



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

KROONISEN ALARAAJAJAHAVAN HOITO

Hoitajille suunnatun oppaan laatiminen

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2012
Kirsi Koukku
Jaana Lakanen
Jaana Piesanen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KOUKKU, KIRSI

Kroonisen alaraajahaavan hoito

LAKANEN, JAANA

Hoitajille suunnatun oppaan laatiminen

PIESANEN JAANA

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 40 sivua, 11 liitesivua

Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö lähti liikkeelle tekijöiden omakohtaisista havainnoista työelämässä siitä, että haavahoidon osaaminen on usein varsin huteralla pohjalla eikä henkilökunnalla useinkaan ole käytettävissään systemaattista haavahoito-opasta. Tieto haavahoidosta on hajaantuneena moneen eri lähteeseen ja tiedon hakeminen on hidasta ja vie resursseja pois muusta hoitotyöstä. Väestö kuitenkin ikääntyy ja muuttuu huonokuntoisemmaksi, mikä johtaa alaraajahaavojen esiintyvyyden lisääntymiseen. Näin haavahoito-osaamiselle on todellista tarvetta avo- ja kotihoidon piirissä, jonne tämäkin haavahoito-opas on suunnattu. Halusimme koota aiheesta selkeälukuisen opaskirjan, josta nopeasti löytyy tarvittava tieto hakusanalla.

Työ on tehty toimeksiantona Attendo Oy:lle, joka toimii terveysalan valtakunnallisena toimijana kymmenillä terveysasemilla ja lukuisissa hoivakodeissa. Opinnäytetyö sisältää kaksi osaa, kroonisen alaraajahaavan hoitopajaan sekä koulutustilaisuuden Hakunilan terveysasemalla. Koulutustilaisuuden sisältönä oli ABI-mittaus sekä potilasohjaus. Haavahoito-opas toteutettiin sähköisessä muodossa siten, että toimeksiantaja voi sitä myöhemmin päivittää tarpeen mukaan.

Työ on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Teoriatietoa työhön on haettu alan julkaisuista, käypä hoito -suosituksista, väitöskirjoista, pro gradu -töistä sekä haavahoitoalan koulutuksista. Oppaassa on käsitelty haavan paranemisprosessia, haavatyypin tunnistamista, oikean hoitotuotteen valintaa, kivunhoitoa, haavahoidon kirjaamista, ravitsemuksen merkitystä haavahoidossa sekä potilasohjausta. Toimeksiantaja on ottanut oppaan yrityksen sisäiseen käyttöön.

Asiasanat: krooninen alaraajahaava, haavahoito, potilasohjaus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

KOUKKU, KIRSI

Wound management of a chronic leg
ulcer

LAKANEN, JAANA

Compiling a guide for nurses

PIESANEN, JAANA

Bachelor's Thesis in nursing

40 pages, 11 pages of appendices

Autumn 2012

ABSTRACT

This bachelor's thesis has got its backgrounds in the writers' own working experiences in the nursing field, where they have noticed that knowledge of wound care is often quite limited. Personnel often do not have any wound care guide available when needed and information about wound care is scattered in a number of sources. Looking for the information takes a lot of time which could be used for taking care of the patients. As the population gets older, the frequency of chronic leg ulcers increases and thus the need for knowledge in wound care is much needed especially in nursing homes and public health centres. We wanted to gather an easy to read guide where the needed information can be found quickly by using key words.

This thesis work is an assignment for Attendo Oy, which operates nationwide in the field of health centres and nursing homes. The thesis consists of two parts, a guide for chronic leg ulcers and a training day for the nurses working at Hakunila health centre in Vantaa. The training day consisted of two parts, ABI measuring and patient education. The wound care guide was carried out in electronic form so that it can be updated later by Attendo.

We have carried out this thesis as a functional thesis. The theory behind the guide has been sought after in nursing and wound care publications, Current Care Guidelines, doctoral thesis', master's thesis' and from wound care educational days. The guide consists of several parts, which include the healing process of the wound, recognizing the type of the wound, choosing the correct wound care product, pain management, documentation of wound care, the meaning of nourishment in wound care as well as patient education. The guide has been brought into use by Attendo.

Key words: chronic leg ulcer, wound care, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
2.1	Työn toteutus ja aikataulu	2
2.2	Toiminnallinen opinnäytetyö	3
2.3	Aiheen rajaaminen	4
3	ATTENDO OY	5
4	KROONINEN ALARAAJAJAHAAVA	6
4.1	Ihon anatomia	6
4.2	Haavan paranemisprosessi	8
4.3	Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät	8
4.4	Haavojen jaottelu	9
4.5	Kroonisen alaraajahaavan aiheuttavia syitä	10
4.6	ABI-mittaus alaraajahaavan diagnostiikassa	10
4.7	Kroonisen alaraajahaavan esiintyvyys ja riskitekijät	11
5	KROONISEN ALARAAJAJAHAAVAN HOITO	13
5.1	Turvotuksen hoito	13
5.2	Haavan puhdistaminen	15
5.3	Ravitsemuksen merkitys haavapotilaan hoidossa	16
6	OPASKIRJAN TEKEMINEN	21
7	POTILASOHJAUS	23
7.1	Potilasohjauksen eettiset näkökulmat	25
7.2	Muistisairaahan ohjaaminen	27
8	KOULUTUSTILAISUUDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	29
9	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ETENEMINEN	31
10	POHDINTA	35
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Krooninen alaraajahaava on jatkuvasti yleisemmäksi muuttuva ongelma, kun väestö ikääntyy Suomessa. Alaraajahaava voi olla joko laskimo- tai valtimoperäinen. Laskimoperäinen alaraajahaava sijaitsee yleensä säären tai nilkan alueella, ja johtuu säären pintalaskimoiden vajaatoiminnasta.

Valtimoperäinen alaraajahaava puolestaan sijaitsee useimmiten jalkaterän ja varpaiden alueella, tosin se voi joskus esiintyä myös ylempänä raajassa.

Valtimoperäisen alaraajahaavan taustalla on valtimoverenkierron heikkeneminen, jonka taustalla voi olla esimerkiksi sepelvaltimotauti tai syvä laskimotukos. Muita alaraajahaavan syitä ovat muun muassa pienten ja keskisuurten suonten vaskuliitti (tulehdustila), haavautuva ihotulehdus, reuma tai erilaiset ihosyövän muodot tai muun syövän etäpesäkkeet. (Krooninen alaraajahaava 2007.)

Haavahoito on jatkuvasti muuttuva ala, jossa uusia hoitotuotteita ja -menetelmiä kehitetään jatkuvasti. Erilaisia haavatyyppejä on valtavasti, kirurgisista haavoista kroonisiin alaraajahaavoihin. Tässä työssä keskityimme käsittelemään kroonista alaraajahaavaa ja siihen liittyviä hoitomenetelmiä.

Työ tehtiin Attendo Oy:n käyttöön ja työn pohjalta oli tarkoitus pitää luento haavahoitoja tekeväälle henkilöstölle Hakunilan terveysasemalla.

Hoitohenkilökunta joutuu omassa työssään ohjaamaan potilaita haavahoitoon liittyvissä asioissa ja tästä johtuen sisällytimme työhömme osion myös ohjaamisesta.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Työn tarkoituksena oli laatia opaskirja Attendo Oy:n haavahoitoja tekeville hoitoalan työntekijöille, jotka kohtaavat työssään potilaita, joilla on kroonisia alaraajahaavoja. Lisäksi oli tarkoitus pitää hoitohenkilöstölle koulutuspäivä. Koulutus järjestetään Hakunilan terveysasemalla.

Tavoitteena oli laatia helppolukuinen ja selkeä opas, josta löytyy tutkittua, näyttöön perustuvaa ja luotettavaa tietoa haavahoidosta ja haavanhoitomateriaaleista tiiviinä, selkeälukuisena pakettina. Koulutuspäivän tavoitteena oli opettaa terveysaseman henkilökunnalle ABI-mittauksen perusteet ja käydä läpi potilasohjaukseen liittyviä asioita. ABI-mittauksen tueksi laadittiin ovijuliste työhuoneisiin. Opaskirja toteutettiin sähköisessä muodossa ja se jaettiin Attendo Oy:n sisäiseen käyttöön siten, että opaskirjaa on mahdollista myöhemmin päivittää. Attendo Oy huolehtii itse opaskirjan päivittämisestä ja ylläpidosta. Opinnäytetyössämme mainitaan haavahoitotuotteiden kohdalla tuotteiden kauppanimiä esimerkkeinä tarjolla olevista tuotteista.

2.1 Työn toteutus ja aikataulu

Työ on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka lopputuotoksena on opas alaraajahaavojen hoidosta sekä ABI-mittauksesta ja potilasohjauksesta pidettävä koulutustilaisuus Hakunilan terveysaseman hoitotyöntekijöille. Työn tekstiosuus on kirjoitettu kirjallisuuskatsauksen pohjalta käyttäen lähteinä alan perusteoksia, Haava-yhdistyksen julkaisemaa Haava-lehteä, opinnäytetyön aiheeseen liittyviä pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja sekä kansainvälisten haavayhdistysten julkaisemia artikkeleita. Attendo Oy:n kanssa pidettiin yhteistyöpalaveri aiheen selkiyttämiseksi, jolloin saimme lisää tietoa työhön liittyvistä sisällöllisistä tarpeista sekä toimintaprosesseista.

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin helmikuussa 2012. Suunnitelmaseminaari pidettiin toukokuussa ja julkaisuseminaari syyskuussa 2012. Koulutustilaisuus Hakunilan terveysasemalla pidettiin elokuussa 2012.

2.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on aina jonkunlainen konkreettinen tuote, olipa se sitten opaskirja, portfolio tai jokin tapahtuma kuten messuosasto (Vilka & Airaksinen 2003, 51). Toiminnallisella opinnäytetyöllä on hyvä olla joku toimeksiantaja, työn aihealue on rajattava huolellisesti ja työn on pohjautettava aiheeseen liittyvään teoretietoon. Lisäksi työllä on oltava jokin rajattu kohderyhmä. (Vilka & Airaksinen 2003, 16-51.)

Opinnäytetyön toteutustapa riippuu työn luonteesta sekä työn vastaanottajasta ja työn kohderyhmä on pidettävä mielessä työtä rakennettaessa. Toteutustapaa valittaessa tulee miettiä, mikä tapa palvelee vastaanottajaa parhaiten. Työn visuaaliseen ilmeeseen on syytä kiinnittää huomiota, jotta toteutus palvelee vastaanottajaa parhaalla mahdollisella tavalla. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyvän tuotoksen kieliasu voi olla erilainen kuin varsinaisessa opinnäytetyöraportissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 51-65.) Valmiin tekstin tulee olla selkeästi jäsenneiltyä ja siinä näkyy myös kirjoittajan asiaan paneutuminen ja pohdiskelu. Tieteellisessä kirjoittamisessa – jollaista toiminnallinen opinnäytetyökin on – tärkeintä on työn sisältö, vaikka muodollisuuksistakin tulee pitää kiinni. Onnistunut kirjoitustyö vaatii sekä ideointia että hyvää suunnittelua. On kuitenkin muistettava, että vaikka kirjoittaja voi hioa ja hioa tekstiään loputtomiin, hänellä täytyy olla myös riittävästi itseluottamusta todetakseen kirjoituksensa olevan valmis. (Eskola & Hämäläinen 1991; 9, 14, 40.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössäkin voidaan tarvittaessa käyttää joko laadullisia tai määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmien käyttöä tulisi kuitenkin harkita huolellisesti, koska työmäärä voi helposti kasvaa liian suureksi, jos toiminnallisen osion lisäksi työhön liitetään myös kyselytutkimus. (Vilka & Airaksinen 2003, 56-57.)

Tässä työssä varsinaista laadullista tutkimusta ei ole tarkoitus toteuttaa, mutta lyhyt kartoitus työn aluksi selventää toimeksiantajan tarpeita työn suhteen.

2.3 Aiheen rajaaminen

Erilaisia haavatyyppejä on lukematon määrä ja niiden kaikkien käsitteleminen vaatisi kokonaisen kirjan kirjoittamista. Olemme valinneet haavahoito-oppaan aiheeksi kroonisen alaraajahaavan, koska sen esiintyvyys väestössä on kasvamassa sitä mukaa, kun väestö ikääntyy ja ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet lisääntyvät. Tämä oli myös toimeksiantajan puolelta esitetty toive.

Samoin kuin haavatyyppejä, myös haavanhoitotuotteita ja hoitomuotoja on runsaasti tarjolla ja uusia kehitetään jatkuvasti. Tämäkin on ollut osaltaan vaikuttamassa siihen, että työ on rajattu vain yhteen haavatyyppiin.

Haavanhoitomenetelmistä olemme valinneet käsiteltäväksi sellaiset, jotka on mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa tai potilaan kotona, koska tämä on toimeksiantajan toimialuetta.

3 ATTENDO OY

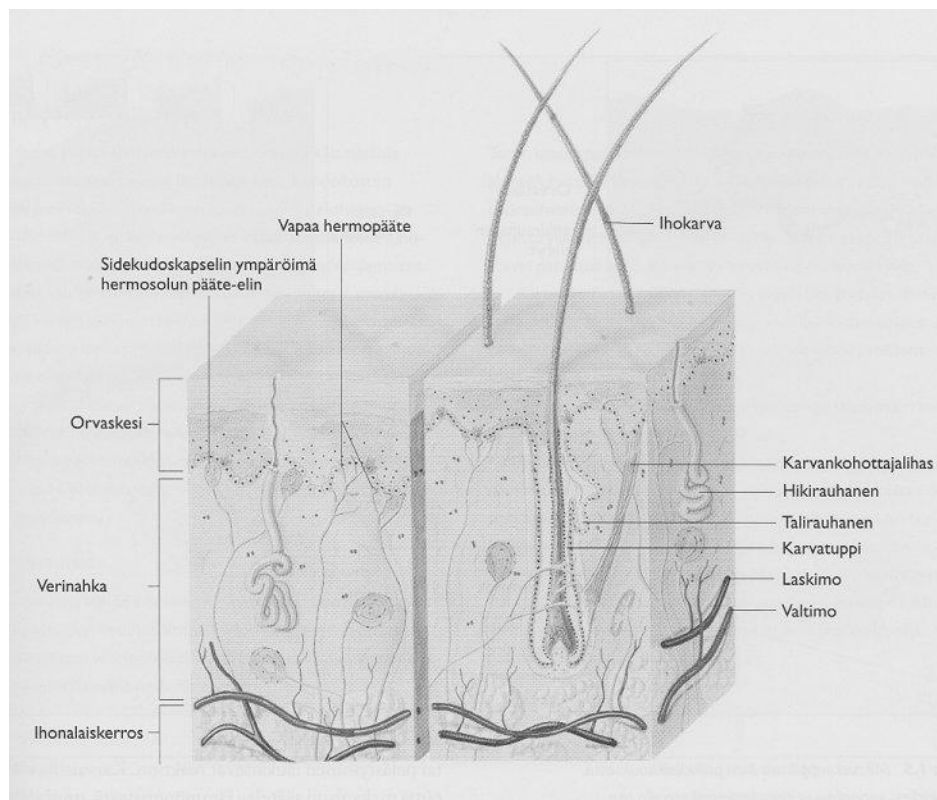
Attendo Oy on osa Attendo-konsernia, joka toimii Pohjoismaissa. Attendolla on Suomessa noin 80 terveysasemaa sekä suunhoidon yksikköä. Lisäksi Attendolla on 60 hoivakotia ympäri maata. Palvelukokonaisuus sisältää perusterveydenhuollon, päivystyspalvelut, terveydenhuoltoalan henkilöstöpalvelut sekä vanhusten asumispalvelut. Yritys hoitaa myös 22 kunnan, kahden sairaanhoitopiirin sekä useiden yritysten työterveyshuollon. (Attendo Oy 2012.)

Attendo tarjoaa myös erikoissairaanhoidon palveluita yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Mielenterveys- sekä päihdetyön alueella Attendo tekee kehitystyötä yhdessä sairaanhoitopiirien ja kuntien kanssa. Attendon liikevaihto Suomessa on noin 250 miljoonaa euroa ja konsernissa työskentelee kaikkiaan noin 13 000 työntekijää. (Attendo Oy 2012.)

4 KROONINEN ALARAAJAHAAVA

4.1 Ihon anatomia

Iho on kehon suurin elin ja se muodostuu useista erilaisista kudoksista. Iho peittää koko kehon ja sen pinta-ala on 1,5-2 m² ja paino noin 5 % kehon kokonaispainosta. Ihon tehtävänä on suojata elimistöä mekaanisilta ja kemiallisilta ärsykeiltä sekä mikro-organismeilta, valmistaa d-vitamiinia, varastoida rasvaa ja nestettä, toimia lämmön säätelijänä ja välittää paine-, tunto-, kylmä- ja lämpöaistimuksia. Iho myös suojaa kehoa nestehukalta ja auringon ultraviolettisäteiltä. Ihossa on kolme kerrosta: orvaskesi, verinahka ja ihonalaiskerros eli subcutis, joka on pääasiassa rasvakerrosta. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 20.)



KUVIO 1. Ihon anatomia. (Bjålie ym. 2009, 21)

Kuviossa 1 on näkyvissä ihon eri kerrokset. Orvaskesi eli epidermis on ihon uloin osa, jossa ei ole verisuonitusta. Epidermikseen kuuluu viisi kerrosta:

- sarveiskerros eli stratum corneum
- jyväiskerros eli stratum granulosum
- okakerros eli stratum spinosum
- tyvisolukerros eli stratum basale.

(Bjälle ym. 2009, 21.)

Epidermoksen paksuus vaihtelee kehon eri kohdissa sarveis- ja keratiinikerroksen esiintyvyyden mukaan. Paksuinta epidermistä löytyy kämmenistä ja jalkapohjista, joissa sen paksuus voi olla jopa 0,4-0,6 mm. Epidermis uusiutuu jatkuvasti. Ihosolun elinkaari on noin 4 viikkoa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2003, 10-13.)

Verinahka eli dermis eli corium sijaitsee epidermoksen alla ja näiden kahden kerroksen raja on aaltomainen. Dermiksessä on kaksi kerrosta, papillaarikerros ja retikulaarikerros. Kerroksien merkittävin ero liittyy kollageenisäikeiden kokoon ja verisuonten määrään. Kollageenisäikeet suurenevat ja verisuonisto tihenee siirryttäessä papillaarikerroksesta retikulaarikerrokseen. Papillaarikerros sisältää hiussuonten silmukoita, ohuita lymfasuonia, lämpö- ja tuntosensoreita sekä hermopäätteitä, jotka aistivat kipua, lämpöä, kosketusta, painetta ja värinää. Dermis koostuu:

- sidekudoksesta, joita on kolmea eri tyyppiä: kollageenia (90%), elastiinia (5 %) ja perussolukkoa (5%)
- hikirauhasista, joita on kahta eri kokoa
- talirauhasista (ei kämmenissä eikä jalkapohjissa)
- karvatupista
- verisuonista
- hermopäätteistä.

(Hietanen ym. 2003, 10-13.)

Ihonalaiskudos eli subcutis on ihon paksuin kerros ja se toimii ihon tukena sekä suojelee ihonalaisia elimiä. Dermis jatkuu ilman selvää rajaa subkutaaniseksi kerrokseksi. Subkutaaninen kerros muodostuu rasva- ja sidekudoksesta sekä verisuonista. Subcutis rakentuu risteilevistä kollageeni- ja elastaanisäikeistä. (Hietanen ym. 2003, 10-13.)

Haavahoidon kannalta ihon eri kerrosten tunnistaminen on tärkeää. Haavan syvyyden arvioinnissa huomiota tulee kiinnittää siihen, mihin ihokerrokseen haava ulottuu. Esimerkiksi 100 kg painavan henkilön painehaava voi olla pinnallinen, kun puolestaan 50 kg painavan ihmisen samankokoinen haava ulottuu pahimmassa tapauksessa lihaskudokseen tai luuhun asti. (Hietanen ym. 2003, 10-13.)

4.2 Haavan paranemisprosessi

Haavan syntymekanismi vaikuttaa haavan paranemiseen. Haavan paranemisessa on havaittavissa seuraavat vaiheet:

- inflammaatiovaihe, tulehdusvaihe
- uudelleenmuodostumisvaihe, proliferaatio/fibroplastivaihe
- kypsymisvaihe, maturaatiovaihe.

(Hietanen ym. 2003, 28.)

Inflammaatiovaihe on ensimmäinen paranemisen aste ja sen tarkoituksena on suojella elimistöä ja puhdistaa haavaa kuolleista soluista. Inflammaatiovaiheen alussa verisuonisto haavan kohdalla supistuu ja samanaikaisesti verisuonista tulee plasmaa ja verihiutaleita vaurioituneeseen kohtaan muodostaen haavaan ruven, joka sulkee haavan. (Hietanen ym. 2003, 28.)

Uudelleenmuodostumisvaiheessa eli proliferaatiovaiheessa syntyy granulaatiokudosta, haavan reunat alkavat samanaikaisesti lähestyä toisiaan ja epiteeli alkaa kasvaa yhteen eli tapahtuu epitelisaatiota (Hietanen ym. 2003, 28).

Kypsymisvaiheessa haava on epitelisoitunut ja sidekudosta on levinnyt koko haavalle. Haavan kypsyminen on pitkäaikainen prosessi, joka saattaa kestää kuukaudesta vuosiin. Kypsymisvaiheessa olevassa haavassa ei ole hikirauhasia, ihokarvoja tai talirauhasia. (Hietanen ym. 2003, 32.)

4.3 Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät

Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat haavan taustalla olevat syyt, kuten riittämätön verenkierto tai diabetes. Haavan sijainti, syvyys ja koko sekä puhtaus

vaikuttavat osaltaan myös haavan paranemiseen. Samoin potilaasta johtuvat tekijät kuten ikä, sairaudet, potilaan elämäntavat sekä hoitomyönteisyys vaikuttavat paranemisprosessiin. Alla olevassa kuviossa 2 on lueteltu haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä. (Hietanen ym. 2003, 34.)

<p><i>PAIKALLISET TEKIJÄT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Haavan koko ja sijainti</i> • <i>Lämpötila, PH, kosteus</i> • <i>Iskemia</i> • <i>Infektio</i> • <i>Vierasesine</i> • <i>Turvotus</i> • <i>Toistuva trauma</i> • <i>Sädehoitovauriot</i> • <i>Toksiset esineet</i> 	<p><i>SYSTEEMISET TEKIJÄT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ikä</i> • <i>Perinnölliset tekijät</i> • <i>Vajaaravitsemus</i> • <i>Perussairaudet</i> • <i>Lääkehoidot</i> • <i>Levinnyt syöpä</i> • <i>Kehon lämpötila</i>
<p><i>HOITOHENKILÖSTÖ JA HOITOYMPÄRISTÖ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ammattitaito</i> • <i>Asenne ja motivaatio</i> • <i>Työtilat ja välineet</i> • <i>Taloudelliset resurssit</i> 	<p><i>POTILAAN PSYKOSOSIAALISET TEKIJÄT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Elämäntavat (tupakka, alkoholi, päihteet, liikunta)</i> • <i>Uskomukset</i> • <i>Hoitoon sitoutuminen</i> • <i>Omaisten tuki</i> • <i>Taloudelliset resurssit</i>

KUVIO 2. Haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät. (Hietanen ym, 2003, 34)

4.4 Haavojen jaottelu

Haavalla tarkoitetaan ihon tai sen alaisen kudoksen äkillistä vaurioitumista. Haava voi olla myös sairauden aiheuttama. Haavat jaotellaan yleisimmin haavan aiheuttajan, paranemisprosessin ja paranemisprosessin keston mukaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. (Hietanen ym. 2003, 17.)

Haavojen eri tyyppjä voidaan kuvailla kolmella eri sanalla: traumaattinen haava eli vulnus, sairauden synnyttämä haavauma eli ulcus ja paineen seurauksena kehoon tullut haava eli decubitus. Kun kudokseen kohdistuu suurempi voima kun kudoksen oma vetolujuus on, tuloksena on haava. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 182.)

Krooninen haava syntyy elimistön sisäisen sairauden seurauksena tai kun haava tulee esimerkiksi hankauksen, paineen tai kitkan seurauksena, kuten painehaava. Krooniseksi haava muuttuu, jos se ei ole parantunut 4 viikossa. Akuutit haavat voivat muuttua krooniseksi haavoiksi esimerkiksi silloin, kun leikkaushaava infektoituu. (Hietanen ym. 2003, 22.)

4.5 Kroonisen alaraajahaavan aiheuttavia syitä

Krooniset alaraajahaavat luokitellaan valtimo- ja laskimoperäisiin.

Valtimoperäisten haavojen taustatekijöitä ovat muun muassa valtimonkovetustauti, arteriovenoosi fisteli (valtimon ja laskimon välille syntyvä yhteys), pinnallinen laskimotulehdus, verisuonitulehdus eli vaskuliitti, verenpainetauti sekä vasospastiset sairaudet kuten Raynaudin oireyhtymä (valkosormisuus). Laskimoperäisten alaraajahaavojen taustalta löytyy usein krooninen laskimovajaatoiminta, joka johtaa pinta- ja syvien laskimoiden takaisinvirtaukseen. Yhdyslaskimoiden vajaatoiminta voi myös olla laskimoperäisen alaraajahaavan taustalla. (Hietanen ym. 2003, 137.)

Muita alaraajahaavan syitä ovat muun muassa ruiskutushoidon komplikaatiot sekä suonensisäisen lääkeruiskeen antamisesta aiheutuneet komplikaatiot. Näiden lisäksi alaraajahaavan aiheuttajia voivat olla lymfaödeema (imusuoniston toiminnanvajausten aiheuttama turvotus), erilaiset tulehdusperäiset sairaudet, kuten krooninen osteomyeliitti (luutulehdus), märkäbakteerin aiheuttama tulehdus sekä muut harvinaisemmat tulehdussairaudet. Systemisia ja metabolisia syitä alaraajahaavan taustalla ovat ulseratiivinen koliitti (haavainen paksusuolentulehdus), diabetes, sirppisoluanemia tai a-vitamiinipuutos eli a-vitamiinin puutos. (Hietanen ym. 2003, 137.)

4.6 ABI-mittaus alaraajahaavan diagnostiikassa

Yksi alaraajahaavan hoitomenetelmän valintaan keskeisesti vaikuttava tekijä on se, onko haava valtimo- vai laskimoperäinen. Tästä syystä valtimoverenkierron tila on aina selvitettävä ennen haavahoidon aloittamista. ABI-mittaus eli nilkka-

olkavarsipainesuhdemittaus on nopea ja helppo tapa selvittää potilaan valtimoverenkierron tilanne. (Krooninen alaraajahaava 2007.) ABI-mittaus voidaan tehdä perusterveydenhuollossa (Kunnamo 2010).

Mittauksen tekemiseen tarvitaan doppler-kynä, manuaalinen verenpainemittari, jossa on 10 - 12 cm levyinen mansetti, ultraäänigeeliä sekä taskulaskin. Potilaan tulee olla tupakoimatta ja juomatta energia- tai kofeiinipitoisia juomia vähintään kaksi tuntia ennen mittausta. Potilaan tulisi levätä makuuasennossa 15 - 20 minuuttia, kuitenkin vähintään 5 minuuttia. Potilaalta mitataan ensin systolinen verenpaine oikeasta olkavarresta etsimällä doppler-kynällä signaali radialis-valtimosta ranteesta. Tämän jälkeen potilaan molemmista nilkoista mitataan systolinen verenpaine sekä arteria dorsalis pedis että arteria tibialis posterior -valtimoista käyttäen doppler-kynää valtimosignaalin löytämiseen.

(Muistisairaudet 2010.) Arteria dorsalis pedis sijaitsee jalkapöydän päällä isovarpaan ojentajajänteen vieressä ja arteria tibialis posterior nilkan sisäisivulla kehräsluun takana (Bjälje ym. 2009, 256). Nilkan valtimoiden mittaustuloksista korkeampi lukema jaetaan olkavarresta saadulla tuloksella. Saatu suhdeluku kertoo alaraajan verenkierron tilasta. (Muistisairaudet 2010.) Välillä 0,9 - 1,3 oleva lukema kertoo normaalista alaraajan valtimoverenkierrosta. Alle 0,9 jäävä lukema kertoo heikentyneestä verenkierrosta ja kudosten hapenpuutteen eli iskemian riskin suurentumisesta ja yli 1,3 puolestaan viittaa mediaskleroosiin eli valtimoiden kovettumiseen, jolloin mittaustulos ei ole luotettava. (Käypä hoito 2007.)

4.7 Kroonisen alaraajahaavan esiintyvyys ja riskitekijät

Krooninen alaraajahaava on kansainvälisesti esiintyvä sairaus ja sitä tutkitaan monessa eri maassa. Länsi-Euroopassa kroonisen alaraajahaavan vallitsevuus on luokkaa 0,04 - 1,1 % ja Suomessa 0,09 - 0,8 %. Jossain vaiheessa elämää suomalaisista 1,3 - 3,6 % sairastaa kroonisen alaraajahaavan ja naisilla on suurempi riski sairastua kuin miehillä. Ikääntyminen moninkertaistaa riskin saada krooninen alaraajahaava. (Krooninen alaraajahaava 2007.) Suomessa on noin 15 000 alaraajahaavapotilasta, joiden ikä on yli 60 vuotta (Hietanen ym. 2003, 137).

Kuviossa 3 on lueteltu verenkiertoperäisten alaraajahaavojen riskitekijöitä ja

niiden ehkäisyyn käytettäviä keinoja.

Riskitekijä	Ehkäisy
Säären pintalaskimoiden vajaatoiminta	Laskimoiden vajaatoiminnan riittävän aikainen konservatiivinen ja tarvittaessa kirurginen hoito ehkäisee alaraajahaavan syntymistä tai uusiutumista
Ylipaino	Painon hallinta
Syvä laskimoveritulppa ja sitä seuraava posttromboottinen syndrooma	Syvän laskimotukoksen tehokas hoito ehkäisee laskimoiden vajaatoiminnan kehittymistä ja mahdollisesti vähentää laskimoperäisen haavan ilmaantumisriskiä
Tupakointi	Tupakoinnin lopettaminen (tupakointi heikentää myös leikkaushaavan paranemista, joten leikkausta suunniteltaessa tupakointi on lopetettava vähintään neljä viikkoa ennen toimenpidettä)
Diabetes	Diabeteksen ehkäisy; normaaleihin verensokeriarvoihin pyrkivä hoito

KUVIO 3. Verenkiertoperäisten alaraajahaavojen riskitekijät ja ehkäisy.

(Krooninen alaraajahaava 2007)

Kroonisia alaraajahaavoja muodostuu monista eri syistä, mutta yleisin syy haavojen taustalla on kuitenkin jonkinlainen laskimoverenkierron häiriö. Sairastumisen riskiä lisäävät muun muassa ylipaino, verenpainetauti, diabetes, sydämen ja munuaisten vajaatoiminta sekä ikä. (Hietanen ym. 2003, 140.)

5 KROONISEN ALARAAJAHAAVAN HOITO

Kroonisia alaraajahaavoja hoidetaan konservatiivisesti ja operatiivisesti. Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan haavan paikallishoitoa erilaisin haavahoitotuottein sekä turvotusta estävällä hoidolla. Operatiivinen hoito käsittää erilaiset kirurgiset toimenpiteet, kuten haavan eksisio (kirurginen puhdistus) ja erilaiset ihonsiirteet. (Holmia ym. 2008, 188.) Alaraajahaavan hoitotyö koostuu useasta eri osa-alueesta: turvotuksen ehkäisy ja hoito, itse haavan hoito eri menetelmineen ja tuotteineen, ihonhoito, ohjaus ja neuvonta (potilasohjaus) ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen (Hietanen ym. 2003, 151).

Haavahoidossa huomiota ja hoitoa kohdistetaan haavan hoidon lisäksi myös etiologisten tekijöiden korjaamiseen. Haavapotilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä määritetään hoidon tavoite ja siitä laaditaan kirjallinen hoitosuunnitelma. (Krooninen alaraajahaava 2007.) Haavan ja haavan hoidon kirjaamisella pyritään takaamaan ja varmistamaan haavan paranemisen seuranta sekä varsinaisessa hoitopaikassa kuten sairaalassa että jatkohoitopaikassa, esimerkiksi kotihoidossa. Kirjaaminen edellyttää haavahoidon kokonaisvaltaista tuntemusta: kirjaaja tunnistaa haavan paranemisen vaiheet, ymmärtää haavahoitomenetelmien merkityksen sekä tunnistaa kivunhoidon menetelmät. (Hietanen ym. 2003, 56-57.)

5.1 Turvotuksen hoito

Turvotuksenestohoito eli kompressioterapia on tärkeimpiä hoitomenetelmiä laskimoperäisen haavan hoidossa. Säännöllisellä turvotuksenestohoidolla voidaan saada aikaiseksi haavan paraneminen jopa muutamassa kuukaudessa ja jatkohoidossa tapahtuvalla kompressiohoidolla voidaan estää haavan uusiutuminen. (Krooninen alaraajahaava 2007.)

Turvotuksen estoon on mahdollista käyttää useita eri keinoja:

Asento- ja liikehoidot: verenkierron ylläpitämiseksi ja tehostamiseksi säännöllinen liikunta on tärkeä. Lihaspumpputoiminnan tärkeyttä on korostettava. Asento- ja liikehoitoa voidaan ohjata tehtäväksi myös vuodepotilaille. (Hietanen ym. 2003, 152.)

Tukisidokset eli kompressiosidokset: kompressiosidokset valitaan turvotuksen ja

potilaan tilanteen mukaan. Runsaselastisilla sukilla saadaan voimakas puristus ja ne sopivatkin parhaiten potilaille, jotka ovat passiivisia tai vuodepotilaita.

Runsaselastiset sidokset tulee aina poistaa yöksi. Vähäelastiset sidokset eivät ole niin voimakkaasti puristavia, joten ne sopivat liikkuville potilaille, joilla lihaspumpputoiminta on aktiivista. (Hietanen ym. 2003, 152-155.)

Lääkinnälliset hoitosukat: lääkinnällisten hoitosukkien kompressioluokka jaetaan kuuteen eri luokkaan puristusvoiman mukaisesti, siten että kompressioluokka 1 on kevytpaineisin ja luokka 6 kovin. Laskimoperäisillä alaraajahaavapotilailla yleisin paineluokka on 2-3. (Hietanen ym. 2003, 155.)

Jaksottainen painepuristushoito eli ventipress on laitehoito, jolla saadaan aikaan jaksottaista rytmisesti nousevaa painetta raajaan. Paine jäljittelee normaalia lihaspumpputoimintaa. Hoito sopii hyvin laskimoperäisiin turvotuksiin, mutta ei sovellu syvien laskimotukosten hoitoon. (Hietanen ym. 2003, 247.)

Painepuristushoito ei sovellu potilaille, joilla on haavainfektio, alaraajan tuore laskimotukos tai imunestekierron häiriöitä, jotka johtuvat esimerkiksi sädehoidosta tai kokonaan poistetuista imusolmukkeista (Krooninen alaraajahaava 2007).

Manuaalisessa lymfaterapiassa turvotusta voidaan ennalta ehkäistä ja myös poistaa olemassa olevaa turvotusta kehon nestevirtausta seuraavien hyvin kevyiden kädellä tehtävien liikkeiden avulla. Lymfan tarkoituksena on aktivoida kehon omaa imusuonitoimintaa. Hoidot aloitetaan kaulan imusolmukkeiden aktivoimisella ja usein myös vatsan alueen imusolmukkeiden avaamisella. Olennaisena osana lymfahoidon kokonaisuuteen kuuluu kompressiosidonnan tai lääkinällisten tuki- ja hoitosukkien käyttö. Lymfahoito koostuu kahdesta eri vaiheesta: turvotuksen poistosta ja saavutetun hoitotuloksen säilyttämisestä. (Hietanen ym. 2003, 246; Väisänen 2002.)

Hoitokokonaisuuden onnistumiseen tarvitaan hyvä hoitomyönteisyys ja pitkäjännitteisyyttä potilaan kohdalta, sillä lääkinällisten hoitosukkien ja kompressiosidosten käytön laiminlyöminen saattaa oleellisesti hidastaa turvotuksen poistumista (Hietanen ym. 2003, 246). Lymfahoitoihin saa Kelan korvausta ruusun (erysipelas), synnynnäisten imusolmukehäiriöiden tai imusolmukkeiden kirurgisen poiston ja sädehoidon jälkitiloihin (Väisänen 2002).

Haavan paikallishoito tehdään aina ennen lymfahoitoa, jotta välttyään sidosten turhalta avaamiselta. Sidokset on hyvä jättää lymfahoidon ajaksi avaamatta, tällöin haava pysyy lämpimänä ja kosteana. (Hietanen ym. 2003, 246.)

5.2 Haavan puhdistaminen

Haavan puhdistaminen aiheuttaa potilaalle kipua. Tästä syystä haavapotilaan hoitotyössä yksi tärkeimpiä elementtejä on kivunhoito. Kipua hallitsemalla haavaa voidaan hoitaa tarkoituksenmukaisesti. Kivunhoito vähentää potilaan ahdistusta ja pelkoa ja se vähentää esimerkiksi verenpainetta ja pulssin nousua.

Hoitomyönteisyyden takaamiseksi kivunhoito on oleellinen osa haavanhoitoa. Potilasta pyydetään kertomaan kivun sijainnista haavalla tai sen ympäristössä sekä milloin potilas tuntee kipua (hoidon aikana, liikkeessa, lepokipuna). Kivun voimakkuutta voidaan arvioida ja selvittää erilaisten kipumittareiden avulla. Mittareita on olemassa sanallisia ja numeraalisia. Hoitotyössä koettua kipua voidaan lievittää erilaisilla puudutevoiteilla, puudutesuihkeilla ja kipulääkkeillä. Päätös kivun lääkkeellisestä hoidosta tehdään aina yhdessä potilaan, hänen läheistensä, hoitajan ja lääkärin kanssa. (Hietanen ym. 2003, 96-101.)

Säärihaavan puhdistaminen katteesta, kuolleesta kudoksesta ja siihen muutoin joutuneesta vieraasta materiaalista on paranemista edistävää hoitotyötä.

Puhdistusmenetelmään vaikuttaa potilaan terveydentila, hoitopaikka sekä hoitajan oma osaaminen ja käytettävissä oleva välineistö. Haavaa puhdistetaan useita kertoja ja mahdollisesti myös erilaisia puhdistusmenetelmiä käyttäen. (Hietanen ym. 2003, 72.)

Duodecimin julkaisussa 2007/7 kirurgit Vesa Juutilainen ja Tarja Niemi (2007) ovat koonneet yhteen erilaiset haavan puhdistusmenetelmät, jotka on lueteltu alla.

Kirurginen puhdistus l. eksisio: leikkaussalissa tehtävä eksisio on invasiivisin ja tehokkain tapa poistaa haavasta kuollut nekroottinen kudos. Toimenpide suoritetaan leikkaamalla kuollut kudos pois seuraten terveen kudoksen reunoja. Tällöin myös krooninen haava muuttuu akuutiksi.

Haavarevisio: toimenpiteessä käytetään kirurgin veistä, saksia ja pinsettiä ja se tehdään paikallispuudutuksessa. Revisio ulotetaan terveen ja sairaan kudoksen rajapintaan. Tätä suositellaan, kun haava on nekroottinen, selkeästi katteinen tai siinä on vierasta materiaalia. Revisiota ei suositella silloin, kun potilaalla on kuiva, tulehtumaton nekroosi alaraajassa, jossa epäillään valtimoverenkierron häiriötä.

Haavan mekaaninen puhdistus: mekaaninen puhdistus tehdään yleensä kauhalla, pinsetillä, saksilla ja kyretillä. Mekaaniseksi puhdistukseksi katsotaan myös kylvetykset ja suihkuttelut. Instrumenteilla tapahtuva puhdistus aiheuttaa yleensä kipua, jolloin kipulääkitys ja puuduteaineiden käyttö on tarpeen.

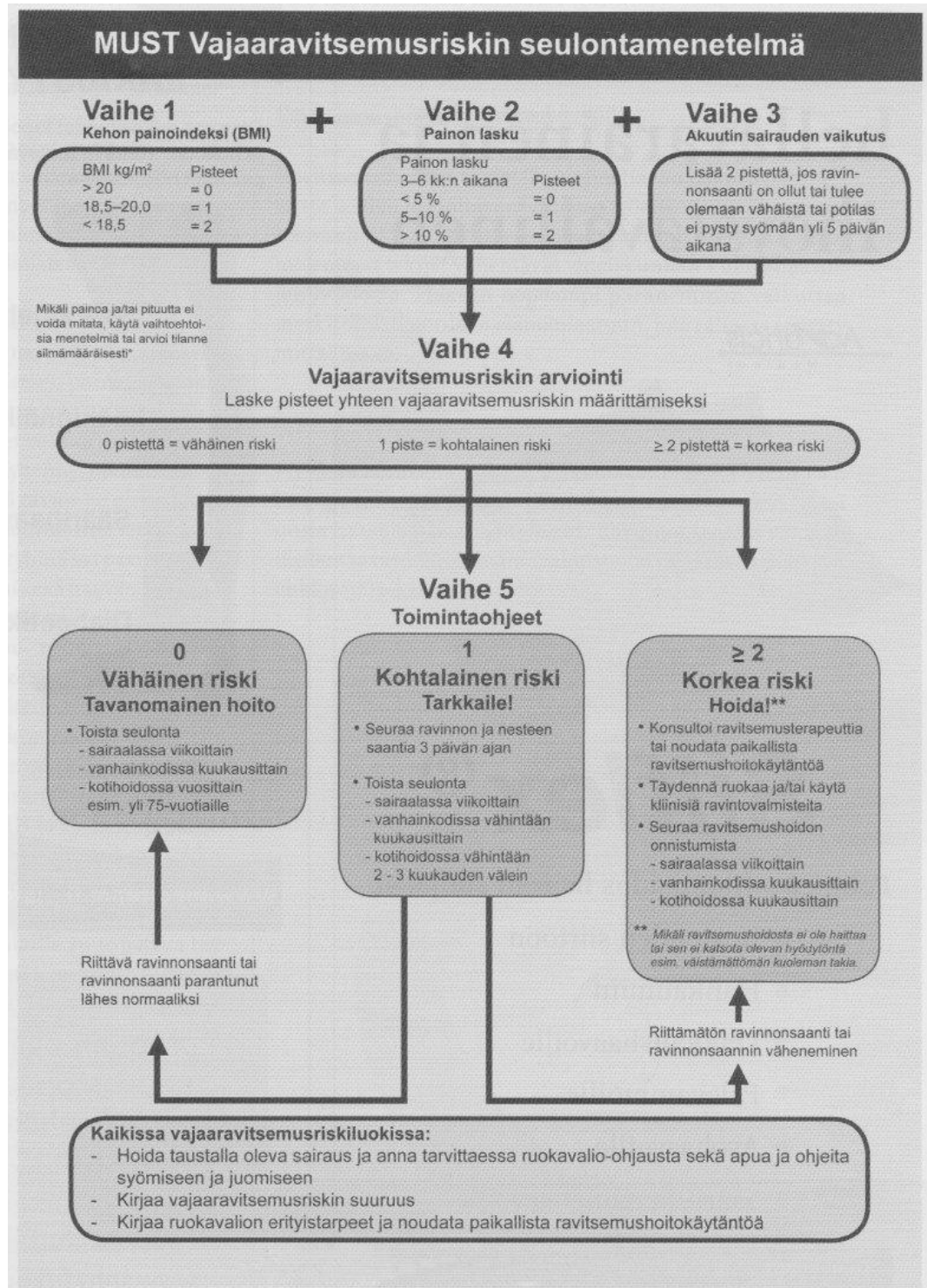
Autolyyttinen puhdistus: hoidossa elimistön omat proteolyttiset entsyymit ja makrofagit hajottavat nekroottista kudosta. Haava pidetään kosteana hydrogeeleillä. Autolyyttisen puhdistuksen suuri etu on sen kivuttomuus.

Entsyyminen puhdistus: haavanhoitotuotteen aktiiviset proteolyttiset entsyymit hajottavat nekroottista kudosta mutta eivät vahingoita elävää kudosta. Hoito on helppo toteuttaa eikä se aiheuta potilaalle kipua.

Biologinen puhdistus: haavalle asetetaan steriilisti viljeltyjä kärpäsen toukkia (*Lucilia sericata*), jotka on yleensä pakattu hoitopussiin. Toukat ovat haavassa 2-3 päivää ja toukkien tuottamat voimakkaat proteolyttiset entsyymit hajottavat nekroottista kudosta mutta eivät vahingoita tervettä kudosta. Toukat vaikuttavat lisäksi antimikrobisesti ja tehoavat myös resistentteihin bakteerikantoihin. (Juutilainen & Niemi 2007.)

5.3 Ravitsemuksen merkitys haavapotilaan hoidossa

Ravitsemustilan arvioimiseen on kehitetty erilaisia testejä kuten MNA (Mini Nutritional Assessment) tai MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Jälkimmäistä erityisesti suositellaan käytettäväksi avohoidossa olevien potilaiden ravitsemustilan arvioimiseen. MUST-seulassa tarkastellaan potilaan painoindeksiä, painon muutoksia sekä akuutin sairauden vaikutuksia ja näiden perusteella arvioidaan potilaan vajaaravitsemuksen riskiä. Kuviossa 4 näkyy MUST-seulontamenelmän prosessikuvaus. (Eriksson 2010, 40.)



KUVIO 4. MUST vajaaravitsemuksen seulontajärjestelmä (Eriksson 2010, 41)

MNA-testi on useissa maissa käytössä oleva yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin suunniteltu työkalu. Testi jakaa ikääntyneet kolmeen ryhmään ravitsemustilan mukaan: virhe- tai aliravitsemuksesta kärsivät,

virheravitsemusriskissä olevat sekä ne, joilla on hyvä ravitsemustila. Testin tavoitteena on löytää ajoissa ne potilaat, joilla on riski ongelmiin ravitsemustilan suhteen. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 31.) MNA-testin ongelmana on se, että dementiapotilaat eivät usein pysty itse vastaamaan testiin, jolloin vastaukset antaa joko hoitaja tai omainen. Tällöin on vaarana, että vastaukset kuvaavat ennemminkin vastaajan omia käsityksiä tilanteesta kuin todellista tilannetta. (Suominen 2007, 46.)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida myös muilla arviointikriteereillä. Painon lasku, yleiskunnon heikkeneminen, kotiaskareiden tekemättä jääminen, sosiaalisen elämän kaventuminen tai jatkuva sairastelu voivat niin ikään kertoa ravitsemustilan puutoksista. Pelkkä painoindeksi ei anna koko kuvaa ravitsemustilasta, koska ylipainoinen potilaskin voi kärsiä ravinteiden puutoksesta. (Eriksson 2010, 40.) Vajaaravitsemus voi olla paitsi liian vähäistä kalorien saantia, myös vitamiinien ja kivennäisten puutosta (Iivanainen & Syväoja 2008, 295). Ravinteet eivät välttämättä imeydy ruuansulatuselimistöstä kunnolla, vaikka potilas syö riittävästi, mikä johtaa vajaaravitsemustilaan. Ruuansulatuselimistön häiriöt, kuten ummetus tai ripuli sekä monet sairaudet voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Dementiapotilaat eivät välttämättä tunnista näläntunnetta ja jättävät siksi ruuan syömättä. (Harris & Fraser 2004, 56.)

Haavapotilaan ravinnontarve on suurempi kuin terveeseen, normaalipainoisen henkilön. Haavan paranemisprosessiin liittyvä inflammaatiovaihe, solujen ja verisuonien uudistumisprosessi sekä kollageenin muodostuminen lisäävät energian, proteiinien, kivennäisten ja vitamiinien tarvetta haavapotilaalla. (Harris & Fraser 2004, 57.) Perusterveen ihmisen energian tarve on noin 30-35 kcal painokiloa kohden vuorokaudessa. Rungas fyysinen aktiivisuus lisää energiantarvetta. Kroonisista haavoista kärsivän potilaan energiantarve on suurentunut ja on noin 35-40 kcal/kg/vrk. (Eriksson 2010, 40-41.) Ikääntyneillä, muistisairailta ja kroonisesti sairailta potilailla ravinnonsaanti ja yleinen ravitsemustila on usein heikentynyt (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 17).

Haavapotilas tarvitsee proteiinia enemmän kuin terve ihminen. Terveen ihmisen proteiinin tarve on noin 1 g painokiloa kohden vuorokaudessa, mutta haavapotilaalla tarve voi olla 1,5-2 grammaa painokiloa kohden. Proteiinia tarvitaan kudosten muodostumiseen ja kehon puolustusjärjestelmän ylläpitämiseen. Liian vähäinen proteiinin saanti heikentää kollageenin muodostumista, mikä puolestaan vaikuttaa haavan vetolujuuteen. Proteiinin vähyys hidastaa myös haavan sulkeutumista. (Eriksson 2010, 40-41.) Proteiinin puutos johtaa kudosturvotukseen, mikä heikentää kudosten hapetusta ja niin ollen myös haavojen paranemista (Harris & Fraser 2004, 57). Iäkkäillä potilailla proteiinin saanti on usein liian vähäistä yksipuolisen ruokavalion takia. Ikääntyneille haavapotilaille runsasproteiininen ruokavalio olisi kuitenkin tärkeä osa haavan paranemisprosessia, sillä proteiini lisää insuliininkaltaisen kasvutekijän IGF-1:n pitoisuutta veressä ja tätä kautta tukee kudosten uusiutumista. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 17.) Aminohapoista arginiinilla tiedetään olevan merkitystä haavan paranemisprosessissa. Se muun muassa lisää kollageenin muodostumista ja parantaa immunitettä. Krooniset haavat usein myös erittävät runsaasti, mikä osaltaan lisää proteiinin tarvetta, koska suuri osa eritteestä on proteiinia. (Eriksson 2010, 40-41.) Haavaeritteen mukana elimistöstä voi poistua jopa 100 g proteiinia vuorokaudessa (Harris & Fraser 2004, 57). Jotta proteiinia olisi mahdollista käyttää kehon rakennusaineena, kehon tarvitsema energia tulisi saada pääasiassa hiilihydraateista ja rasvoista (Eriksson 2010, 41).

Myös vitamiineilla on osuutensa haavan paranemisprosessissa. C-vitamiini lisää kollageenin muodostumista ja sitä kautta nopeuttaa haavan paranemista. C-vitamiinin tarpeen määrittelee haavan koko ja vaikeusaste. A-vitamiini puolestaan tehostaa immunitettä ja vaikuttaa näin tulehduksia ehkäisevästi. Lisäksi A-vitamiini stimuloi haavan epitelisaatiota. E-vitamiini ja seleeni ovat tehokkaita antioksidantteja, jotka tukevat elimistön omaa vastustuskykyä ja kudosten uudistumista. Sinkkiä tarvitaan edistämään solujen jakautumista ja haavan epitelisaatiota. Sinkki parantaa osaltaan myös haavan vetolujuutta yhdessä C-vitamiinin kanssa. (Eriksson 2010, 41.) Myös rauta edistää solujen uudismuodostusta ja haavan paranemista proliferaatiovaiheessa (Harris & Fraser

2004, 57). Ikääntyneillä C- ja D-vitamiinin sekä sinkin saanti on usein heikentynyt yksipuolisen tai liian vähäisen syömisen sekä liian vähäisen juomisen takia. D-vitamiinia suositellaan annettavaksi ikääntyneille 20 µg vuorokaudessa ympäri vuoden. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 17- 23.)

Alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 1) on lueteltu tärkeimpien ravinteiden tarve terveellä ja kroonisesta haavasta kärsivällä potilaalla.

TAULUKKO 1. Ravintoaineiden tarve terveellä ja haavapotilaalla (Eriksson 2010, 40).

Ravintoaine	Haavapotilaan tarve	Terveen ihmisen tarve
Energia	35-40 kcal/kg/vrk	n. 30 kcal/kg/vrk
Proteiini	1,5-2 g/kg/vrk	. 1 g/kg/vrk
Arginiini	5-30 g/vrk	--
C-vitamiini	100-2000 mg/vrk	75 mg/vrk
E-vitamiini	10-270 mg/vrk	8-10 mg/vrk
A-vitamiini	800-2000 µg/vrk	700-900 µg/vrk
Seleeni	50-200 µg/vrk	40-50 µg/vrk
Sinkki	10-30 mg/vrk	7-9 mg/vrk

Jos haavapotilas ei pysty syömään tarpeeksi tavallista ruokaa tarpeellisten ravinteiden saamiseksi, tulee potilaalle harkita täydennysravintovalmisteiden käyttämistä (Eriksson 2010, 41). Täydennysravintovalmisteita tulisi käyttää säännöllisesti siihen asti, kunnes haava on parantunut. Haavapotilaille on olemassa omia runsasproteiinisia valmisteita, joita on suositeltavaa käyttää vähintään yksi pakkaus päivässä useiden viikkojen ajan. (Ravitsemushoito 2010, 180.) Eri valmistajilla on omat tuotteensa haavapotilaita varten.

6 OPASKIRJAN TEKEMINEN

Oppaiden tarkoituksena on antaa ohjausta ja neuvontaa ja luoda kuvaa ohjattavasta aiheesta. Käytännön hoitotyön tarpeiden tulisi olla oppaan kirjoittamisen lähtökohtana. Opasta kirjoitettaessa tulee miettiä, kenelle opas on tarkoitettu. Kuten muussakin asiatekstissä, tärkein asia sijoitetaan tekstikappaleen alkuun. Yksi tärkeimpiä tekijöitä luettavuuden kannalta ovat otsikot ja väliotsikot. Pääotsikon lisäksi ohjeessa on väliotsikoita, jotka antavat tekstille rakennetta ja jakavat tekstin sopivan mittaisiksi kokonaisuuksiksi. Hyvä väliotsikko kertoo aiheen oleellimmän asian. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34-40.) Oppaan sisällön tulisi edetä loogisessa järjestyksessä siten, että asiat liittyvät toisiinsa luontevasti. Asiat esitetään tärkeysjärjestyksessä siten, että tärkein asia tulee ensin. (Hyvärinen 2005, 1969-70.) Kappalejaossa noudatetaan hyvää yleissääntöä, että yhdessä kappaleessa kerrotaan vain yhdestä asiakokonaisuudesta (Torkkola ym. 2002, 43).

Kuvia käytetään opaskirjoissa täydentämään ja tukemaan tekstiä. Lisäksi kuvat voivat auttaa ymmärtämään oppaan sisältöä. Kuvien ohkeen tulisi aina liittää kuvateksti, joka selkiyttää kuvan sisältöä ja kertoo kuvasta sellaista, mitä ei välttämättä pelkästä kuvasta suoraan näe. Kuvan tulisi aina liittyä asiayhteyteen ja turhien kuvien käyttämistä vain tyhjän tilan täyteenä tulisi välttää. (Torkkola ym. 2002, 40.) Tässä opinnäytetyössä haavahoito-oppaan kuvien tarkoituksena on muun muassa havainnollistaa haavaluokituksia, koska pelkän sanallisen kuvauksen perusteella on erittäin vaikeaa saada todellista kuvaa haavojen ulkonäöstä. Tekijänoikeuskysymykset on otettava huomioon kuvia käytettäessä. Olemme saaneet luvan kuvien käyttöön Bitelabilta, lisäksi Steripolar ja Mölnlycke tarjoavat käyttöömme haavahoitomateriaalia sekä kirjallisessa muodossa että haavahoitotuotteina.

Opaskirjan tekstin tulee olla selkeää, hyvää kirjakieltä. Vieraskielisiä ilmaisuja tulisi välttää, mikäli sopiva suomenkielinen käsite on olemassa. Monimutkaisia virkkeitä tulisi välttää. (Torkkola ym. 2002, 42-43.) Yleisesti ottaen opaskirjoissa tulisi välttää ammattislangia (Torkkola ym. 2002, 42), mutta koska tämän opinnäytetyön kohdalla kyse on hoitoalan ammattilaisille suunnatusta tekstistä, ammattisanaston käyttö on perusteltua. Opaskirjassa on myös hyvä olla mukana

viitteet lisätietojen hankkimista varten (Torkkola ym. 2002, 44). Haavahoitooppaaseen on tarkoitus liittää viittaukset lähteisiin, joista lukija voi halutessaan hakea lisätietoa aiheesta.

Opaskirjan taitto eli tekstin ja kuvien asettelu vaikuttaa oppaan luettavuuteen. Hyvin suunniteltu taitto antaa oppaasta kaikin puolin vakuuttavamman vaikutelman, vaikka itse sisällössä ei olisikaan eroa huonosti taitettuun oppaaseen verrattuna. Opas ei saisi olla liian täyteen sullottu sekamelska, vaan kuville ja tekstile tulee antaa riittävästi tilaa. (Torkkola ym. 2002, 53.) Asettelumallien käyttäminen helpottaa oppaan rakentamista, kun tekijä voi keskittyä sisällön tuottamiseen jatkuvan asettelun sijaan. Monisivuisen oppaan asettelussa vaakataitto on toimivin ratkaisu. Marginaaleilla lisätään oppaan ilmapuutusta, mutta kaikkien marginaalien ei tarvitse olla saman levyisiä. Palstoituksella vaikutetaan tekstin luettavuuteen. Liian leveät palstat tekevät oppaasta raskaslukuisen. Rivinväliä suurentamalla tekstistä saadaan ilmapuutusta. Fonttia eli kirjasintyyppiä valittaessa tärkeintä on tekstin luettavuus. Liian moninaisia tyylikeinoja ei tule käyttää, ettei tekstistä tule liian sekavan näköistä. (Torkkola ym. 2002, 55-60.)

Opinnäytetyön tuotoksena tehtävä opaskirja on tarkoitus tuottaa sähköisessä muodossa siten, että ohje on päivitettävissä ja tarvittava tieto on haettavissa hakusanalla. Opaskirjan ylläpidosta vastaa toimeksiantaja.

7 POTILASOHJAUS

Potilasohjauksessa on aina läsnä kaksi osapuolta, hoitaja oman ammattialansa asiantuntijana ja potilas puolestaan oman elämänsä. Hoitaja ja potilas arvioivat yhdessä potilaan ohjauksen tarvetta riippuen ohjattavasta asiasta sekä potilaan taustoista. Potilaan tilanne ja mahdollisuudet sitoutua omaa terveyttään tukevaan toimintaan tulisi kartoittaa huolella, jotta asiakkaan tarpeisiin voitaisiin vastata. Kaikkia potilaita ei voi ohjata samalla tavalla, koska jokaisen potilaan ohjaustarve on yksilöllinen. Myös potilaan tai hänen omaistensa käsitykset potilaan ohjauksen tarpeesta voivat olla ristiriidassa keskenään. Potilaan tahto on kuitenkin ensisijainen silloin, kun potilas on kykeneväinen huolehtimaan omista asioistaan, ottamaan vastuuta itsestään ja hoidostaan ja ymmärtämään saamiaan ohjeita. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26-36.)

Potilaan ohjaustarpeita arvioitaessa on otettava huomioon, kuinka kauan potilas on jo sairastanut ja miten paljon potilaalla on jo tietoa omasta sairaudestaan. Vasta sairastuneen, kriisivaihetta elävän potilaan kyky vastaanottaa ohjausta on rajallisempi kuin jo pitempään sairastaneella potilaalla. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

Haavapotilaan ohjaus tapahtuu sekä kirjallisen että suullisen ohjauksen kautta. Potilas tarvitsee tietoa paitsi itse haavasta, myös sen aiheuttajasta. Haavan paranemista edistää, jos potilas ymmärtää omien elämäntapojensa vaikutuksen haavan paranemiseen tai haavojen synnyn ennaltaehkäisyyn. Haavapotilaan kanssa tulee käydä läpi haavahoitoon liittyviä asioita, kuten hoidon tavoite, oletettu paranemisaika, haavahoitotuotteet ja niiden käyttö ja säilytys, haavainfektion oireet, hoito ja ehkäisy, haavahoidon vaikutus jokapäiväiseen elämään ja jatkohoitoon liittyvät seikat. (Hietanen ym. 2003, 253-254.)

Potilasohjaustilanne on vuorovaikutustilanne, jossa vaikuttavat sekä sanalliset että sanattomat viestintäkeinot. Onnistunut vuorovaikutustilanne on yhdenvertaista neuvottelua, yhteistyötä ja vastavuoroista päätöksentekoa. (Paunonen 2000, 11-13.) Hyvään vuorovaikutukseen pääseminen vaatii osapuolilta aitoa kuuntelemista ja pyrkimystä ymmärtää toisen osapuolen näkökulmia (Frisk 2005, 18). Potilas ja hoitaja yhdessä luovat toiminnan tavoitteet, joihin he sitoutuvat. Potilailla on yleensä melko rajalliset tiedot omasta tilastaan, mikä heikentää

potilaan kykyä määritellä itse omat hoitoon liittyvät tarpeensa. Tietyissä määrin potilaan ohjaus on aina tiedon siirtoa hoitajalta potilaalle, mutta oppimistilanteen ei tarvitse olla pelkkää ulkoa opettelua. Potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta oppimaan. Alkuvaiheessa potilas tarvitsee paljon ohjeita, mutta oppimisprosessin edetessä potilaasta kehittyä oman hoitonsa itsenäinen toteuttaja, joka pystyy ainakin osittain itsenäiseen toimintaan ja päätöksentekoon. (Paunonen 2000, 11-13.) Hoitajan tulee ymmärtää, mikä motivoi potilasta omahoidossa ja käyttää tätä tietoa hyväkseen potilasohjauksessa (af Ursin & af Ursin 2002, 43). Haavapotilaan ohjauksessa on tärkeää, että ohjaaja käyttää selkeää ja ymmärrettävää kieltä ja helppolukuista potilasohjausmateriaalia. Kuvat havainnollistavat vaikeasti selitettäviä asioita, kuten sidosten kiinnittäminen tai haavan ulkonäkö. Oppimista tukee myös potilaan itsenäisen toiminnan seuraaminen ja mahdollisiin ongelmakohtiin puuttuminen. (Hietanen ym. 2003, 255.)

Potilasohjaustilanteissa vuorovaikutukseen potilaan ja hoitajan välillä vaikuttaa koko se elämänsä historia ja minäkuva, joka vuorovaikutustilanteeseen osallistujilla on. Hoitaja voi auttaa potilasta muodostamaan itselleen uudenlaista minäkuva ja löytämään omat voimavaransa ja mahdollisuutensa. (Lipponen ym. 2006, 24-25.) Joskus potilaan on vaikea kohdata oma haavansa sen epämiellyttävän ulkonäön tai hajun vuoksi. Tämä luo omat haasteensa potilasohjaukselle. Ohjaus yleensä vähentää haavaan liittyvää pelkoa ja lisää turvallisuudentunnetta ja osallistumista haavahoitoon, mutta potilaan voimavarojen rajallisuutta on kuitenkin kunnioitettava. Potilasta ei voi pakottaa osallistumaan oman haavansa hoitoon, mikäli hän ei siihen kykene. (Hietanen ym. 2003, 251-255.)

Ohjaustilanteet voivat olla hyvin intiimejä tilanteita, joissa potilas on haavoittuvassa tilassa ja altis loukkaantumisen tunteille. Empatia, kunnioitus, luottamus ja välittäminen ovat avaintekijöitä hyvässä vuorovaikutustilanteessa potilaan ja hoitajan välillä. Potilaat kokevat myönteisinä seikkoina myös kuulluksi tulemisen, vakavasti ottamisen, potilaaseen luottamisen ja mahdollisuuden osallistua omaan hoitoon. (Lipponen ym. 2006, 24-25.)

Vuorovaikutustilanteet potilaiden kanssa koostuvat paitsi verbaalisesta viestinnästä, hyvin suurelta osin myös nonverbaalista, sanattomasta viestinnästä.

Potilaat muistavat näkemästään 75% ja kuulemastaan 10%. Tehokkaimmin potilaat muistavat asiat, jotka on kerrottu käyttämällä sekä näkö- että kuuloaistia. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Ohjauksessa tulisikin käyttää useita eri menetelmiä parhaan tuloksen aikaan saamiseksi. Tavoitteena on asian syvälinen ymmärtäminen ja kyky soveltaa uutta tietoa. Oppiminen edellyttää kertaamista ja useampia opettelukertoja tarpeeksi pieninä kokonaisuuksina, jotta potilas pystyy tallentamaan opetetut asiat mieleensä. Aiempi tietämys aiheesta helpottaa muistamista ja uuden oppimista. Muistamista helpottavat myös hakuvihjeet, avainsanat ja alleviivaukset. (Härmä & Granö 2010, 22-27.) Oppiminen on tehokkainta silloin, kun ohjaus kestää korkeintaan 20 minuuttia (af Ursin & af Ursin 2002, 105). Potilaalle annettu kirjallinen materiaali ei saisi jäädä irralliseksi muusta ohjauksesta, vaan sen tulisi tukea ohjauskeskustelussa läpikäytyjä asioita (Kyngäs ym. 2007, 73). Asioita kerrattaessa tulisi varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet (Härmä & Granö 2010, 44). Potilaan tulee ymmärtää, miksi on tärkeää omaksua ohjauksessa esille otetut asiat. Haavan syntyyn ja paranemiseen liittyvän tiedon lisääntyminen aktivoi potilaan mielenkiintoa omahoitoa kohtaan ja motivoi paranemista tukevaa käyttäytymistä. Tiedon antaminen on kuitenkin vain yksi osa ohjausta. Tärkeämpään rooliin nousee potilaan motivoiminen esimerkiksi elämäntapojen muuttamiseen. Tässä on hyvä käyttää potilaan jo olemassa olevia voimavaroja hyväksi ja kannustaa potilasta itse pohtimaan haavahoitoon liittyviä, paranemista tukevia tekijöitä. (Hietanen ym. 2003, 252-253.)

7.1 Potilasohjauksen eettiset näkökulmat

Etiikka määritellään yleensä opiksi hyvästä ja pahasta, ja sen avulla voidaan määritellä hyviä ja oikeita toimintatapoja suhteessa toisiin ihmisiin. Hoitotyössä eettiset kysymykset ovat aina läsnä, kun potilas ja hoitaja ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Hoitajan työtä ohjaavat paitsi lait ja asetukset, myös ammattietiikan periaatteet sekä kunkin hoitajan omat, henkilökohtaiset käsitykset. Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat eettiset periaatteet koskevat jokaista terveydenhuollossa toimivaa henkilöä. Näitä eettisiä periaatteita on kuusi: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, hyvinvointia

edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Lipponen ym. 2006, 6-7.)

Yksi terveydenhuollon keskeisistä eettisistä tavoitteista on potilaan autonomian kunnioittaminen ja tukeminen (Ryynänen & Myllykangas 2000, 112). Itsemääräämisoikeus on ihmisarvon peruselementtejä. Ihminen on ainutkertainen yksilö, jolla on oikeus tehdä päätöksiä oman elämänsä suhteen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137.) Lähtökohtaisesti potilasta tulee tukea mahdollisimman suureen autonomiaan ja tukea potilaan omaa kykyä hoitaa itseään. Silloinkin, kun potilaan kyky tehdä omia, itsenäisiä ratkaisuja sairauden takia on heikentynyt, potilaan päätäntävaltaa itsensä ja hoitonsa suhteen tulee kunnioittaa potilaan sairauden antamissa rajoissa. Niissä tilanteissa, joissa potilaan autonomiaa joudutaan rajoittamaan, tulee rajoitukset minimoida. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 112-113.) Ihmiset ovat kuitenkin tässäkin asiassa yksilöitä – jotkut antavat vastuun päätöksistä mielellään hoitohenkilöstölle. Hoitajan on varmistuttava siitä, että potilas kykenee tekemään päätöksiä saamansa informaation pohjalta. Tieto tulisi antaa potilaalle mahdollisimman selkeässä muodossa, ilman ammattisanastoa. Mikäli vaikuttaa siltä, että potilaan tekemät päätökset ovat haitallisia hänen terveydelleen, potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 128-130.) Potilaan itsemääräämisoikeus ei saa rajoittaa tai loukata muiden ihmisten autonomiaa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 138).

Vanhusten, dementiaa sairastavien tai psykiatristen potilaiden kohdalla autonomian pyrkimys ei aina toteudu toivotulla tavalla. Potilaan päätöksentekokyky saattaa olla heikentynyt iän tai sairauden takia. Jos potilas ei kykene ilmaisemaan tahtoaan hoitonsa suhteen, läheiset ja hoitajat tulkitsevat tilannetta parhaan kykynsä mukaan. Potilaan päätöksentekokykyä voidaan kartoittaa muun muassa esittämällä potilaalle kysymyksiä juuri kerrotuista asioista ja näin pyrkiä selvittämään, onko potilas ymmärtänyt saamansa informaation. Potilaalle tulee antaa myös mahdollisuus kysyä epäselviksi jääneitä asioita. Tarvittaessa potilaan ohjaus toteutetaan useammalla eri keinolla parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 131-132.)

Potilaiden yksityisyyden kunnioittaminen on asia, joka on otettava huomioon hoitotilanteessa. Oman kehon paljastaminen on joillekin potilaille vaikeaa, ja osa potilaista viihtyy parhaiten yksin omassa huoneessaan. Osa potilaista sen sijaan suhtautuu asiaan luontevasti ja jakaa mielellään hoitokokemuksiaan potilastovereiden kanssa. Hoitajalta vaaditaan taitoa arvioida potilaan yksityisyyden tarvetta. Ihmisen henkilökohtainen reviiri on alue, jonka koko ja muoto vaihtelevat yksilöstä toiseen. Myös ihmisten suhtautuminen omalle reviirille tunkeutumiseen vaihtelee. Jotkut suhtautuvat luontevasti vieraan ihmisen läheisyyteen ja toivottavat kosketuksen tervetulleeksi, kun osa ihmisistä haluaa pitää välimatkaa muihin ihmisiin ja he myös kokevat vieraiden kosketuksen ja liiallisen läheisyyden epämiellyttävänä. Hoitajan kunnioittava suhtautuminen potilaan yksityisyyteen sekä riittävä tiedon antaminen tulevasta toimenpiteestä helpottavat yleensä henkilökohtaiselle reviirille tulemisen aiheuttamaa ahdistusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 134-135.)

Joskus potilaiden hoito tapahtuu potilaan kotona. Tällöinkin tulee hoitohenkilökunnan muistaa yksityisyyden kunnioittaminen esimerkiksi elintapojen kartoituksessa tai missä tahansa potilaan henkilökohtaiseen elämään liittyvässä asiassa. Potilaalle on tärkeää selvittää, miksi hänen yksityisistä asioistaan kysellään. Potilas saattaa jättää kertomatta jotain oleellista itsestään, jos hän kokee yksityisyyttään loukattavan. Tämä saattaa vaarantaa sekä potilaan että hoitajien turvallisuuden, mistä johtuen potilaalle olisi hyvä painottaa hoitoon liittyvien asioiden luottamuksellisuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 133-136.)

7.2 Muistisairaahan ohjaaminen

Ihmisen aivot ovat tehokkaimmillaan noin 20 vuoden iässä. Vanhetessa aivoissa tapahtuu muutoksia, jotka eivät normaalissa ikääntymisessä kuitenkaan haittaa elämää. (Härmä & Granö 2010, 77.) Kun nimet ja sovitut tapaamiset alkavat unohtua, saattaa kyseessä olla muistihäiriö, joka hoitamattomana johtaa jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisen heikentymiseen (Erkinjuntti & Huovinen, 2008, 23).

Joka kolmas 65 vuotta täyttäneistä ilmoittaa kokevansa muistioireita. Suomessa on arvioitu olevan noin 120 000 henkilöä, joilla on havaittavissa lievää

heikentymistä kognitiivisissa toiminnoissa, ja 120 000 henkilöä kärsii joko lievästä tai keskivaikeasta dementiasta. Suurin yksittäinen riskitekijä dementian synnyssä on ikääntyminen yhdessä muiden aivojen toimintaa heikentävien tekijöiden kanssa. Kohonnut verenpaine, dyslipidemia (rasva-aineenvaihdunnan häiriö), sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, tupakointi, ylipaino sekä fyysisen aktiivisuuden vähäisyys ovat tavallisia dementian syntyyn liittyviä riskitekijöitä. (Muistisairaudet 2010.)

Ikääntyneen dementiapotilaan ohjaamiseen liittyy erityiskysymyksiä, jotka on hyvä ottaa huomioon potilaan ohjausta suunniteltaessa. Ikääntyneen potilaan ohjaustarve on erilainen kuin lapsen ja nuoren, koska ikääntyneen näkö ja kuulo voivat olla heikentyneet. Tämä asettaa rajoituksia sekä suullisen että kirjallisen ohjeistuksen vastaanottamiselle. (Kyngäs ym. 2007, 29.) Muistisairaana potilaan kohdalla huomioon otettavaa on, että potilaan lähimuisti on huono tai olematon. Dementiapotilaan lukutaito kuitenkin usein säilyy huomattavan pitkään. Dementiapotilaan ohjauksessa on hyvä käyttää erilaisia muistin tukikeinoja, kuten selkeästi kirjoitettuja viestejä. Myös rauhallinen ympäristö ja tutut ratkaisut tukevat dementiapotilaan oppimista. (Iivanainen & Syväoja 2010, 817.) Muistisairas potilas tarvitsee usein myös toistuvaa ohjausta (Kyngäs 2007, 29).

Kirjallisissa ohjeissa pidättäydytään lyhyissä ja yksinkertaisissa lauseissa ja vältetään vaikeita, monipolvisia lauserakenteita. Potilas voi olla passiivinen ja aloitekyvytön, jolloin toimeen ryhtyminen voi edellyttää ohjaajan aloitetta. Ohjattuna potilas voi kuitenkin kyetä suorituksiin, joihin ei itsenäisesti kykenisi. Toisaalta muistisairaana toiminta voi muuttua hätäiseksi ja kaikki pitäisi saada heti valmiiksi, jolloin potilas helposti hermostuu ja menettää malttinsa. Omaisia ja läheisiä haastatteleamalla saadaan usein sellaista tietoa muistipotilaasta, jota tämä ei itse enää kykene antamaan. Erityisesti läheiset osaavat kertoa potilaassa tapahtuneista muutoksista. (Kuikka, Pulliainen, Salo & Erkinjuntti 2007.)

8 KOULUTUSTILAISUUDEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Oppimiseen tarvitaan motivaatio, sillä motivaation puute johtaa helposti oppimisen epäonnistumiseen. Oppiminen on sekä nopeampaa että helpompaa, kun opetettava aihe on käytännönläheinen ja sillä on yhtymäkohtia oppijan omaan elämään. Parhaaseen tulokseen päästään tarjoamalla aikuiselle oppijalle tietoa, jonka hän kokee hyödylliseksi ja jota hän voi käyttää omassa työssään. (Rogers 2004, 26-45.)

Koulutusta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, että koulutuksen sisältö ja koulutusmenetelmät soveltuvat kyseiseen koulutukseen ja ovat tarkoituksenmukaisia asetettuihin tavoitteisiin nähden. Opetettavien asioiden rytmittäminen noin 20 minuutin pituisiin jaksoihin tehostaa oppimista ja muistamista. Aiheen tai luennoitsijan vaihtuminen, keskusteluhetken järjestäminen tai tauon pitäminen tehostaa asioiden mieleen jäämistä. (af Ursin & af Ursin 2002, 105.)

Koulutustilaisuuden aluksi luennoitsijan tulee esittäytyä. Esittäytymisen ei tarvitse olla pitkä, mutta siinä tulee mainita oma nimi, luennoitsijan pätevyys ja mitkä tavoitteet hän esitykselleen on asettanut. Epävirallisesti voi kertoa jotain itsestään ja siitä, kuinka kovasti itse on esittelemästään asiasta kiinnostunut. (Rogers 2004, 133.) Koulutustilaisuudesta myöhästyjiä ei pidä jäädä odottamaan, vaan tulee noudattaa ennalta ilmoitettua aikataulua. Tällöin kunnioitetaan tilaisuuteen ajallaan saapuneita. (Rogers 2004, 141.)

Koulutustilaisuudessa on syytä varautua siihen, että yleisö saattaa myös esittää kysymyksiä. On tärkeää kuunnella kysymys loppuun saakka ja osoittaa huomiota kysyjään katsekontaktilla. Vastaamisen jälkeen on hyvä varmistaa kysyjältä, saiko tämä vastauksen kysymykseensä. Jotta kaikki halukkaat saisivat esittää kysymyksensä, tulee kysymyksiin vastata lyhyesti. Haastavaan kysymykseen vastaamiseen lisäaikaa saa pyytämällä kysymyksen esittäjää toistamaan kysymyksen tai selventämällä sitä. Jos tuntuu, että kysyjä kokeilee luennoitsijan tietämystä, voi vaikean kysymyksen kääntää ensin kysyjälle itselleen vastattavaksi. (Rogers 2004, 155.)

Hoitohenkilökunnan joukossa voi nykyään olla myös ulkomailta Suomeen muuttaneita työntekijöitä. Oman, suomalaisen kulttuurin tuntemus helpottaa yhteistyötä vierasperäisten työtovereiden kanssa. Tällöin luennoitsijan on helpompi ymmärtää maahan muuttaneen erilaista kulttuuria ja maailmankatsomusta. Eri kulttuureissa kehonkieli saattaa merkitä eri asioita kuin mihin me Suomessa olemme tottuneet. Tämä tulee ottaa huomioon vuorovaikutuksessa vierasmaalaisen kuulijan kanssa. Eroa saattaa olla myös asenteissa auktoriteetteihin, miehen ja naisen asemaan sekä perhearvoihin. (Taajamo & Puukari 2007, 50-52.)

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ETENEMINEN

Ajatus tehdä haavahoito-opas opinnäytetyönä lähti ryhmän jäsenten omakohtaisista havainnoista työelämässä siitä, että haavahoito-osaamisessa on suuria puutteita ja yhtenäinen ohjeistus asiasta puuttuu monessa työpaikassa. Eräässä työpaikassa tämä konkretisoitui erityisen selvästi, kun potilaan haavoja hoidettaessa kaikki tieto piti hakea internetistä, koska työpaikassa ei ollut minkäänlaisia kirjallisia haavahoito-ohjeita eikä henkilökuntakaan osannut ikääntyneiden potilaidensa akuutteja tai kroonisia haavoja hoitaa. Tiedon haku internetistä oli aikaa vievää ja vei paljon resursseja muusta hoitotyöstä. Tietoa olisi tarvittu sekä haavahoitomenetelmistä että haavahoitotuotteista. Tätä taustaa vasten päätimme lähteä hakemaan yhteistyökumppania haavahoito-oppaan tekemiselle. Löysimme yhteistyökumppaniksi Attendo Oy:n, jolla on Suomessa useita kymmeniä terveysasemia ja hoivakoteja. Kontakti Attendoon syntyi yhden ryhmäläisen työsuhteen kautta alkuvuodesta 2012. Ryhmä oli yhteydessä Hakunilan terveysaseman vastaavaan hoitajaan ja tällöin sovittiin alustavat suunnitelmat työn sisällöstä. Sen jälkeen olimme yhteydessä ohjaavaan opettajaan työn aiheen hyväksymiseksi. Yhteydenpito projektin aikana opinnäytetyöryhmän ja toimeksiantajan yhdyshenkilöiden välillä tapahtui sähköpostitse ja puhelimitse.

Terveysaseman vastaavan hoitajan kanssa kartoitettiin toimeksiantajan tarpeet työn suhteen. Keskustelut käytiin pääasiassa sähköpostitse. Tässä vaiheessa oli puhe sähköiseen muotoon tehtävästä haavahoito-oppaasta, jonka oli tarkoitus tulla sekä lähi- että sairaanhoitajien käyttöön. Opas oli tarkoitus laatia yrityksen sisäiseen käyttöön. Huhtikuun alussa terveysaseman ylilääkäri hyväksyi ehdotuksen oppaan sisällöstä ja opasta alettiin suunnitella yhdessä vastaavan hoitajan ja henkilöstöpäällikön kanssa. Ryhmä alkoi etsiä teoritietoa haavahoidosta opinnäytetyötä varten. Huhtikuussa yhteyshenkilöiden kanssa tuli puheeksi, että toimeksiantaja haluaa työhön liitettäväksi myös koulutuspäivän ABI-mittauksesta ja potilasohjauksesta, joita Attendolla pidettiin tärkeinä osina terveysasemalla työskentelevien osaamista. Ryhmä alkoi siis etsiä teoritietoa myös potilasohjauksesta ja lisätietoa ABI-mittauksesta. Koulutustilaisuuden ajankohdaksi sovittiin elokuun loppu 2012, jotta kesälomilla olevat työntekijät ehtisivät mukaan koulutukseen.

Suunnitelmaseminaari valmisteltiin toukokuussa pidettäväksi. Aiemmin keväällä ryhmäläiset olivat käyneet Päijät-Hämeen keskussairaalan järjestämässä haavahoitokoulutuksissa perehtymässä haavatuotteisiin ja hoitomenetelmiin. Helmikuussa oli koulutuspäivä alipaineimuhoidosta ja maaliskuussa painehaavojen hoidosta. Molemmissa koulutuspäivissä oli paikalla haavahoitotuotteiden maahantuojien edustajia. Toukokuun loppupuolella oli Haavapäivät Helsingin Hanasaarella, jossa oli esillä runsaasti erilaisia haavahoitotuotteita ja maahantuojia. Niin ikään toukokuussa Bitelabin edustaja tapasi ryhmän, jolloin käyttöön saatiin haavakuvia ja esitteitä.

Kesän aikana haavahoito-opasta kasattiin ja valmisteltiin koulutustilaisuuden materiaaleja. Ryhmä järjesti yhteisiä tapaamisia muutamia kertoja kesän aikana. Tapaamisia rajoitti paitsi työaikojen yhteensovittaminen, myös tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla. Tietoja jaettiin puhelimitse, sähköpostitse sekä käyttämällä Google Docs -alustalla olevia jaettuja dokumentteja, joita jokainen pääsi halutessaan muokkaamaan. Materiaaleja lähetettiin puolin ja toisin myös postitse.

Haavahoito-opasta suunniteltaessa mietittiin, mikä on oleellista tietoa haavahoitajalle ja missä järjestyksessä asiat olisi hyvä oppaassa esitellä. Opas koottiin sillä ajatuksella, että hakusanalla saa näkyviin kyseiseen aiheeseen liittyvän sivun, josta löytyy tiivistetysti tärkeimmät asiat. Oletusarvoisesti opas tehtiin siten, että lukija osaa haavahoitoon liittyvät perusasiat, kuten aseptisen käyttäytymisen perusteet. Haavahoito-opas on toteutettu Wordilla. Alun perin harkinnassa oli käyttää taitto-ohjelmaa, mutta työn toteutuksessa päädyttiin kuitenkin Wordiin siksi, että se on useimpien käytettävissä oleva ohjelma. Fonttityyppinä haavaoppaassa on käytetty Arialia, koska se on selkeälukuinen ja yleisesti käytetty fontti. Oppaassa on käytetty paljon taulukoita, koska niitä on selkeää lukea ja niihin saa tiivistettyä paljon tietoa pieneen tilaan.

Koulutustilaisuutta varten kuvasimme aidossa mittaustilanteessa ABI-mittauskuvat ja teimme niistä Powerpoint-diasarjan. Kaikki ryhmäläiset harjoittelivat ABI-mittausta myös itse kuvaustilanteen yhteydessä. Toimeksiantajan toiveesta teetimme myös posterin ABI-mittauksesta terveysasemalla säilytettäväksi. Posterin on teetetty painotalossa ja on olemassa

vain tulostettuna versiona suuren kokonsa vuoksi. Myös potilasohjauskoulutuksesta laadittiin Powerpoint-diaesitys.

Tekijänoikeussyistä kuvien hankkiminen haavahoito-oppaaseen osoittautui haasteelliseksi. Opinnäytetyöryhmä sai aitoja potilaskuvia tutkittavaksi, mutta varsinaiseen haavahoito-oppaaseen ei julkaisulupaa saatu. Kuvamateriaali on hankittu kirjoista ja muista julkisista lähteistä. Lisäksi Bitelab antoi omia kuviaan työssä käytettäväksi ja Steripolar ja Mölnlycke sponsoroivat työtä täydellisillä haavahoitotuotekansioilla. Opinnäytetyöryhmä otti itse yhteyttä edellä mainittuihin valmistajiin. Yrityksissä suhtauduttiin myönteisesti ajatukseen tarjota materiaalia opinnäytetyössä käytettäväksi.

Elokuun lopussa koulutustilaisuus pidettiin Hakunilan terveysasemalla Vantaalla. Attendo toimitti itse kutsun koulutustilaisuuteen yrityksen sisäisesti. ABI-mittaus- ja potilasohjauskoulutus oli osa Attendon kuukausittaista palaveria. Koulutustilaisuudessa käytiin ensin läpi haavahoito-opasta, minkä jälkeen aloitettiin ABI-mittauksen opettaminen. Hoitajien kanssa käytiin läpi mittaukseen liittyvää teoriaa ja sen jälkeen toteutettiin käytännön harjoittelu. ABI-mittauksen jälkeen käytiin läpi potilasohjausta ja muistisairaahan ohjaamiseen liittyviä erityiskysymyksiä. Teoria käytiin läpi PowerPoint-diaesityksen avulla ja ABI-mittauksen käytännön opetus tapahtui kouluttajien mukanaan tuomilla välineillä ja laitteilla. Opetus tapahtui vastaanottohuoneessa hoitopöydällä. Tällä haluttiin luoda autenttinen mittaustilanne. Koulutustilaisuus ei ollut pelkästään luentomainen, vaan pikemminkin vuorovaikutustilanne kouluttajien ja koulutukseen osallistujien välillä. Koulutuksessa käytiin vapaata keskustelua aiheista. Koulutukselle oli varattu aikaa puolitoista tuntia. Koulutuksen jälkeen osallistujille jaettiin arviointilomakkeet palautteen saamiseksi opinnäytetyön tuotoksista. Suullinen palaute oli hyvää ja koulutuksen aikana käydyn keskustelun perusteella voitaneen päätellä, että koulutustilaisuus antoi osallistujille uutta tietoa ja pohdittavaa omaan työhön.

Koulutuksen jälkeen ryhmä viimeisteli oppaan ja lisäsi siihen ABI-mittaukseen liittyvää ohjeistusta sekä teetti ABI-mittauksesta posterin toimeksiantajalle luovutettavaksi. Opinnäytetyö julkaistaan syyskuun lopussa 2012.

Ryhmä koki hankkeen kokonaisuudessaan haastavaksi ja erittäin mielenkiintoiseksi. Työn mielenkiintoisuutta lisäsi sen työelämälähtöisyys. Attendon ja henkilökunnan osoittama mielenkiinto haavahoitoa ja ennaltaehkäisevää työtä kohtaan oli selvästi havaittavissa. Ilahduttavaa oli havaita haavahoitotuotteiden valmistajien mielenkiinto työtä kohtaan.

Oppaan laadinnassa tärkeää oli tietysti sen sisältö ja tieto siitä, että oppaaseen tuleva materiaali on näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa, mutta haastavaa oli myös saada oppaasta helppolukuinen, selkeä ja edustavan näköinen. Opasta laadittaessa pidettiin jatkuvasti mielessä se, että se tulee valtakunnallisella tasolla toimivan yrityksen käyttöön. Ryhmän jäsenet oppivat työn aikana uutta paitsi haavahoidosta ja potilasohjauksesta, myös tieto- ja painotekniikasta. Mielenkiintoista oli tutustua luonnonmukaisiin hoitomenetelmiin, kuten toukkien, hunajan ja pihkan käyttöön haavahoidossa. Ohjaukseen liittyvästä tiedosta on ollut hyötyä jo työn tekemisen aikana työelämässä, kun käytännön ohjaustilanteissa on mietitty, miten ohjauksen voisi tehdä toisin. Ryhmä toimi hyvässä yhteistyössä koko projektin ajan ja tämä on osaltaan tukenut sekä ryhmätyö- että projektityötaitojen kehittymistä. Työn tuotokset eli haavahoito-opas ja koulutustilaisuuden sisällön tuottaminen toteutuivat suunnitellulla tavalla ja aikataulun mukaisesti.

10 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessia aloitettaessa ryhmä pohti työn keskeisimpiä kysymyksiä. Ensimmäinen pohdittava kysymys oli aiheen rajaaminen. Toimeksiantaja rajasi työn aiheen koskemaan alaraajahaavan hoitoa, ABI-mittausta ja potilasohjausta. Ryhmä nosti tämän lisäksi erilliseksi tutkimuskysymykseksi hyvän oppaan kriteerit. Nämä tekijät ohjasivat työn tekemistä koko prosessin ajan. Haavahoito-oppaasta pyrittiin tekemään selkeä ja helppolukuinen sekä siten rakennettu, että hakusanalla lukija saa juuri kyseiseen asiaan liittyvän tiedon nopeasti katsottavakseen. Asiat on haluttu tiivistää siten, että yksi asia löytyy pääsääntöisesti yhdeltä sivulta, joissain poikkeustapauksissa samaa asiaa on käsitelty useamman sivun verran. Materiaaleja ja koulutustilaisuutta laadittaessa lähdettiin liikkeelle siitä ajatuksesta, että kuulijat ja lukijat ovat aikuisia, hoitoalan koulutuksen saaneita henkilöitä. Tästä syystä työssä ei ole selitetty juurta jaksain jokaista perusasiaa, vaan on oletettu lukijan ne jo tietävän koulutustaustansa myötä (mm. aseptiikka). Tekstissä käytetään ammattisanastoa, koska kohderyhmä koostuu hoitoalan ammattilaisista. Oppaan ja opinnäytetyön välille ei ole alun perinkään ollut tarkoitus saada täydellistä analogiaa, vaan opinnäytetyöryhmä sopi jo keväällä, että haavahoito-oppaassa käsitellään asiat hieman eri painotuksin kuin opinnäytetyön teoriaosassa.

Väestön ikääntyminen ja alaraajahaavojen taustalla olevien sairauksien yleistyminen johtaa siihen, että kroonisia alaraajahaavoja tulee hoidettavaksi jatkuvasti enemmän. Haavojen hoitaminen on pitkäkestoista ja kallista työtä, mutta hoitamatta jättäminen tai huonosti toteutettu haavahoito tulee vieläkin kalliimmaksi ja heikentää lisäksi potilaan elämänlaatua tuntuvasti. Oikein valittu hoitomenetelmä ja hoitotuote on tästä syystä kannattavaa paitsi rahallisesti, myös potilaan hyvinvoinnin kannalta. Haavahoidon osaaminen on tästä syystä tärkeää.

Työn eettiset puolet tulivat pohdittavaksi siinä vaiheessa, kun materiaalia alettiin kerätä. Lähteiden valinnassa lähdettiin liikkeelle siitä, että tieto on tutkittua ja luotettavaa. Työn lähteinä on käytetty haavahoitoon liittyvää kirjallisuutta, haava-aiheisia ammattilehtiä, käypä hoito -suosituksia, Duodecimin artikkeleita, pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja sekä hoitoalan yleistä ammattikirjallisuutta. Lähteitä on sekä suomeksi että englanniksi. Haavahoito-oppaaseen valittiin

tuotteita ja menetelmiä, joita on paitsi tutkittu, myös käytännössä havaittu hyviksi ja toimiviksi. Esimerkiksi lymfahoitoa käytetään yleisesti turvotuksen poistoon, mutta sitä ei ole työssä käsitelty kovin syvällisesti, koska hoitoa ei ole riittävästi tieteellisesti tutkittu. Tekijänoikeuskysymykset tulivat työssä vastaan useaan otteeseen erityisesti kuvamateriaalin hankinnan yhteydessä. Työhön liittyy toimeksiantajan puolelta työn julkisuuteen liittyviä rajoituksia, jotka oli työtä tehdessä otettava huomioon. Tästä syystä esimerkiksi haavahoito-opasta ei ole voitu liittää opinnäytetyön mukaan.

Potilasohjaus ja haavahoito ovat työssä erillisinä, näennäisesti toisistaan irrallisina osioina, mutta käytännössä haavahoito ja potilasohjaus limittyvät tiiviisti toisiinsa. Haavahoitoa ei voi tehdä ilman samanaikaista potilasohjausta eikä potilasohjausta voi irrottaa hoitotilanteesta. Ilman ohjausta potilasta on vaikea motivoida omahoitoon eikä pelkkä hoitajan tekemä haavahoito johda hyvään lopputulokseen. Hoitajan on oltava perillä käyttämistään tuotteista ja hoitomenetelmistä, ihon toiminnasta sekä haavan paranemisprosessista voidakseen kertoa potilaalle, miksi joku tietty hoito tehdään tai miksi joku tuote on valittu. Hoitajan on myös osattava perustella, miksi hoitolinjauksia muutetaan hoidon edetessä sekä motivoitava potilasta muutokseen.

Haavatuotteet ja haavahoitomenetelmät kehittyvät jatkuvasti ja alan osaamisen ylläpito on dynaaminen ja jatkuva oppimisprosessi. Perusasioiden osaaminen kuitenkin kantaa jo pitkälle haavahoidossa. Jatkotutkimusaiheeksi työllemme sopisi esimerkiksi vastaavanlainen opas painehaavojen hoidosta. Ikääntyvä ja huonokuntoisemmaksi muuttuva väestö ja hoitohenkilökunnan puute on yhdistelmä, joka voi johtaa painehaavojen esiintyvyyden lisääntymiseen, vaikka niiden ennaltaehkäisy on sinänsä yksinkertaista. Myös ravitsemuksen merkityksestä ikääntyvien tai haavapotilaiden hoidossa ei pääsääntöisesti työpaikoilla tiedetä riittävästi ainakaan opinnäytetyöryhmän omien kokemusten perusteella. Tämäkin on aihe, johon olisi hyvä jatkossa paneutua ja laatia käytännöllinen ja selkokielinen ravinto-opas käytettäväksi erityisesti kotihoidossa, asumispalveluyksiköissä tai pitkäaikaisosastoilla. Ravitsemustilalla on oleellinen vaikutus potilaan haavojen paranemiselle sekä niiden syntymisen ehkäisylle.

LÄHTEET

Attendo Oy. 2012. Organisaation kuvaus. [Viitattu 3.5.2012] Saatavilla:

<http://www.attendo.com/fi/fi/>

Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö. & Toverud, K. 2009. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Eriksson, T. 2010. Ravitsemushoitoa haavapotilaalle. Haava-lehti 2010/3, 40-41.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. 3. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Eskola, J. & Hämäläinen, J. 1991. Pilkusta asiaa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. tilastot ja selvitykset 1/1991, Kuopio

Frisk, T. 2005. Oppiminen työssä. Helsinki: Educa-instituutti.

Harris, C. & Fraser, C. 2004. Malnutrition in the institutionalized elderly: The effects on wound healing. Ostomy Wound Management 2004/10. [viitattu 7.5.2012] Saatavilla:

http://www.thehealthline.ca/healthlibrary_docs/B.8.4a.NutritionAssmtResource.pdf

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2003. Haava. Porvoo: WSOY.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. [viitattu 30.4.2012] Saatavilla:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Härmä, H. & Granö, S. 2010. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY Pro.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [Viitattu 7.5.20129. Saatavilla:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spape=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96420&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=usinumero

Krooninen alaraajahaava. 2007. Duodecim, Käypä hoito [Viitattu 7.5.2012]

Saatavilla:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50058>

Kuikka, P., Pulliainen, V., Salo, J. & Erkinjuntti, T. 2007. Muistihäiriösairauksien alkuvaiheessa tarvitaan toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta. Suomen Lääkärilehti. [Viitattu 26.7.2012]. Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=haavahoito

Kunnamo, I. 2010. Dopplerstetoskoopin käyttö diagnostiikassa. [Viitattu 24.7.2012] Saatavilla:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=jalkahaava

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Muistisairaudet. 2010. Duodecim, Käypä hoito [viitattu 4.5.2012] Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../hoi50044>

Mustajoki, M., Alila A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Paunonen, T. 2000. Potilasohjaus päiväkirurgiassa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [viitattu 28.4.2012] Saatavilla: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Ravitsemushoito. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [viitattu 7.5.2012] Saatavilla: http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

Rogers, J. 2004. Aikuisoppiminen. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Ryynänen, O. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita

Suominen, M. 2007. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. University of Helsinki, Department of Applied Chemistry and Microbiology & Department of General Practice and Primary Health Care. Väitöskirja. [viitattu 7.5.2012] Saatavilla: <http://ravitseuskotona-fi-bin.directo.fi/@Bin/7e307241d0e17a4798ea0901489cb5bc/1336386909/application/pdf/120292/Suominen,%20vait%C3%B6skirja,%20Ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20ravitus.pdf>

Taajamo, M. & Puukari, S. 2007. Monikulttuurisuus ja moniammatillisuus ohjaus- ja neuvontatyössä. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

af Ursin, K. & af Ursin, K. 2002. Sietämätön uteliaisuus! Ihmisen oppimisvietti ja sen ohjaaminen. Tampere: ClaupeX-kustannus.

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

Väisänen, T. 2002. Lyko-terapian muut indikaatiot. Suomen lymfahoito r.y.

[viitattu 7.5.2012] Saatavilla: <http://www.suomenlymfahoito.net/muut-indikaatiot>

LIITTEET

LIITE 1. ABI-mittauksen koulutuspäivän diaesitys

ABI-MITTAUS



ABI-mittaukseen tarvittavat välineet:

- Kynä-dobbler
- Analoginen verenpainemittari
- Laskin
- Geeli

ABI-MITTAUS



Systolisen verenpaineen mittaus olkavarresta

- Oikeasta kädestä
- Mansetin alle mahtuu kaksi sormea

HUOMIO

- Ei dialyysikädestä (fisteli)
- Jos subclaviavaltimoahtaumaa – mittaa molemmista käsistä arvo ja valitse arvoista korkein

ABI-MITTAUS



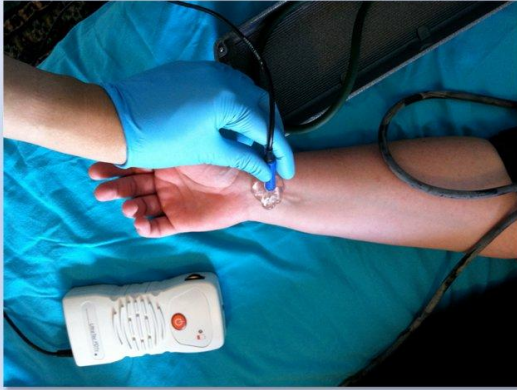
Laita runsaasti ultraäänigeeliä rannevaltimon kohdalle

ABI-MITTAUS



Kytke virta kynädoppleriin
Aseta kynä valtimon päälle
Etsi kynällä vahvin virtausääni
Pumppaa mansettiin ilmaa niin kauan kunnes
virtausääni lakkaa kuulumasta
+ vielä 20-30 mmHg lisää painetta
Laske mansetin painetta kunnes virtausääni
kuuluu = systolinen paine on nähtävissä

ABI-MITTAUS



Jos arteria radialista ei löydy, vaihda puolta ja etsi arteria ulnaris ranteen ulkosyrjältä

ABI-MITTAUS

Jalasta systolinen verenpaine mitataan kahdesta kohtaa, joista valitaan korkein arvo laskutoimitukseen.



Isovarpaan ojentajajänteen vieressä kulkee arteria tibialis anterior, joka jatkuu nilkassa arteria dorsalis pediksenä jalkapöydän päällä



Sisemmän kehräsluun (mediaalimalleoli) lähellä kulkee arteria tibialis posterior, toinen mitattavista valtimoista

ABI-MITTAUS



Laita runsaasti geeliä arterian kohdalle.

ABI-MITTAUS



Aseta mansetti noin 5 cm kehräsluiden yläpuolelle. Kaksi sormea tulee mahtua mansetin alle.

Laita runsaasti geeliä arterian kohdalle.

ABI-MITTAUS

Etsi kynällä voimakas virtausääni:

Arteria dorsalis
pediksestä



Arteria tibialis posteriorista

Systolinen verenpaine on kohta, jossa virtausääni alkaa kuulua

ABI-MITTAUS

LASKUKAAVA

$$\text{ABI} = \frac{\text{nilkan} * \text{systolinen verenpaine}}{\text{olkavarren systolinen verenpaine}}$$

**Valitse korkein systolinen arvo*

- Kahden desimaalin tarkkuudella
- Kirjataan yhtenäisesti:
Oikean jalan ABI-arvo/vasemman jalan ABI-arvo

ABI-MITTAUS

- VIITEARVO

ABI-ARVO	TILANNE
0,90-1,30	Normaali valtimoverenkierto
Alle 0,90	Ääreisverenkierron häiriö
Alle 0,80	Kompressiohoito ei suositeltava
Alle 0,60	Kriittinen iskemia tai vaikea katkokävely
Yli 1,30	Mediaskleroosi = diabetespotilaiden valtimokovettumatauti LUKEMA EI OLE LUOTETTAVA

POTILASOHJAUS

Jaana Piesanen
Jaana Lakanen
Kirsi Koukku

Roolit potilasohjauksessa

- Potilasohjauksessa kaksi osallistujaa:
 - Hoitaja ammattialansa asiantuntija
 - Potilas oman elämänsä asiantuntija
- Yhdenvertaista neuvottelua, yhteistyötä ja vastavuoroista päätöksentekoa
- Toiminnan tavoitteet laaditaan yhdessä

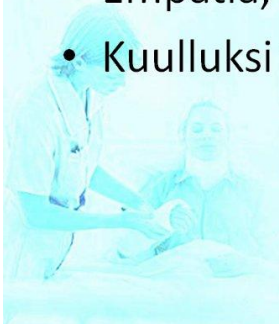
Potilasohjauksen tarpeen arviointi

- Ohjauksen tarve yksilöllinen
- Vaikuttavia tekijöitä
 - Sairauden kesto
 - Potilaan oma tietoperusta sairaudestaan
 - Potilaan toimintakyky
 - Potilaan oma tahto otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan
- Ohjaustarpeiden nimeäminen ja tavoitteiden asettaminen



Vuorovaikutus

- Sanalliset ja sanattomat viestintäkeinot
 - Potilas muistaa näkemästään 75% ja kuulemastaan 10%
 - Molempia yhdistämällä tehokkain lopputulos
- Empatia, kunnioitus, luottamus, välittäminen
- Kuulluksi tuleminen



Ohjaaminen

- Useita eri menetelmiä käyttämällä paras lopputulos
- Kirjallinen materiaali mukana ohjaustilanteessa
- Varmistetaan asian ymmärtäminen
- Ohjaustilanteen kesto max 20 min
- Avainsanat, alleviivaukset, hakuvihjeet
- Kertaus

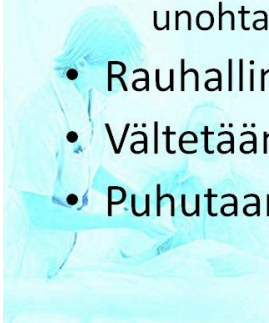
- Tavoitteena asian sisäistäminen, ei pelkkä ulkoa oppiminen
- Keskustelu asiasta tukee oppimisprosessia
- Potilaan selviytymisen tukeminen
- Hoidon akuutissa vaiheessa korostuu päivittäisiin asioihin liittyvä ohjaus
- Jatkohoitoon ohjaus
 - Ohjauksen tarve ja tavoitteet jatko-/kotihoitossa
 - Kirjallinen materiaali mukaan
- Omaiset mukaan potilaan ohjaukseen!

Muistisairaahan ohjaaminen

- Muistisairauksiin liittyy kognitiivisen tason laskua, työmuistin heikentymistä ja motoristen kykyjen huonontumista riippuen siitä, mikä muistisairaus on kyseessä
- Aloitekyvyssä ja motivaatiossa vaihtelua



- Keskitytään yhteen asiaan kerrallaan
- Käytetään tuttua kieltä ja vältetään kirjallisissa ohjeissa pitkiä kappaleita
- Selkeät viestit (esim. yksinkertaiset muistilaput)
- Toistuva ohjaus
 - Muistisairas tarvitsee useampia ohjauskertoja ja unohtaa oppimansa nopeasti
- Rauhallinen ohjausympäristö
- Vältetään uusia tilanteita ohjauksen aikana
- Puhutaan riittävän hitaasti



- Muistisairas usein aloitekyvytön ja motivoitumaton, tarvitsee kannustamista
- Piittaamattomuutta voi esiintyä
- Hitaasti opitut asiat pysyvät paremmin muistisairaana mielessä

