoito-ohjetta, joten ohjeelle on todellinen tarve. Tähän asti ohjaus on ollut pääasiallisesti suullista.

Suuntautumisvaihtoehtoni on kirurginen hoitotyö, joten tämän opinnäytetyön avulla pystyn kehittämään omaa ammatillista kasvuani asiantuntijaksi. Sairaanhoitajana tulen työssäni kohtaamaan palovammapotilaita, joten tarvitsen palovammapotilaan hoitoon ja ohjaukseen tarvittavaa tietoa ja osaamista

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella selkeä ja ajankohtainen sisältö kotihoito-ohjeeseen. Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen on toisen asteen pinnallisen palovamman saaneen potilaan ohjaus?
2. Millainen on toisen asteen pinnallisen palovamman saaneen kirjallinen kotihoito-ohje?

5 KOTIHOITO-OHJEEN TUOTTEISTAMINEN

Tuotteistetun opinnäytetyön tavoitteena on suunnitella ja tehdä esimerkiksi esine tai laite, opas, ohjeet, tapahtuma, näyttely, konferenssi tai koulutustilaisuus. Lisäksi tavoitteena voi olla toimintamallin kehittäminen tai suunnittelu. Tavoitteena on siis tuottaa ja kehittää jotain uutta ja aikaisemmasta poikkeavaa, ei tehdä tutkimusta. Opinnäytetyöprosessin aikana tulee ottaa huomioon käytännöllisyys ja osoittaa perehtyneisyys työelämään. Tuotteistetun opinnäytetyön prosessi muistuttaa pitkälti teorialähtöisen tutkimusprosessin luonnetta. Usein tuotteistetun opinnäytetyön yhteydessä puhutaankin suunnittelu- ja kehittämishankkeesta. Tuotteistamisprosessi jakaantuu suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Opinnäytetyöpakki 2007.)

5.1 Tuotteen suunnittelu ja asiakäsikirjoitus

Aiheen valitsemisen ja rajaamisen jälkeen alkoi tuotteen suunnittelu. Opinnäytesuunnitelmassani olin tehnyt tuotteen suunnitteluun liittyvät asiat; synopsis (LIITE 2) asiakäsikirjoitus, tuotantosuunnitelma ja tuotteen arviointisuunnitelma. Jämsän & Mannisen (2000, 28) mukaan terveysalan tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jäsentyy tuotekehityksen perusvaiheiden mukaan. Tuotekehitysprosessissa painottuu viisi vaihetta; ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely.

Tuotteen muodoksi varmistui kirjallinen potilasohje. Seuraavaksi oli vuorossa tuotteen luonnostelu. Tuotteen luonnosteluvaihe sisältää tiedon hankinnan asiakkaasta, aiheesta, toimintaympäristöstä, tuotteesta ja sen valmistamismenetelmistä sekä tuotteen laatutekijöistä. Tietoa täsmennetään analysoimalla mitä ollaan tekemässä ja valitaan toteuttamisen vaihtoehdot sekä periaatteet. Tuloksena saadaan tuotteen tekemiselle käsikirjoitus. (Jämsä ym. 2000, 85.)

Sosiaali- ja terveysalan tuotteet voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään; materiaaliset tuotteet, palvelutuotteet ja materialituotteen ja palvelun yhdistelmät. Opinnäytetyöni tuotoksena syntyvä kotihoito-ohje kuuluu materiaaliin tuotteisiin. (Jämsä ym. 2000, 13.)

Tuotteen asiakkaana ja toimeksiantajana oli Kainuun keskussairaalana kirurginen osasto 7. Opinnäytetyön lähtökohtana oli tuottaa kotihoito-ohje toisen asteen pinnallisen palovamman

saaneelle potilaalle. Kotihoito-ohjeen sisältö nousee Rauhalan holistisen ihmiskäsityksestä, jossa ihmistä tarkastellaan kokonaisuutena.

5.2 Tuotteen tuotantosuunnitelma

Kainuun maakunta – kuntayhtymällä on oma graafinen ohje painotöille. Noudatin näitä ohjeita kotihoito-ohjetta tehdessäni. Sain Irmeli Kärjeltä asiakasohjeen lomakepohjan, jolle kotihoito-ohje tuotetaan. Asiakasohjeen lomakepohja on Word-ohjelmalla tehty, jonka sain sähköpostitse.

Tuotantosuunnitelmassa tulee kartoittaa myös opinnäytetyön kustannukset. Sovimme toimeksiantajan kanssa, että kustannuksia ei synny. Tarvittaessa voin käyttää kirurgisen osaston kopiokonetta, jos tulostettavaa materiaalia syntyy.

Tuotantosuunnitelmaan kuuluu oleellisesti tuotteen arviointisuunnitelma. Opinnäytetyön eri vaiheissa on tärkeää keskustella asiantuntijoiden kanssa, tässä tapauksessa kirurgisen osaston henkilökunnan, teon alla olevasta tuotteesta, jotta siitä tulisi laadultaan hyvä. (Jämsä ym. 2000, 50.) Työyhteisön oppimiselle on tärkeää, että henkilöstö voi olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa, sillä yhteisesti tehty päätös mahdollistaa siihen sitoutumisen. (Liimatainen ym. 2005, 9.) Koko opinnäytetyöprosessin ajan olen tehnyt jatkuvasti yhteistyötä niin työelämäedustajan kuin ohjaavan opettajan kanssa.

Tuotetta hyödynnetään Kainuun keskussairaalan kirurgisella osastolla 7 ja koko Kainuun maakunta –kuntayhtymässä, jotka osallistuvat palovammapotilaan hoitoon ja ohjaukseen.

5.3 Tuotteen toteutus ja tuotantokäsikirjoitus

Kotihoito-ohje tuotetaan valmiille Kainuun maakunta -kuntayhtymän mallipohjalle. Kainuun maakunta -kuntayhtymän ohjeistuksen mukaan ohje on kooltaan A4 ja ulkoasultaan valkoinen. Asiakasohjeiden kirjasintyyppi on Arial. Otsikoissa käytetään fonttikokoa 14 lihavoituna ja leipätekstissä fonttikokoa 12 normaali. Otsikoiden väri on musta ja riviväli 1. Vasemmassa yläreunassa on Kainuun maakunta -kuntayhtymän logo, sekä ohjeen laatineen yksikön nimi. Oikeaan yläkulmaan tulee teksti asiakasohje ja ohjeen laatimispäivämäärä. Kuvia en laittanut

ohjeeseen, koska tilaa on vähän ja tekstiä oli riittävästi. Ohjeen lääketieteellisen osuuden hyväksyy kirurgian ylilääkäri Kalle Rissanen.

Ohje on jaettu otsikoihin. Ohjeen pääotsikko on Kotihoito-ohje toisen asteen pinnallisen palovamman hoitoon. Pääotsikon jälkeen on yleistä toisen asteen pinnallisesta palovammasta. Näin lukijaa johdatellaan asiaan. Alaotsikoita ohjeeseen tulee kuusi. Alaotsikot jaksottavat ohjeen mukavasti luettaviin osiin. Tarkoituksena on, että potilas löytää alaotsikoiden avulla itselleen tärkeän asian. Ensimmäinen alaotsikko on palovamma-alueen hoito, jossa kerrotaan haavahoidon tärkeydestä. Tekstin alapuolelle tulee hoitajan kirjoittama yksilöllinen ohjeistus, miten haavaa hoidetaan kotona. Ohjeistusta varten on jätetty tyhjiä rivejä. Ravitsemuksen tärkeydestä tulee oma lukunsa, samoin palovamman vaikutuksesta mielialaan. Yhteys lääkäriin kohta on tärkeä ongelmien ilmaantuessa. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi yhteystiedot on tärkeää olla ohjeissa. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta oppaan sisältö tarkentui seuraavaan muotoon.

Olet saanut toisen asteen pinnallisen palovamman, joka ulottuu ihon pinnallisiin osiin. Hermpäätteet ovat säästyneet, joten kiputunto on tallella. Palovamma-alue on punoittava ja siinä on rakkulamuodostusta. Kaikesta huolimatta ei ole syytä huoleen; palovamma paranee nopeasti hyvällä hoidolla parissa viikossa. Hoidon tavoitteena on ihon kasvun edistäminen, kivun lievittäminen ja tulehduksen estäminen.

Potilasohjeissa asiaa lähestytään tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää asiaa. Tärkeä asia on itse palovamma-alueen hoito ja ohjaus. Palovamma-alueen hoitokerrat määräytyvät erityksen, vamman laajuuden ja sijainnin mukaan. Suihkutuksen yhteydessä, puhdista huolellisesti kaikki irrallaan oleva kuollut kudos esim. puhtaalla taitoksella tai pesulapulla. Kun erityys on vähentynyt ja haavapintaan muodostunut uutta ihoa, hoidoksi riittää päivittäinen rasvaus perusvoiteella (esim. Aqualan®, Novalan®) parin viikon ajan.

Saunaan ja uimaan voit mennä sitten kun, iho on ehjä. Uusi parantunut iho on arka kuumalle ja kylmälle. Suojaa iho kylmältä ja suoralta auringonvalolta vaateetuksella ja auringonsuojavoiteilla noin vuoden ajan. Arpialue on pinnallisessa vammassa poikkeavasti pigmentoitunut alue ihon tasossa, ja yleensä se häviää vuoden parin kuluessa. Parhaankin hoidon jälkeen palovamma-alue jää usein ongelmakohtaksi. Iho on siinä ohuempaa, helposti rikkoutuvaa ja herkästi auringossa palavaa. Potilas joutuu jatkuvasti ottamaan arpialueen huomioon esimerkiksi vaateetusta valitessaan. Mikäli palovamma-alue on nivelen alueella, on tärkeää tehdä lii-

keharjoituksia. Näin mahdollinen arpimuodostus ei aiheuta ongelmia nivelen liikkumiseen tai estä nivelen normaalia liikealaa. (Salminen-Peltola & Vuola 1996.)

Ravitseminen on osa palovammapotilaan hoitoa. Siksi on tärkeää myös mainita muutamalla sanalla terveellisestä ja monipuolisesta ruoasta. Palovamman paranemisen edellytyksenä on tärkeää syödä monipuolista ja terveellistä ruokaa sekä juoda riittävästi, koska se lyhentää toipumisaikaa merkittävästi. Varsinkin valkuaisaineiden eli proteiinien (liha, kala, muna) tarve on lisääntynyt. Hyvä ravitseminen edistää palovammahaavan paranemista. (Hakala 2002, 26-27.) Mielialasta kertominen ohjeessa kuuluu kokonaisvaltaiseen potilaan huomioimiseen. Pelko muuttuneesta ulkonäöstä voi aiheuttaa muutoksia mielialassa ja herättää kysymyksiä. Mieltä askarruttavista asioista kannattaa keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Tulehdus on yleisin palovammahaavan paranemista hidastava tekijä. Terve iho toimii tehokkaana suojana ulkomailman mikrobeja vastaan. Palovamma tulehtuu harvoin ensimmäisen viikon aikana. Jos palovamma-alueella on lisääntyvää kipua ja kosketusarkuutta, lisääntyvää punoitusta ja kuumotusta ja jos erityisesti muuttuu sameaksi ja pahanhajuiseksi, tulee hakeutua lääkärin vastaanotolle. Paikallinen tulehdus rauhoittuu yleensä tehostetulla paikallishoidolla ja mahdollisella antibioottikuurilla. Antibioottia tarvitaan varsinkin silloin, jos ilmaantuu kuumetta. Tulehdus saattaa johtaa haavan kroonistumiseen tai rumaan paranemisen lopputulokseen (kiristävä arpi). Lääkärin vastaanotolle tulee myös hakeutua, jos palovamman paraneminen pitkittyy, eikä parane hyvästä hoidosta huolimatta (Andersson 2002, 16-17.)

Ohjeista löytyy haavahoitajan, osasto 7 sekä ympärivuorokautisen päivystävän sairaanhoitajan yhteystiedot. Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää se, että hän saa ohjausta siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä ongelmien ilmaantuessa. Näin varmistetaan hoidon jatkuvuus.

5.4 Tuotteen arviointi

Tuotetta tehdessä on tärkeää, että sitä arvioidaan ja siitä annetaan palautetta koko prosessin ajan. Arviointia voivat antaa tilaaja ja sen käyttäjät. Kirjallisen ohjausmateriaalin arviointia voidaan kohdistaa ohjeen ulkoasuun, opetuksellisuuden, sisällön tason, luotettavuuden, kielellisten ja rakenteellisten ratkaisujen tarkasteluun. Arvioitavia seikkoja ohjeen ulkoasuun ovat kappalejaot ja fonttikoot, jotka vaikuttavat potilasohjausmateriaalin kokonaisuuteen. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla siisti painoasultaan ja virheetöntä tekstiltään. Kirjallisen oh-

jausmateriaalin opetuksellisuutta voidaan arvioida tarkastelemalla, vastaako ohjausmateriaali kysymyksiin Mitä?, Miten?, Miksi? ja Milloin? (Salanterä ym. 2005, 219.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa käytännön tarpeet ja pulmat ovat kirjoittamisen lähtökohtia. Hyvän ohjeen kirjoittaminen alkaakin pohdinnalla, kenelle ohje ensisijaisesti kirjoitetaan. Tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää – kirjoitustapa on suositeltavaa siksi, että silloin vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaiken oleellimmän. Hyvä ohje alkaa otsikolla, joka kertoo ohjeen aiheen. Hyvin valitut, tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat ja piirroksot lisäävät ohjeen luettavuutta. Joskus on parempi jättää kuvat kokonaan pois, kuin käyttää niitä tarkoituksettomasti. (Torkkola ym. 2002, 40-41, 44.) Ulkoasu vaikuttaa ohjeen luettavuuteen ja ilmaisuun. Ulkoasussa on kiinnitettävä huomioita marginaalin leveyteen, tekstin tasaukseen, kirjaisin tyyppiin ja kokoon. Marginaaliin voidaan sijoittaa tunniste-, päivitys- ja tekijätietoja. Fonttikoko on tavallisesti 12 ja kirjasintyyppi joko Arial tai Times New Roman. (Lipponen ym. 2006, 67-68.)

Ohjeessa ei ole monimutkaisia lauserakenteita ja vaikeita käsitteitä. Ulkoasullisilla seikoilla voidaan sisältöä muokata helpommin hahmoteltavammaksi. Ohjeen sisältämän tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Tiedon on perustuttava tutkittuun tietoon. (Torkkola ym. 2002, 46, 53-59.)

Tuotteen arvioinnin yhteydessä voidaan puhua myös tuotteen laadusta. Käyttäjän näkökulmasta laadukas tuote vastaa hänen tarpeisiinsa ja tuottajan näkökulmasta tuote mainostaa itse itseään. Tuottajan näkökulmasta laadukas tuote on kilpailukykyinen, tuote mainostaa itse itseään. Laadukas tuote aiheuttaa myös muita vähemmän kielteistä palautetta ja korjaustarvetta. (Jämsä ym. 2000, 127.)

Kotihoito-ohjetta on kehitelty osaston henkilökunnan tarpeiden pohjalta. He ovat olleet omalta osaltaan neuvomassa ja työstämässä potilasohjetta pitämälläni osastotunnilla. Osastotunnille osallistui kymmenen osaston sairaanhoitajaa sekä ohjaava opettaja. Henkilökunnan mielipide on otettu huomioon, joka toivottavasti madaltaa kynnystä käyttää palovammapotilaan kotihoito-ohjetta, ei yksistään kotiuttaessaan palovammapotilasta vaan heti hoitosuhteen alusta lähtien. Tuote oli myös muilla osaston henkilökunnalla luettavana ja heiltä saaman palautteen mukaan kotihoito-ohjeen sanamuotoja on muutettu. Osastolla ei ollut kevään 2008 aikana yhtään toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta potilasta, joten potilailla ei ohjetta voinut testata. Tuotteen testaus jää myöhempään vaiheeseen.

Kotihoito-ohjetta tullaan testaamaan konkreettisesti käytännön ohjaustyössä kotiuttaessa palovammapotilasta. Ohjeen tulee palvella niin potilasta kuin omalta osaltaan helpottaa hoitajien työtä ohjaustilanteissa. Valmis ohje tukee hoitajaa siinä että, mitä asioita ohjauksessa tulisi käydä läpi. Ohjauksen lopuksi potilailta kysytään kirjallista/suullista palautetta ohjeesta, oliko ohje ymmärrettävä ja uskooko potilas, että hän pärjää näillä ohjeilla kotona palovammansa kanssa. Hoitajat voivat antaa palautetta siitä, ovatko he kokeneet ohjeet hyödylliseksi vai ovatko he ylipäättään käyttäneet ohjetta kotiuttaessaan palovammapotilasta. Kotihoito-ohjeen muutoksista ja päivityksestä vastaa Kainuun keskussairaalan kirurgisen osasto 7 henkilökunta ja haavahoitaja yhdessä.

6 POHDINTA

Aluksi pohdin opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä. Opinnäytetyön luotettavuutta pohdin Nikkosen (1997) mukaan, jotka ovat uskottavuus, todeksi vahvistettavuus, merkityksellisyys, toistettavuus, kyllästeisyys ja siirrettävyys. Lisäksi opinnäytetyöprosessiin kuuluu myös eettisyyden pohdinta sekä hyödynnettävyys. Lopuksi arvioin oman asiantuntijuuden kehittymistä.

6.1 Tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksena syntyi kirjallinen potilasohje, joka vastaa asettamiini tutkimustehtäviin. Kotihoito-ohjeen sisältö vastaa tämän päivän haasteisiin toisen asteen pinnallisen palovamman saaneen potilaan ohjauksesta ja hoidosta. Tämän päivän ohjaamisessa tulee kiinnittää huomiota laatuun, kiristyneen työtahdin ja hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi. Ohjauksen tulee olla tehokasta, koska aikaa ei ole riittävästi.

Kotihoito-ohjeen sisältö perustuu opinnäytetyön viitekehykseen, jonka laadinnassa olen käyttänyt hyödyksi eritasoista kirjallista materiaalia ja tutkimustietoa sekä osaston henkilökunnan osaamista. Kotihoito-ohje tulee aluksi kirurgisen osasto 7 hoitohenkilökunnan käyttöön. Jatkossa ohje tullaan laittamaan myös sähköiseen muotoon, josta kaikki Kainuun maakunta - kuntayhtymässä työskentelevät voivat saada sen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kotihoito-ohje tulee tarpeeseen ja siitä on hyötyä. Tarve tällaiselle ohjeelle tuli työelämästä, koska palovammapotilaan ohjauksessa ei ole aikaisemmin ollut kirjallista materiaalia ohjauksen tukena. Mielestäni ohjeen teossa onnistuin hyvin ja otin tärkeäksi kokemani asiat siinä huomioon.

6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus siitä, miten hän on tutkimuksen toteuttanut. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004,

217.) Tuotteistetun opinnäytetyön luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa omia laatukriteereitä. Opinnäytetyössäni arvioin luotettavuutta laadullisen tutkimuksen kriteerein, jotka Nikkonen (1997, 146.) jakaa uskottavuuteen, todeksi vahvistettavuuteen, merkityksellisyyteen, toistettavuuteen, kyllästeisyyteen ja siirrettävyyteen.

Uskottavuutta pohtiessa täytyy miettiä, miten totuus on muotoutunut tutkijan ja tiedonantajan kesken. (Nikkonen 1997, 146.) Opinnäytetyön teoriaosuus pohjautuu tutkimuksiin ja alan tieteellisiin julkaisuihin ja artikkeleihin. Lähdeaineiston pitää olla suhteellisen uutta ja ajan tasalla olevaa. Lähdemateriaalin tulkinnassa en muuta alkuperäisen kirjoittajan ajatuksia.

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimustulosten on perustuttava kerättyyn aineistoon, ei ainoastaan tutkijan omiin käsityksiin. (Nikkonen 1997, 146.) Opinnäytetyössäni perehdyin aineistoon mahdollisimman monen lähdemateriaalin kautta. Perehdyin potilasohjauksesta tehtyihin moniin uusiin tutkimuksiin ja erilaisiin julkaisuihin. Palovammoista yleensä on tehty vähän tutkimuksia. Yksistään palovammoihin liittyvää potilaan ohjausmateriaalia ei löytynyt. Palovammojen hoidosta löytyi hyvin erilaista kirjallisuutta ja julkaisuja.

Merkityksellisyyden arviointi vaatii tutkijalta kuvattujen tapahtumien ja toimintojen ymmärtämistä ja niiden liittämistä johonkin erityiseen tilanteeseen tai laajempaan ympäristöön. (Nikkonen 1997, 147.) Kirjallisilla ohjeilla on merkitystä palovammapotilaalle, koska ohjeet tukevat häntä selviytymään kotona. Ohjeet toimivat myös hoitajille työvälineenä, jolloin potilaan ohjaus selkiytyy ja yhdenmukaistuu. Opinnäytetyö on merkittävä, koska sille on tilaus.

Toistettavuutta arvioitaessa tutkijan on saatava tietoa pitkältä aikaväliltä, jotta hän voi osoittaa ilmiön muuttuvan tai toistuvan tietyn kaavan tai mallin mukaan. (Nikkonen 1997, 147.) Teoreettinen viitekehys perustuu aikaisempiin tutkimuksiin ja alan tieteellisiin julkaisuihin. Lähdekirjallisuuden valinnassa tarvitaan harkintaa eli lähdekritiikkiä. (Hirsjärvi ym. 2004, 101–102.). Opinnäytetyössä olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman uusia lähteitä ja huomioimaan kirjoittajan arvovallan ja tunnettavuuden. Tutkimukset ja julkaisut ovat kaikkien saatavilla. Tuotteistamisprosessin olen kuvannut yksityiskohtaisesti. Opinnäytetyöprosessin aikana olen lukenut paljon tutkimustietoa palovammoista ja potilasohjauksesta. Tutkimuskirjallisuuteen tutustuminen osoittaa ilmiöiden tarkastelumahdollisuuden eri näkökulmista.

Kyllästeisyys tarkoittaa, että tutkija on saanut ilmiöstä kaiken olennaisen tiedon. (Nikkonen 1997, 147.) Aineiston keruussa olen käyttänyt kyllästeisyyttä. Kyllästeisyyden ideana on, että

tietty määrä kirjallisuutta tuo esille sen tietomäärän, mitä aineistosta on mahdollista saada. Lisääaineiston kerääminen ei tuota uutta tietoa ja aineisto alkaa näin toistaa itseään. (Opinnäytetyöpakki 2007.) Kotihoito-ohjeissa tulee olla ajantasaisin tieto palovammojen hoidosta ja siihen vaikuttavista seikoista. Tärkeää on ymmärtää potilasohjauksen tärkeys ja palovammojen hoidon uusimmat kulmakivet.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tulokset ovat siirrettävissä toiseen samanlaiseen kontekstiin, niin että tulokset pitävät edelleen paikkansa. (Nikkonen 1997, 147.) Tuottamaani kirjallista palovammapotilaan ohjausmateriaalia voidaan hyödyntää myös esim. päivystyspoliklinikalla ja terveysasemilla. Ohjeet tulevat Kainuun maakunta -kuntayhtymän intranettiin kaikkien saataville. Opinnäytetyön tuloksena syntyi kotihoito-ohje palovammapotilaalle. Se on suunniteltu niin, että keskeiset asiat on tarvittaessa helppo päivittää ajan tasalle.

6.3 Eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on sinänsä jo eettinen ratkaisu. Kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Opinnäytetyön aiheen valinta oli tärkeä, koska potilasohjauksen merkitys korostuu myös Kainuun maakunta –kuntayhtymässä. Kirurgisten potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet, joten kirjallinen ohjaus on noussut merkittävään osaan potilaan hoidossa.

Tutkimuksessa vältetään epärehellisyttä kaikissa tutkimuksen osavaiheissa. Tutkimuksen eettisissä kysymyksissä on otettava huomioon myös lähdekirjallisuuden asianmukainen käyttö. Toisten tekstiä ei saa plagioida eikä vääristellä ja lähdemerkinnät tulee olla selkeästi näkyvissä. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-27.) Opinnäytetyöni perustuu tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, siksi olen kiinnittänyt erityistä huomiota tekstien lainauksiin asianmukaisilla lähdemerkinnöillä.

Tutkimuslupaa en tarvinnut opinnäytetyössäni, koska en haastatellut potilaita enkä käsitellyt potilasasiakirjoja. Humaanin ja kunnioittavan kohtelun edellyttämät näkökohdat on otettava huomioon kaikessa ihmiseen kohdistuvassa tutkimustyössä. Eettisyyden näkökohdan olen huomionut myös siinä miten asiat ilmaistaan kotihoito-ohjeessa. Olen pyrkinyt siihen, etten loukkaa henkilöitä, jotka käyttävät kotihoito-ohjetta. (Hirsjärvi ym. 2004, 27-28.)

6.4 Asiantuntijuuden kehittyminen

Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluu muun muassa terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko osaaminen, ohjaus ja opetus osaaminen sekä tutkimus- ja kehittämistyö. Sairaanhoitaja toteuttaa itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja käyttää hoitoa koskevassa päätöksenteossa tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä muuta parasta, saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. (Opetusministeriö 2006.) Uuden tutkitun tiedon lisääntyminen ja sen hyväksikäyttö hoitotyön päätöksenteossa ja toiminnassa vaatii myös tiedonhakutaitoja ja kriittistä arviointia. Tiedonhakutaitoni on lisääntynyt, osaan hakea tutkittua tietoa sekä käyttää sitä kriittisesti. Opinnäytetyön tekeminen on tukenut ammatillista kasvuani kohti tutkivaa työskentelytapaa tulevana kirurgisena sairaanhoitajan.

Sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksissa mainitaan myös yhteistyöosaaminen. (Opetusministeriö 2006.) Ilman yhteistyöosaamista sairaanhoitajan ammatissa ei voi toimia. Työtä tehdään yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Vaikka olen tehnyt opinnäytetyön yksin, tiivistä yhteistyötä olen tehnyt niin opettajien sekä Kainuun keskussairaalan kirurgisen osaston henkilökunnan kanssa. Näistä taidoista on tulevaisuudessa hyötyä toimiessani sairaanhoitajana.

Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut koko ajan kriittistä ajattelua. On oltava kriittinen sekä lähteiden, että omien ajatusten ja mielikuvien suhteen. Kriittistä ajattelua tarvitaan työelämässä. Paineensietokyky on kehittynyt opinnäytetyöprosessin aikana. On täytynyt sovittaa yhteen niin työelämä, opiskelu kuin myös perheen tarpeet. Tämä on välillä koetellut voimavaroja käytetyn ajan suhteen. Paineensietokykyä tarvitaan varsinkin kirurgisella osastolla, työ on välillä kiireistä ja henkilökuntaa ei ole riittävästi. On tärkeää, että omaa hyvän paineensietokyvyn, jotta jaksaa työssä hyvin.

Sairaanhoitaja toimii asiakaslähtöisessä ja tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa ja hoitosuhteessa potilaan, perheen ja yhteisön kanssa. Sairaanhoitaja vastaa hoitotyön tarpeen määrittämisestä ja suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitotyötä yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Opetusministeriö 2006.) Vuorovaikutustaitoni ovat kohentuneet koko koulutuksen ajan. Olen ollut monissa eri harjoittelupaikoissa ja siellä työskennellyt eri ammattikuntaan kuuluvan henkilökunnan kanssa. Harjoittelupaikoissa olen kohdannut monia erilaisissa elämänvaiheissa olevia potilaita. Näistä kokemuksista koen olleen hyötyä jatkossa tulevana kirurgisena sairaanhoitajana.

Sairaanhoitajalta edellytetään hoitotyön suunnitelman mukaista potilaan ja hänen läheistensä ohjausta sekä sähköisen potilasohjauksen tuntemusta. Sairaanhoitajan työ sisältää henkilöstön ja opiskelijoiden ohjauksen ja opetuksen. Sairaanhoitaja ohjaa ja opettaa erilaisia potilaita, heidän omaisiaan ja läheisiään sekä ohjaa ja tukee potilasta itsehoidossa ja potilaan terveysongelmien hallinnassa. (Opetusministeriö 2006.) Opinnäytetyöprosessi tukee omalta osaltaan ammatillista kasvuani kirurgiseksi sairaanhoitajaksi. Opinnäytetyöprosessi on antanut minulle valmiuksia potilaan ohjaukseen. Olen saanut lisää tietoa potilasohjauksen merkityksestä hoitotyössä ja syventänyt tietoaani palovammapotilaan hoidosta. Tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtymällä olen tiedostanut ja ymmärtänyt onnistuneen potilasohjauksen vaatimukset. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja kuuluu sairaanhoitajan työnkuvaan oleellisesti. Ohjausta annetaan potilastyössä päivittäin, vaikka se ei ole selkeästi etukäteen suunniteltua tai järjestettyä. Potilaiden tietoisuuden lisääntyminen sekä lyhentyneet hoitoajat edellyttävät hyviä ja tehokkaita ohjaustaitoja huomioiden asiakaslähtöisyyden ja potilaskeskeisyyden. Potilaiden omahoidon vastuu kasvaa, tämä tuo esille potilasohjeiden tärkeyden. Tämän opinnäytetyön myötä osaan käyttää ja tuottaa tarkoituksenmukaista ohjausmateriaalia ohjauksensa tueksi.

Sairaanhoitajan tiedot, taidot ja asenteet ovat palovammapotilaan hoidossa lähtökohta onnistuneelle ja korkeatasoiselle hoidolle. Palovamman paikallishoito on hoitajien ominta ja itsenäisintä aluetta palovammapotilaan kokonaishoidossa. Myönteinen ja kiinnostunut asenne palovammapotilaan hoitoon lisää hoitajan motivaatiota oman ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

LÄHTEET

- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä. Tammi.
- Andersson, K. 2002. Palovammarakkuloiden hoito. Haava 1, 16-17.
- Asiakas-/potilasohjaus. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. 2007. Saatavilla: http://kaima.kainuu.fi/palveluketjut/Potilaanohjaus/subprocessdetails_3.html (Tulostettu 3.2.2008).
- Ervasti, T-M. 2005. Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee tukea potilaan ohjaukseen. Pinnetti 2, 28-29.
- Hakala, P. 2002. Palovammapotilaan haavahoidon periaatteet. Haava 1, 26-27.
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo. WSOY.
- Heino, T. 2004. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Saatavana: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf> (Luettu 28.12.2007).
- Hietanen, H. 2005. Kirjalliset haavahoito-ohjeet. Ovatko ymmärrettäviä? Haava 3, 10–13.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2003. Haava. Porvoo. WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus.
- Hoitotyö Kainuussa. 2007. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Saatavilla: <http://kaima.kainuu.fi/downloader.asp?id=7272&type=1&show=1> (Tulostettu 20.1.2008).
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, Kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY.
- Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. Tutkiva hoitotyö Vol. 2 (4), 25.

Härmä, M. 2004. Palo- ja paleltumavammat. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) 2004. Kirurgia. Jyväskylä. Duodecim.

Iholiitto ry. 2003. Vaikeat palovammat. Loimaa. Loimaan Kirjapaino. (Tulostettu 30.5.2006).

Iire, L. 1999. Potilas ja sairaudesta johtuva epävarmuus. Turku. Turun yliopisto. Julkaisusarja C: 147.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Keuruu Otavan Kirjapaino Oy.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa. TummaVuoren kirjapaino Oy.

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2007. Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatiorajojen. Tutkiva hoitotyö Vol. 5 (3), 30-32.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo. WSOY.

Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. Hoitotiede Vol. 19 (2), 63-75.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M-L. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö Vol. 3 (2), 12.

Kääriäinen, M. 2008. Arvet ja keloidit. Luento. XII Valtakunnalliset haavapäivät 31.1.-1.2.2008. Helsinki.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö Vol. 3 (1), 10-15.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö Vol. 3 (3), 27-31.

- Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä: innostusta ja innovaatiota. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Lipponen, K. 2005. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. OYS.
- Mikkonen, K. 2001. Palovammahaavan hoito. Haava 1, 13-14.
- Nikkonen, M. 1997. Etnografinen malli. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Valtioneuvosto.
- Opinnäytetyöpankki. 2007. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavilla: <http://www.kajak.fi/Opari/ontTukiTarkoitus.aspx>. (Luettu 05.03.2007).
- Palovaara, M. & Taam-Ukkonen, M. 2001. Operatiivisten sairaanhoitajien portfolioprosessi verkko-oppimisympäristössä. Pro gradu. Kuopion yliopisto.
- Rauhala, L. 1993. Humanistinen psykologia. Helsinki. Yliopistopaino.
- Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki. Yliopistopaino.
- Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu: lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirja. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto. Saatavilla: <http://dissertations.jyu.fi/studsport/9513915492.pdf>. (Luettu 20.03.2008).
- Ritala, S. 2002. Palovammojen hoito terveyskeskuksessa. Haava 2, 11-13.

- Salminen-Peltola, P. & Vuola, J. 1996. Palovammojen avohoito. Terveysportti. (Luettu 29.1.2008)
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* Vol. 17 (4), 217–228.
- Starck-Vuorinen, L. 2004. Palovammapotilaan hoito vuodeosastolla. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Operatiivinen tulosalue. Kirurgian vuodeosasto N2A.
- Svartling, N. & Papp, A. 2006. Palovammapotilaan hoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L. & Takkunen, O. (toim.) 2006. *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä. Gummerus.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. *Kirurgia*. Porvoo. WSOY.
- Vuola, J. & Asko-Seljavaara, S. 2000. Palovammat. Teoksessa Vastamäki, M., Vilkki, S., Raatikainen, T., Viljakka, T., Jaroma, H., Göransson, H. & Jokiranta, J. (toim.) 2000. *Käsiturgia*. Hämeenlinna. Duodecim.

LIITTEIDEN LUETTELO

LIITE 1. Kirjallinen kotihoito-ohje.

LIITE 2. Synopsis.

SYNOPSIS (tuotteen ideakäsikirjoitus)

IDEA JA KOHDERYHMÄ: Idea kotihoito-ohjeen kehittämisestä tuli haavahoitaja, sh Arja Korhoselta. Kotihoito-ohjeen kohderyhmänä ovat Kainuun keskussairaalan kirurgisella osastolla hoidettavat toisen asteen pinnallisen palovamman saaneet potilaat, heidän omaisensa sekä potilasohjausta tekevät sairaanhoitajat.

TAVOITE: Potilaan ohjaus on noussut tärkeään osaan Kainuun maakunta -kuntayhtymässä. Kainuun maakunta -kuntayhtymä kuuluu potilasohjauksen kehittämishankkeeseen, jossa potilasohjausta kehitetään yli organisaatorajojen. Hankkeen tavoitteena on laadukas ohjaus, joka mahdollistaa potilaan itsenäisen selviytymisen kotona sairautensa kanssa. (Kanste, Lippinen, Kyngäs & Ukkola 2007, 30.) Kainuun maakunta kuntayhtymässä kehittämistoimintana seuraavan viiden vuoden aikana on asiakkaan ja hänen perheensä ohjaus ja neuvonta. (Hoitotyö Kainuussa 2007, 14.)

Ohjauksen tavoitteena on lisätä ohjattavan valmiuksia ja voimavaroja oman terveyden edistämiseen, itsehoitoon ja kotona selviytymiseen. (Asiakas-/potilasohjaus, Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2007, 1.)

Tarkoituksena on tuottaa kotihoito-ohje palovammapotilaalle kotona selviytymisen tueksi. Kotihoito-ohjeen tarkoituksena on auttaa toisen asteen pinnallisen palovamman saanutta potilasta selviytymään kotona. Kotihoito-ohjetta voidaan hyödyntää palovammapotilaan ohjauksessa. Yhteneväisten kotihoito-ohjeiden myötä sairaanhoitajat voivat toteuttaa tutkittuun tietoon perustuvaa potilaan ohjausta, joka lisää hoitajien tieto- ja taitotasoa. Tavoitteena on parantaa palovammapotilaan ohjauksen ja hoidon laatua.

Kotihoito-ohjeen tulisi olla sisällöltään virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Tiedon on perustuttava tutkittuun tietoon.

SISÄLTÖ PÄÄPIIRTEITTÄIN: Kotihoito-ohjeen sisältö (otsikointi) muodostuu Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan.

KÄYTTÖTAPA: Kotihoito-ohje tallennetaan sähköisessä muodossa Kainuun maakunta -kuntayhtymän Intranet-sivuille ja näin ollen on kaikkien saatavilla ja tulostettavissa. Kotihoi-

to-ohjetta käyttävät palovammapotilaan ohjausta toteuttavat sairaanhoitajat kirurgian osasto 7:lla sekä päivystyspoliklinikalla.

TUOTTEEN TEKNINEN TOTEUTUS: Tuote toteutetaan Word-ohjelmalla. Valmis tuote siirretään Kainuun maakunta –kuntayhtymän Intranet-sivuille esimerkiksi muistitikun avulla tai sähköpostin liitetiedostona.

TEKIJÄ, TYÖRYHMÄ: Opinnäytetyön kokonaisuudessaan tekee Jaana Ohtonen. Tuotteen suunnitteluryhmään kuuluvat itseni lisäksi opinnäytetyön työelämäohjaaja Arja Korhonen ja opinnäytetyöohjaaja Ilmi Rautiainen ja Rauni Leinonen sekä välillisesti koko kirurgisen osaston henkilökunta.

OPINNÄYTETYYN ALUSTAVA AIKATAULU:

Aiheanalyysin palautus 17.1.2001

Aiheseminaari 26.1.2007

Opinnäytesuunnitelman palautus 24.5.2007

Opinnäytetyösuunnitelmaseminaari 31.5.2007

Opinnäytetyösuunnitelman lopullinen palautus 3.9.2007 mennessä.

Opinnäytetyön esitysversion palautus 7.3.2008

Esitys 14.3.2008

Lopullinen opinnäytetyönpalautus 30.4.2008

Kypsyysnäyte 4.4.2008

KUSTANNUSARVIO: Kustannuksia ei synny.