



Terhi Kohva & Heta Laurila
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK), 210 op
Opinnäytetyö, 2022

PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY, TUN- NISTUS JA HOITO

Oppitunti lähihoitajaopiskelijoille

TIIVISTELMÄ

Terhi Kohva & Heta Laurila

Painehaavojen ennaltaehkäisy, tunnistus ja hoito - Oppitunti lähihoitajaopiskelijoille

31 sivua

Syksy, 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää oppitunti lähihoitajaopiskelijoille painehaavojen tunnistamisesta, ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Tavoitteena oli edistää lähihoitajaopiskelijoiden osaamista näillä osa-alueilla ja sitä kautta parantaa painehaavariskissä olevien elämänlaatua. Tavoitteena yhteiskunnallisella tasolla oli vähentää painehaavoista aiheutuvia kustannuksia valtiolle ja vähentää painehaavoista aiheutuneita kuolemia. Oppitunti toteutettiin yhteistyöorganisaatiomme toimitiloissa Vantaan ammattiopisto Variassa ja tunnille osallistui 21 oppilasta sekä hoitotyön lehtori.

Kehittämispainotteisessa opinnäytetyössä käytettiin menetelminä pedagogisia ja kehittämistyön menetelmiä. Oppitunnilla käytetyt pedagogiset menetelmät olivat luennointi, harjoitus ja peli. Kehittämistyön kirjallista osuutta varten käytetyt menetelmät olivat tiedon hankinta, kysely, haastattelu ja havainnointi. Kysely toteutettiin paperisena palautelomakkeena oppitunnin päätteeksi. Peli toteutettiin Kahoot! -tietovisaohjelmalla, missä kysymykset tehtiin oppitunnin sisällön pohjalta. Oppilaat pelasivat omilla älypuhelimillaan tietovisaa. Tietovisa menestyksen perusteella pystyi arvioimaan oppilaiden oppimista.

Oppitunnin päätteeksi kerättiin palaute, johon vastasi 19/21 oppilasta. Oppilaista 68 % koki hyötynensä oppitunnista erittäin paljon, 26 % koki hyötynensä paljon ja 5 % vähän. Oppitunnin toteutuksen onnistumisesta 79 % oppilaista koki onnistuneen erittäin hyvin ja 21 % arvioi onnistuneen hyvin. Tietovisamenestyksen perusteella oppitunti oli sopivan haastava ja kyselylomakkeen vastausten perusteella oppitunti koettiin hyödylliseksi.

Asiasanat: Painehaava, ennaltaehkäisy, oppitunti

ABSTRACT

Terhi Kohva & Heta Laurila

Prevention, identification and treatment of pressure ulcers

31 p.

Autumn, 2022

Diakoniam University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Health Care

Registered Nurse

The purpose of the thesis was to prepare and arrange a lesson for practical nurse students on identifying, preventing and treating pressure ulcers. The aim was to further the skills and knowledge of practical nurse students on the matters mentioned above, to improve the quality of life for the people who are at the risk for pressure ulcer, as well as reduce the costs for the government and decrease the number of deaths caused by pressure ulcers. The lesson was held in Vantaa vocational college Varia, which was the collaborating organisation in the thesis project. 21 students and a lecturer attended the lesson.

Pedagogical and development methods were used in this development-oriented thesis. Lecturing, practice and game were the pedagogical methods used in the lesson. The methods used in the written part of the development were information acquisition, survey, interview and observation. The survey was conducted as a paper questionnaire at the end of the lesson, to receive feedback on the success of the lesson. The game was implemented using the Kahoot! -quiz programme and the questions were made based on the lesson. The students used their own smartphones to play the quiz and it was possible to evaluate their learning based on the success on the quiz.

19 students out of 21 gave feedback on the lesson, and 68 % of them experienced the lesson to have been very useful, 26 % experienced the lesson to have been quite useful and 5 % experienced the lesson to have been a little bit useful. 79 % of the students felt that the lesson had been very good, and 29 % felt that the lesson had been good. Based on the students' success in the quiz, the lesson was suitably challenging, and based on the answers to the questionnaire, the lesson was considered useful.

Keywords: Pressure ulcer, Preventing, Lesson

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 4 |
| 2 PAINHAAVAAN SYNTYYN JA HOITON LIITTYVÄT KESKEISET KÄSITTEET | 5 |
| 2.1 Painehaavan määritelmä ja painehaavan eri asteet | 5 |
| 2.2 Kudostyypit painehaavassa | 6 |
| 2.3 Yleiset riskitekijät painehaavan synnylle ja paranemiselle | 8 |
| 2.4 Painehaavan ehkäisy | 9 |
| 2.5 Painehaavan hoidon periaatteet | 12 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 14 |
| 4 OPPITUNNIN KEHITTÄMISPROSESSI JA KEHITTÄMISEN PEDAGOGISET LÄHTÖKOHDAT | 15 |
| 4.1 Kehittämistyön menetelmät..... | 15 |
| 4.2 Pedagogiset menetelmät | 15 |
| 4.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus | 17 |
| 4.4 Oppitunnin suunniteltu aikataulu | 19 |
| 4.5 Oppitunnin kuvaus | 19 |
| 5 OPPITUNNIN PALAUTE | 21 |
| 5.1 Opiskelijoiden palaute..... | 21 |
| 5.2 Opettajan palaute..... | 22 |
| 6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 23 |
| 7 POHDINTA | 24 |
| LÄHTEET..... | 27 |

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen sekä ylipainoisuuden ja diabeteksen yleistyminen lisäävät riskiä kroonisten haavojen, eli myös painehaavojen synnylle. Ihon kunnon seurannalla, asentohoidolla, oikeanlaisilla makuu- ja istuinalustoilla, sekä hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä merkittävästi painehaavoja. Painehaavan ehkäisyä katsotaan maksavan vain 10 % painehaavan hoidon hinnasta. (Kavola & Laine, 2020, s. 1699.)

Suomessa painehaavojen kokonaiskustannukset kattavat 2–3 % koko terveydenhuoltomenoista eli valtiolle tämä maksaa yli 500 miljoonaa euroa vuodessa. Painehaavat lisäävät kuolemanriskiä. Painehaava näyttää olevan myös itsenäinen kuolemanriskiä ennustava tekijä. (Ahtiala, Kivimäki, Laitio & Soppi, 2020.) Arviolta 500–1000 ihmistä menehtyy vuosittain painehaavasta aiheutuneiden komplikaatioiden vuoksi Suomessa. Hoitolaitoksissa hoitoaika pitenee huomattavasti, jos potilaalle tulee painehaava. (Soppi & Ahtiala, 2020.)

Tunnistettaessa painehaava tai painehaavariski jo hyvissä ajoin, säästetään kustannuksia, henkilöstöresursseja ja aikaa huomattavasti. Painehaavojen ennaltaehkäisy on huomattavasti edullisempaa, kuin painehaavojen hoito. Jopa 60 % painehaavoista jää havaitsematta terveydenhuollossa. (HUS, 2019.)

Terveydenhuollon ammattilaisilla on puutteellinen tietämys painehaavojen todellisesta esiintyvyydestä, sillä niiden muodostumista ei seurata aktiivisesti, eikä niistä useinkaan kirjata asianmukaisesti potilaan tietoihin. Akuuttiin sairauteen tai vammaan liittyvä painehaava saa alkunsa usein akuutti- tai päivystysyksiköissä, jossa potilas on usein vain vähän aikaa, jolloin alkuvaiheen painehaava on voinut jäädä huomaamatta. Tämä usein havaitaan vasta seuraavassa yksikössä, jolloin painehaava on jo muodostunut. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 323.)

Tilastot painehaavojen esiintyvyydestä ja kustannuksista ovat siis merkittävän suuria. Myös Himasen ja Nikkolan (2021, s. 66) tutkimuksesta ”Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistarpeet lähihoitajien hoitohenkilökunnan arvioimana”

käy ilmi, että lähihoitajista 79 % koki tarvitsevan lisäkoulutusta haavanhoitoon. Siksi halusimme opinnäytetyömme edistävän lähihoitajien painehaavan tunnistamisen, ennaltaehkäisyä ja hoidon osaamista näyttöön perustuen. Menimme pitämään aiheesta oppitunnin lähihoitajaopiskelijoille yhteistyöorganisaatioomme Vantaan ammattiopisto Variaan. Tavoitteenamme oli saada lähihoitajaopiskelijoille parempaa tietämystä ja taitoa painehaavojen tunnistamiseen ja hoitoon sekä täten ehkäistä painehaavojen syntyä, parantaa painehaavapotilaiden toimintakykyä ja vähentää valtion kustannuksia.

2 PAINEHAAVAAN SYNTYYN JA HOITOON LIITTYVÄT KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Painehaavan määritelmä ja painehaavan eri asteet

Painehaava on eri kudoksetkoissa esiintyvä haava, joka syntyy yleisimmin kohtiin, missä on ulkoneva luu, kuten; lonkka, kantapää, ristiselkä tai pakaroissa istuinkyhmyjen kohdat. Painehaava luokitellaan krooniseksi haavaksi (Lumio, 2019). Painehaavan synnyssä yleensä luun ja jonkin ulkoisen tekijän paine, usein patja, aiheuttaa välissä olevaan kudokseen paineen, jolloin veri ei pääse kiertämään normaalisti, tällöin syntyy painehaava. Aiheuttajana voi olla myös lääkinällinen laite tai muu esine, kuten kipsi. (Soppi & Ahtiala, 2020.) Painehaavan syntyyn voi vaikuttaa lisäksi ihon kosteus ja potilaan yksilöllinen alttius (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 323). Kudokseen kohdistuva kitka tai venytys ovat myös painehaavan aiheuttajia. Esimerkiksi, kun sairaalavuoteen päätyä nostaa ylös ja potilas valuu jalkopään suuntaan, ristiselän ja pakaran alueelle kohdistuu venytys vastakkaisiin suuntiin. (Juutilainen ym., 2016.)

Painehaavat luokitellaan neljään eri asteeseen. Ensimmäisen asteen painehaavassa ihoalue punoittaa, eikä punoitus lähde paineen poiston jälkeen. Tummapigmenttisessä ihossa voi olla vaikea erottaa punoitusta, mutta väri voi olla

poikkeava ympäröivästä ihosta tai painevaurion kohdalla iho voi olla kiinteämpi, pehmeämpi, eri lämpöinen tai kivulias. Toisessa asteessa ihon pintakerros on rikki tai siinä voi olla rakkuloita, ympäröivä iho edelleen punoittaa. Kolmannen asteen painehaava läpäisee koko ihon ja ulottuu ihonalaiseen rasvakudokseen, mutta ei vielä läpäise lihaskalvoa. Neljännen asteen painehaava on syvä lihaskudokseen, luuhun tai niveleen ulottuva haava ja siinä voi olla onkaloita ja taskumaisia kohtia. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys, 2022.)

Lisäksi on olemassa luokittelematon painehaava, jonka syvyyttä ei voida määrittää haavan ollessa täysin katteen tai nekroosin peittämä. Yleensä, kun kuollutta kudosta on saatu poistettua ja haavapohja saadaan näkyviin, paljastuu III tai IV asteen painehaava. (Castrén ym., 2021.)

Joskus voi olla vaikeaa erottaa painehaava muista ihovaurioista. Poistuva punoitus voi olla vaikea tunnistaa, mutta sen voi testata painamalla kevyesti ja tasaisesti sormenpäällä ja jos ihoalue vaalenee, on mikroverenkierto kunnossa. Testata voi myös asentoa muuttamalla ja jos alle puolella tunnissa punoitus ei ole vaalentunut, on kyseessä ensimmäisen asteen painehaava. Kosteusvaurio voi näyttää samalta, kuin painehaava, mutta on usein epätyypillisessä paikassa painehaavalle, ja paikassa, joka altistuu kosteudelle. Kosteusvaurio voi myös olla samanaikaisesti painehaavassa, jolloin on kyse sekamuotoisesta ihovauriosta. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 329–331.)

2.2 Kudostyyppit painehaavassa

Epiteelikudos on vaaleanpunaista, uutta ihokudosta, joka kasvaa haavan reunoilta sen alkaessa parantua. Epiteelikudos on ohutta, haurasta ja helposti vaurioituvaa. Kun haavapinta on kokonaan epitelisoitunut yhtenäiseksi pinnaksi, katsotaan haava parantuneeksi. Granulaatiokudos on taas verekästä, kirkkaanpunaista, kosteaa ja kiiltävää pienijyväseltä näyttävää kudosta. Granuloiva haava voi erittää runsaasti ja tarvitseekin kosteahkon paranemisympäristön. Myös granulaatiokudoksen vahingoittamista haavaa puhdistettaessa tulee välttää. Granulaatiokudos haavassa on hyvä merkki, sillä tämä verekäs uudiskudos on edellytys

uuden epiteelikudoksen kasvulle. (Castrén ym., 2021; Suomen haavanhoitoyhdistys, 2019.)

Fibriinikatetta muodostuu haavan pinnalle fibriinistä ja solujen osista. Se voi olla väriltään keltaisesta tai kellertävästä tumman ruskeaan, riippuen osittain haavan kosteudesta. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 218.) Kate voi olla sitkeää ja paksumaa, löysästi tai tiukasti haavan pinnalle kiinnittynyttä. Fibriinikate on merkki elottomasta haavapohjasta ja siitä, ettei haavan paraneminen edisty. Fibriinikate on eri asia, kuin märkäinen erityys, joka voi johtua tulehduksesta. (Castrén ym., 2021.)

Nekroottinen kudos eli nekroosi on kuollutta kudosta. Se on väriltään mustaa, harmahtavaa tai ruskeaa. Nekroottisessa kudoksessa ei tunnu kipua, eikä se vuoda verta. Haava voi olla kuiva, märkäinen tai erittävä ja nekroosi voi tuntua myös kovalta. Nekroottinen kudos on este haavan paranemiselle ja aiheuttaa suuren infektioriskin. (Castrén ym., 2021.)

Hypergranulaatiokudos on haavan paranemisen estävää, haitallista granulaatiokudoksen liikakasvua. Se on väriltään punaista, tumman- tai vaaleanpunaista ja vuotaa herkästi verta. Suurijyväinen hypergranulaatiokudos on selvästi havaittavissa. Se voi kasvaa myös haavapinnan yli. Hypergranulaation kasvu voi johtua liiallisesta kosteudesta, infektiosta tai liian intensiivisestä haavasidoksesta. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 217; Castrén ym., 2021.)

Biofilmi on ohut kalvomainen rakenne, joka muodostuu bakteereista ja limaisesta solun ulkoisesta materiaalista. Biofilmi suojaa bakteereita haavassa ja voi näin ollen olla kroonisen tulehduksen aiheuttaja painehaavassa. Arviolta yli 60 % kroonisista haavoista sisältää biofilmibakteereita. Biofilmi voi esiintyä keltaisen harmahtavana limaisena katteena, mutta aina sitä ei pysty tunnistamaan silmällä. Jos haava ei ala hyvästä hoidosta huolimatta paranemaan, tai epäilyttävä kate muodostuu nopeasti haavapohjaan puhdistuksen jälkeen, kannattaa epäillä biofilmin mukanaoloa. Biofilmi hidastaa haavan paranemista tutkitusti, mutta siihen sopivaa antibioottia voi olla vaikea löytää, sillä bakteerikanta ei aina tule esille

bakteeriviljelyssä ja biofilmi sisältää usein monia eri bakteereita. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 52–53; Suomen haavanhoitoyhdistys, 2019, s. 20.)

On hyvä tunnistaa miltä jänne, luu ja infektoitunut kudoks näyttää haavassa. Terveen jänteen pinta on helmiäisen vaalea, sileä ja nauhamainen. Kuivunut jänne on väriltään tumman keltainen ja elottoman näköinen. Luu tuntuu haavassa selvästi kovalta. Infektoituneessa kudoksessa erityis on yleensä lisääntynyt, erityisen koostumus muuttunut ja haisevaa, lisäksi haavan seudulla voi esiintyä pu-noitusta, turvotusta ja kuumatusta, sekä kipua haavassa voi lisääntyä (Suomen haavanhoitoyhdistys, 2019). Fibriinikate ja nekroottinen kudoks altistavat haavan infektoitumiselle. (Castrén ym., 2021.)

2.3 Yleiset riskitekijät painehaavan synnylle ja paranemiselle

Merkittävä riski saada painehaava on selkäydinvauriopotilailla, pitkäaikaishoidossa tai tehostetussa kotihoidossa olevilla, sekä palliatiivisilla ja kuntoutettavilla potilailla (Soppi & Ahtiala, 2020). Potilaan liikkumiskyvyttömyys, tuntopuutokset, ihon kunto, ravitsemustila ja aikaisemmat painehaavat ovat merkittävimpiä riskitekijöitä (Kavola & Laine, 2020, s. 1699). Potilaan ikä on myös merkittävä riskitekijä haavan paranemisen ja painehaavan muodostumisen kannalta. Yli 70 % painehaavoista esiintyy yli 65-vuotiailla. Iho on ohuempaa, hauraampaa ja vähemmän elastista, kuin nuorella ihmisellä, jonka vuoksi iho vaurioituu herkemmin. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 327.)

Alipainoisella suurempi paine kohdistuu iholle luisen ulokkeen kohdalla. Alhainen painoindeksi ja liian vähäinen kokonaiskalorien saanti erityisesti proteiinien osalta ovat myös riskejä painehaavalle ja paranemiselle. (Arai ym., 2020.) Ylipainoisella on runsaasti rasvakudosta, jossa on vähemmän kapillaarisuonia ja näin ollen haavan paraneminen hidastuu. Ylipaino itsessään lisää kudosten painetta, jolloin riski painehaavan synnylle on suurempi. Infektioriski on myös suuri, sillä rasvakudoks menee herkästi nekroosiin. (Castrén ym., 2021.; Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 335.)

Haavan paranemiseen vaikuttaa sijainti, sillä kehon ääreisosissa on heikompi verenkierto, jolloin siellä oleva haava paranee hitaammin. Haavan paraneminen hidastuu haava-alueen lämpötilan laskiessa alle kehon lämpötilan. Potilaan ihon kosteus johtuen hikoilusta, haavaeritteestä tai virtsa- tai ulosteinkontinenssista aiheuttaa riskin painehaavan synnylle. (Soppi & Ahtiala, 2020.) Liian kostea haava aiheuttaa haavan leviämistä vettyneen ihon irrotessa haavan reunoilta. Kuivunut haava taas aiheuttaa terveen solukon kuoleamisen. Paine, hankaus, kitka ja kudoksen venyminen myös hidastavat haavan paranemista. Taustasairauksista verenkiertoperäiset sairaudet, diabetes, aineenvaihduntasairaudet, ja immuunijärjestelmän sairaudet vaikeuttavat haavan paranemista ja toisaalta altistavat painehaavalle. Lisäksi on hyvä huomioida, että lääkkeitä esimerkiksi kortikosteroidit voivat tutkitusti hidastaa painehaavan paranemista. (Arai ym., 2020; Castrén ym., 2021.)

Hyvä kivunhoito on olennaista haavan paranemisen kannalta. Jatkuva haavakipu aiheuttaa verisuonten supistumista haava-alueella hidastaen haavan paranemista. Kipu johtuu kudosaauriosta tai tulehduksesta. Haavakipu aiheuttaa potilaalle pelkoa ja näin vaikeuttaa haavan mekaanista puhdistamista. (Castrén ym., 2021.)

Haavapotilaalla tulisi aina olla käytössä säännöllinen tai tarvittaessa, esimerkiksi haavaa hoidettaessa suun kautta otettava kipulääke. Kipua voidaan arvioida esimerkiksi VAS-mittarin avulla, jossa arvioidaan kipua asteikolla 0–10. Potilaan kokemaa kipua kirjataan aina. Jos potilas ei kykene arvioimaan omaa kipuaan, voidaan kipua arvioida myös mm. potilaan poikkeavan hengityksen, ääntelyn, ilmeiden ja kehon kielen perusteella. (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 96,99, 230.)

2.4 Painehaavan ehkäisy

Käytännössä kaikki painehaavat ovat ennaltaehkäistävässä. Asentohoito on ensisijainen ja paras ennaltaehkäisykeino. Kudoksen kunto on paras mittari arvioida, kuinka usein asentoa on vaihdettava vuodepotilaalla. Asentohoidon tiheyden tarvetta voidaan yksilöllisesti arvioida punoitusta seuraamalla asentohoitojen

yhteydessä, keskimääräiseksi ohjeeksi voidaan sanoa 1–2 tunnin välein potilaalla, jonka on liikuntakyvytön tai halvaantunut, eikä painetta keventäviä apuvälineitä ole saatavilla. (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 343; Isoherranen, 2015.)

Potilaan ihoa tarkkaillaan ihomuutosten varalta aina etenkin hoitotoimenpiteitä tehtäessä ja lisäksi tunnustellaan, löytyykö mahdollisia turvotuksia, kuumotuksia tai kovettumia. Potilaan kokema kipu huomioidaan, sillä sekin voi olla merkki ihonalaisesta kudonvauriosta. Potilaan iho pidetään puhtaana ja kuivana, sekä vaatteet ja lakanat oikaistaan, ettei rypyt hierrä tai paina ihoa. Ihon jatkuva kosteus voi altistaa painehaavoille, joten tarvittaessa käytetään yksilöllisesti välineitä virtsa- ja ulosteinkontinenssin hoitoon, kuten katetreja. Tutkimusten mukaan siliikonipintaisella polyuretaanivaahdosidoksella laitettuna ristiluun kohdalle voidaan ennaltaehkäistä painehaavan muodostumista asentohoidon ohella. (Forni ym., 2022; Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 351.)

Asentohoidossa tulee huomioida erityisesti kaikki potilaan kehon osat, joissa on luinen uloke. Suuressa riskissä ovat erityisesti kantapäät. Kantapään painehaavat katsotaan hoitovirheeksi, sillä ne olisivat lähes poikkeuksetta aina estettävissä. (Soppi & Ahtiala, 2020). Kantapäistä tulisi aina poistaa paine asianmukaisella apuvälineellä tai laittamalla pohkeen alle tyyny, varoen polven yliojennusta. Mitä tahansa apuvälinettä käyttäessä on huomioitava, ettei tämä aiheuta painetta. Esimerkiksi O:n ja U:n muotoisten tukien tai renkaiden käytön on todettu olevan enemmänkin vahingollisia paineen alentamisessa. (Soppi, 2010.)

Vuodepotilaalla kylkiasennon tulisi olla noin 30 asteen kulmassa, sillä silloin paino jakautuu tasaisemmin, kuin 90 asteen kulmassa, jolloin lonkka on painehaavariskissä. Vuoteessa istuva ja puoli-istuva asento lisää kudosten venymistä, joten tätä asentoa tulisi pitkäaikaisesti välttää. Istuma-asentoa voi parantaa nostamalla myös jalkopäätä ylös, jolloin potilas ei valu vuoteessa alaspäin. (Juutilainen & Hietanen 2018, s. 344.)

Potilaan tullessa hoitoyksikköön tulisi heti arvioida potilaan painehaavariski käyttäen siihen tarkoitettua mittaria, kuten Braden painehaava-riskimittaria. Painehaavariskin arviointiin on olemassa lukuisia eri mittareita, joissa arvioidaan

riskitekijöitä painehaavan kehittymiselle. (Kavola & Laine 2020, 1699.) Tehohoitopotilailla ja muilla erikoisryhmillä, kuten selkäydinvamma potilailla ja huomattavan ylipainoisilla on käytössä vielä omat mittarit. Mittarin käytön lisäksi tulee tehdä kliininen arvio potilaan painehaavariskistä ja kirjata siitä potilasasiakirjoihin. (Soppi & Ahtiala, 2020.)

HUS:in kehittämä yksinkertainen painehaavariskin ”liikennevalo” -arviointimalli, jossa punainen kuvaa suurta-, keltainen keskisuurta- ja vihreä matalaa riskiä painehaavoille. Suuren riskin potilaalla liikuntakyky on voimakkaasti rajoittunutta. Keskisuuren riskin potilaalla on rajoittunut liikuntakyky ja tarvitsee liikkumisen apuvälinettä tai tukea liikkumiseen. Matalan riskin potilas on täysin omatoimisesti liikkuva, jolla on normaalikuntoinen iho, eikä ole tuntu puutoksia. HUS-mallia on testattu painehaavariskin arvioinnissa verrattuna Bradenin luokitukseen, eikä eroa painehaavariskin ennustamisessa huomattu näiden välillä, mutta HUS-malli on selvästi yksinkertaisempi ja helpompi toteuttaa. (Kavola 2018, s. 336–337.)

”Risk factors for newly acquired pressure ulcer and the impact of nurse staffing on pressure ulcer incidence”- tutkimuksen mukaan painehaavojen ennaltaehkäisevän hoidon tulisi perustua potilaan yksilöllisten riskitekijöiden tunnistamiseen. Lisäksi todettiin riittävällä sairaanhoitajien henkilöstömitoituksella olevan mahdollista ehkäistä potilaiden painehaavariskiä. (Jinhyun, Jai-Yon & Eunhee, 2022.)

Potilaan riskiluokan mukaan tulisi valita potilaalle sopiva makuualusta, jonka valintaan vaikuttaa myös potilaan paino ja hoitoasento. Makuualustojen valinnassa tulisi kiinnittää huomiota niiden valmistajalta saataviin kliinisiin arviointiraportteihin, jotta yksiköihin hankitaan juuri tarpeen mukaisille riskiryhmille soveltuvia makuualustoja. Makuualustoissa on suuria eroja, kuten myös istuinalustoissa, joissa merkitys vielä lisääntyy pienemmän painoalueen jakautumisen vuoksi. Mikään makuualusta ei poista asentohoidon tärkeyttä, mutta parhaimmillaan voi pidentää asentohoidon tarpeen väliä. (Soppi & Ahtiala, 2020.)

2.5 Painehaavan hoidon periaatteet

Haavanhoidossa hoitajan tulee käyttää parhaaseen mahdolliseen ajantasaiseen tietoon ja näyttöön perustuvaa hoitoa potilaan turvallisuuden ja vaikuttavuuden takaamiseksi. Päätöksenteon perustana olevaa tietoa voi olla kolmenlaista; asiantuntijanäyttö, tutkimusnäyttö tai tilastotiedot organisaation toiminnasta. (Stolt, Kielo & Haavisto 2018, s. 421.)

Haavapotilasta ei tutkita kertaluontoisesti, vaan se on prosessi mikä jatkuu läpi haavanhoidon. Alkututkiminen on tärkeä haavanhoidon suunnittelun kannalta, myöhemmällä tutkimisella seurataan enemmän hoidon vastetta. Aluksi on tärkeä selvittää potilaan haavahistoria eli taustatiedot haavasta. Haavahistorian selvittämiseen kuuluu muun muassa haavan ikä, mistä se on tullut, haavaan liittyvät tehdyt tutkimukset, haavan ulkonäkö, eritykset, koko, infektioiden esiintyminen, haavan aikaisempi hoito ja sen vaste, kivun ilmeneminen, potilaan käsitys haavasta ja potilaan hoitoon sitoutuminen. (Juutilainen & Hietanen 2018, s. 57,58.)

Aluksi haava on tutkittava silmämääräisesti ja palpoimalla, eli käsin tutkimalla. Punoittavaa ihoaluetta, joka on altistunut paineelle, ei saa kuitenkaan hieroa tai hangata sillä se lisää vauriota kudoksessa. (Soppi & Ahtiala 2020.) Haavan kliinisessä tutkimisessa on huomioitava haavan koko leveys ja pituus suunnassa. Jos kyseessä on fistelihaava tai onkalohaava, on aina tutkittava sormella, pumputtikulla tai metallisondilla, jotta saadaan käsitys myös haavan syvyydestä. Oikean hoidon valitsemiseksi on tunnistettava haavassa olevien kudosten tyyppi. Oleellista on myös kuvailla haavasta ilmenevä poikkeava hajua, sekä haavaa ympäröivä iho. Haavaa ympäröivän ihon perusteella voidaan tarkastella mahdollisia parantumisen merkkejä, kuten uudisepiteelin kasvua. Ympäröivästä ihosta voidaan myös havaita merkkejä mekaanisesta rasituksesta tai kosteusvauriosta. Haava on hyvä valokuvata etenkin alkutilanteessa, jolloin voidaan arvioida haavan paranemista tai etenemistä parhaiten. (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 229; Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 59, 60.)

Painehaavasta kirjaaminen potilastietojärjestelmään on olennainen osa haavanhoitoa ja sillä on suuri merkitys haavan paranemiseen (Juutilainen & Hietanen,

2018, s. 57–58). Kirjaamisen tulisi olla yhdenmukaista, jotta se edistää painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoidon tulosten seurantaan. Haavan kirjauksessa tulee aina ilmetä haavan sijainti, sekä syvyys, myös potilaan muun ihon kunto tarkastetaan ja kirjataan. (Juutilainen ym., 2016.)

Painehaavan tärkein ja ensisijainen hoito on poistaa paine haavasta asentohoitamalla (Lumio, 2019). Painehaavan paikallishoidossa tavoitteena on poistaa haavasta eritteitä ja kuollutta kudosta. Haavassa olevien eritteiden määrää ja laatua voi arvioida sidoksiin kertyneen eritteen perusteella. (Juutilainen & Hietanen 2018, s. 60.) Jos haavapohja on terveen punoittava, eikä katteinen, voidaan haava puhdistaa huuhtelemalla vedellä valelemalla tai suihkuttamalla. Tähän käy Suomessa vesijohtovesi. Infektoituneessa haavassa on yleensä fibriinikatetta tai nekroottista kudosta, jotka tulee aina pyrkiä poistamaan instrumentin avulla, esimerkiksi kyretillä. Myös pilkkovia tuotteita voidaan käyttää katteen tai nekroosin mekaanisen poistamisen sijasta, jos näitä esiintyy haavassa vähän. Painehaavan hoidossa voidaan paikallisesti käyttää myös antiseptisiä aineita lyhyinä jaksoina, hopeapitoista voidetta, paikallisesti käytettävää kudokasvutekijää tai keinoihoä. (Lumio, 2019.)

Erityisesti syvissä ja runsaasti erittävässä painehaavoissa voidaan käyttää haavan alipaineimuhoidoa. VAC-hoito edistää granulaatiokudoksen kasvua haavapohjassa alipaineimun avulla. VAC-hoitoa suositellaan lähes kaikkien kroonisten ja akuuttien haavojen hoidossa, sillä se poistaa haavasta tehokkaasti eritteitä, kuollutta kudosta ja bakteerimassaa sekä lisää verekkyyttä haavapohjassa. Hoito ei korvaa tulehduksen hoitoa tai painehaavan kirurgista revisiota, mutta tehostaen haavan siistiytymistä ja vitaliteettia luodaan edellytys haavan lopulliselle paranemiselle joko konservatiivisin tai kirurgisin keinoin. (Juutilainen, 2021.)

Revisiokirurgiassa poistetaan selkeästi infektoitunut nekroottinen kudos, jolloin toimenpiteellä pyritään luomaan haavalle optimaaliset olot parantumiselle. Revisio toimenpiteeseen ei yleensä tarvita anestesiaa tai puudutusta, koska usein painehaavapotilaalla haavanseudussa tunto on heikentynyt. Toimenpide välineiksi valitaan yleensä kirurgiset pinsetit ja veitsi. Jos potilaalla on selkeästi septisen infektion merkit, tällöin leikkaus on tehtävä välittömästi päivystyksessä.

Sepsis ja haavainfektio ovat yleisimpiä painehaavasta johtuvia vakavia komplikaatioita. (Kaartinen,2017; Soppi, 2010; Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 355–356.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä oppitunti lähihoitajaopiskelijoille painehaavojen tunnistamisesta, ehkäisystä ja hoidosta. Toimintaympäristömme ja yhteistyöorganisaatiomme oli Vantaan ammattiopisto Varia, joka sijaitsee Vantaan Koivukylässä. Pidimme oppitunnin hoitoluokassa ammattiopistolla. Opinnäytetyömme kohderyhmä oli lähihoitajaopiskelijat, joille valmistelimme ja pidimme oppitunnin.

Perehdyimme ensin itse laajasti teorian tietoon eri lähteiden kautta, joiden pohjalta rajasimme oppitunnille sopivan määrän tietoa, jota myös edeltävässä luvussa esittelimme. Tavoitteemme oppitunnin myötä oli, että lähihoitajaopiskelijat oppisivat paremmin tunnistamaan painehaavoja ja kiinnittämään huomiota painehaavojen ehkäisyyn. Halusimme opettaa myös, miten ja minkälaisilla eri tuotteilla painehaavoja voidaan hoitaa. Toivomme, että lähihoitajaopiskelijat voivat hyödyntää myöhemmin työelämässä ja harjoitteluissa oppitunniltamme oppimaansa tietoa painehaavoista.

Opinnäytetyömme tuotos on hyödyllinen kenelle tahansa terveydenhuollon ammattilaiselle, joka on tekemisissä painehaavojen kanssa, sillä olemme tiivistetysti koonneet tutkimuksista ja eri lähteistä tuoreimman tiedon painehaavoista. Opinnäytetyötämme voidaan siis hyödyntää lukuisissa eri terveydenhuollonyksiköissä, kehittämään henkilöstön painehaavojen tunnistamisen, ennaltaehkäisyn ja hoidon osaamista. Toivomme ammattikoulun opettajien myös lisäävän oppituntimme myötä tuleville opiskelijoille opetusta painehaavoista.

4 OPPITUNNIN KEHITTÄMISPROSESSI JA KEHITTÄMISEN PEDAGOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kehittämistyön menetelmät

Valittaessa menetelmiä on tärkeää pohtia, millaista tietoa tarvitaan ja mihin sitä käytetään. Eri menetelmät tuovat kehittämisen tueksi erilaista tietoa, erilaisia näkökulmia ja ideoita. Onkin suositeltavaa käyttää useampia menetelmiä, koska ne täydentävät toisiaan ja saadaan varmuutta kehittämistyön liittyvään päätöksen tekoon. Kehittämistyötä tehdään harvoin yksin, yleensä kehittämistyötä tehdessä toimitaan osana ryhmää, jolle asia kuuluu. (Ojasalo, Moilanen & Ritakoski, 2015, s. 40.)

Tyypillisiä kehittämistyössä käytettyjä menetelmiä ovat esimerkiksi kysely, haastattelu ja havainnointi. Kysely voidaan toteuttaa esimerkiksi paperisella lomakkeella, sähköisellä lomakkeella tai puhelimitse. Kysely sopii muun muassa kehittämistyössä saatujen tulosten arviointiin. Haastatteluja on erilaisia ja niillä on oma käyttötarkoituksensa. Strukturoitu haastattelu on hyvin lähellä kyselyä, siinä on tarkkaan suunniteltu kysymysrunko. Havainnointi on suositeltu menetelmänä kaikenlaisiin kehittämistöihin. Usein menemällä itse paikanpäälle tarkkailemaan todellisia tapahtumia, saa paremmin tietoa, kuin haastatteleamalla tai kyselyillä. (Ojasalo ym., 2015, s. 41–42.)

4.2 Pedagogiset menetelmät

Häkkisen mukaan on valmis opettamaan muille, vasta kun on itse perehtynyt syvästi aiheeseen ja omaa kokemusta aiheesta, josta aikoo opettaa. Osallistamalla opiskelijoita luentoon, mahdollistamalla lisäkysymykset ja kommentit luennon aikana, oppilaiden on innostavampaa kuunnella luentoa. (Häkkinen, 2018, s. 36.)

Opiskelijan opiskelumotivaatioon vaikuttaa opettajan valitsema opetusmenetelmä, sekä opetustyyli. Opetustyyli tarkoittaa opettajan tapaa ilmaista itseään opetuksen aikana, eli oppilaat voivat oppia hyvin eri tavalla eri opettajilta, vaikka heillä olisi täysin sama opetusmenetelmä. Jokaisen opettajan omaan opetustyyliin vaikuttaa vahvasi opettajan identiteetti, persoona ja luonne. (Hyppönen & Lindén, 2009, s. 12.)

Ennen opetusmenetelmän valitsemista täytyy suunnitella osaamistavoitteet, ottaen huomioon kenen kanssa toimitaan, ketkä hyötyvät ja sitä kautta, miten tehdään juuri kyseiselle kohderyhmälle sopiva oppitunti. Sen jälkeen pohditaan millä menetelmällä päästään kyseisiin tavoitteisiin. Yksittäisiä menetelmiä kannattaa yhdistellä sopivaksi kokonaisuudeksi, sillä eri menetelmät edistävät opiskelijoiden aktivointia ja ylläpitää kiinnostusta. Luennointi on käytetyin opetusmenetelmä ja sen vahvuutena on, että opettaja voi jäsenellä tiedon halutulla tavalla ja se on tarkasti suunniteltavissa etukäteen. Luennointi on myös taloudellinen tapa opettaa, se on nopea ja yksinkertainen tapa välittää tietoa suurillekin ryhmille. Haasteena tälle menetelmälle on se, että se voi passivoida opiskelijoita liikaa, kun he vain kuuntelevat. Täten onkin tärkeää kannustaa kuuntelijoita vuorovaikutukseen ja aktiiviseksi osaksi luentoa. (Häkkinen 2018, s. 34; Hyppönen & Lindén, 2009, s. 34, 45–46.)

Toiseksi menetelmäksi olimme valinneet harjoituksen, tässä menetelmässä opiskelija harjoittelee teoria opintojen jälkeen kyseistä toimintoa käytännön tekemisenä. Harjoitusmenetelmän vahvuus on teoreettisen tiedon yhdistäminen tekemiseen ja sitä kautta oppia. Tässä menetelmässä täytyy antaa tarpeeksi aikaa käytännön harjoitteluun, jotta opiskelijat todella työstävät opittua teoriatietoa omista näkökulmistaan, eivätkä vain pyri keksimään mitä opettaja on heidän halunnut tekevän. Menetelmän haasteena on saada luotua sopivan haastava harjoitus. (Hyppönen & Lindén, 2009, s. 36.)

Kolmantena menetelmänä käytimme peliä. Peliä voi käyttää muun muassa havainnointiin, kertaamiseen, toiminnan mallintamiseen, opitun soveltamiseen, testiin, arviointiin tai näyttöön. Pelissä voi esimerkiksi hyödyntää jo olemassa olevaa

alustaa ja varioida siitä opetuskäyttöön sopivan. Pelien tarkoitus on toimia oppimisen välineenä. (Hyppönen & Lindén, 2009, s. 52.)

4.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus

Saimme idean opinnäytetyöllemme etätapaamisella 5.4.2022 koulumme opettajan kanssa, opinnäytetyön tukivastaanottoajalla. Olimme itse pohtineet jonkinlaista haavanhoito-opasta, sillä olemme molemmat kiinnostuneita haavanhoidosta ja meillä on molemmilla siitä kokemusta harjoitteluiden ja töiden myötä. Opettaja ehdotti meille oppitunnin tekemistä ammattiopistolle, sillä ammattiopistot ovat mielellään ottaneet sairaanhoitajaopiskelijoita pitämään oppitunteja aiemminkin ja haavanhoito-oppaita on sairaaloilla jo hyvin paljon. Innostuimme aiheesta, sillä olemme molemmat sosiaalisia persoonia ja pidimme opinnäytetyön toiminnallisuudesta. Aiheen oppitunnille halusimme itse rajata painehaavoihin, sillä koimme sen tärkeimmäksi lähihoitajaopiskelijoiden kannalta.

Otimme ensimmäisenä yhteyttä Vantaan ammattiopisto Varian opinto-ohjaajaan sähköpostitse, joka ohjasi meitä olemaan suoraan yhteydessä lähihoitajaopiskelijoiden ohjaavaan opettajaan, hoitotyön lehtoriin antaen meille tämän yhteystiedot. Saimme pian positiivisen vastauksen oppitunnin pitämiselle ja aiheen rajaus juuri painehaavoihin vahvistui. Sovimme jo keväällä alustavaksi ajankohdaksi viikon 36 ja tarkemman päivämäärän sovimme lukujärjestysten vahvistuttua syksyllä.

Opinnäytetyömme idea hyväksyttiin 20.4. Kesän aikana aloitimme kirjoitustyön ja keräsimme tietoa lähteistä, sekä aloimme koostamaan oppitunnin sisältöä. Rajasimme aihetta keskittyen painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja tunnistamiseen, sekä oleellisiin asioihin painehaavojen hoidosta perushoitotyössä. Valitsimme opetusmenetelmäksi luennoinnin, koska koimme sen parhaaksi menetelmäksi välittää paljon tietoa lyhyessä ajassa. Halusimme tehdä PowerPoint-esityksen helpottamaan ja kuvittamaan luennon seuraamista. Elokuun 2022 aikana teimme PowerPoint-esityksen oppitunnille.

Elokuussa kävimme sähköpostikeskustelua hoitotyön lehtorin kanssa ja sovimme tarkan ajankohdan oppitunnille; 9.9.2022 klo 12:30, sekä kerroimme lyhyesti mitä oppitunti sisältää. Sovimme oppitunnin kestoksi 90 minuuttia. Haastattelimme lehtorilta lähihoitajaopiskelijoiden osaamistasoa painehaavojen hoitoon liittyen, jotta tiedämme mitä aiheita painotamme enemmän oppitunnillamme. Lehtorin ja opiskelijoiden toiveena oli keskittyminen haavanhoitotarvikkeisiin ja itse haavanhoitoon perehtyminen. Kysyimme asentohoidon harjoittelun tarpeesta ja lehtori kertoi heillä olevan asentohoitoa opinnoissa, mutta sitä on aina hyvä kerrata. Lehtori vahvisti myös, että kudostyypit haavassa olisi hyvä kerrata. Kysyimme vielä missä vaiheessa opintoja lähihoitajaopiskelijat ovat ja kuinka monta tunnille osallistuu. Saimme tietää heidän olevan loppuvaiheen lähihoitajaopiskelijoita, ja ryhmässä olevan kotihoidon, ikääntyvien, sekä sairaanhoito ja huolenpito osaamisalan opiskelijoita. Heitä oli ryhmässä yhteensä 25 eri ikäistä opiskelijaa. Saimme käyttöömmekoulun puolesta hoitoluokan, missä oli sairaalavuoteita ja muita apuvälineitä käytössämme, sillä halusimme mahdollisuuden asentohoito-harjoitukseen. Varmistimme vielä, miten PowerPoint-esityksen jakaminen onnistuu ja sitä varten luokassa oli videotyppi, johon saimme oman tietokoneen liitettyä.

Kun oppituntimme sisältö oli valmis, teimme viimeisenä tietovisan oppitunnille. Käytimme Kahoot! -ohjelmaa, joka on ilmainen opetusvideopelialusta netissä. Laadimme kymmenen kysymystä oppituntimme sisällön pohjalta ja jokaiseen kysymykseen 2–3 vastausvaihtoehtoa. Testasimme tietokilpailun toimivuuden etukäteen työpaikalla muille sairaanhoitajille, jonka perusteella totesimme kilpailun olevan riittävän haastava.

Koulumme seminaarissa 7.9 esittelimme suunnitelmamme oppitunnille ja siihenastisen opinnäytetyömme. Saimme palautetta vielä keskittyä nimenomaan pedagogisiin lähteisiin ja miettiä miten oppitunnin koostamme. Harjoittelimme useaan kertaan oppitunnin pitämistä toisillemme etäyhteydellä, jossa tuli ilmi kohdat, joita tuli vielä korjata ennen varsinaista esiintymistä. 9.9.2022 menimme Variaan pitämään oppitunnin.

4.4 Oppitunnin suunniteltu aikataulu

Koko oppituntimme pitämiseen oli varattu 90 minuuttia. Suunnittelimme käyttävämmme PowerPoint-esitykseen 45 minuuttia. Esityksen keskellä suunnittelimme, että opiskelijat harjoittelisivat asentohoitoa 15 minuuttia, joka hieman katkaisisi pitkää luentoa ja opiskelijat jaksaisivat keskittyä paremmin kuunteluun. Suunnittelimme harjoituksen niin, että kolme vapaaehtoista opiskelijaa tulisi luokkahuoneeseen eteen harjoittelemaan asentohoitoa sairaalavuoteessa poikkilakanan avulla. Niin, että yksi opiskelijoista esittää vuoteessa liikuntakyvyttöä potilasta ja kaksi muuta opiskelijaa ovat hoitajia toteuttamassa asentohoitoa. Luennon viimeiset puolituntia suunnittelimme käytettävän tietovisaan ja palautteen antoon, kumpaankin 15 minuuttia.

4.5 Oppitunnin kuvaus

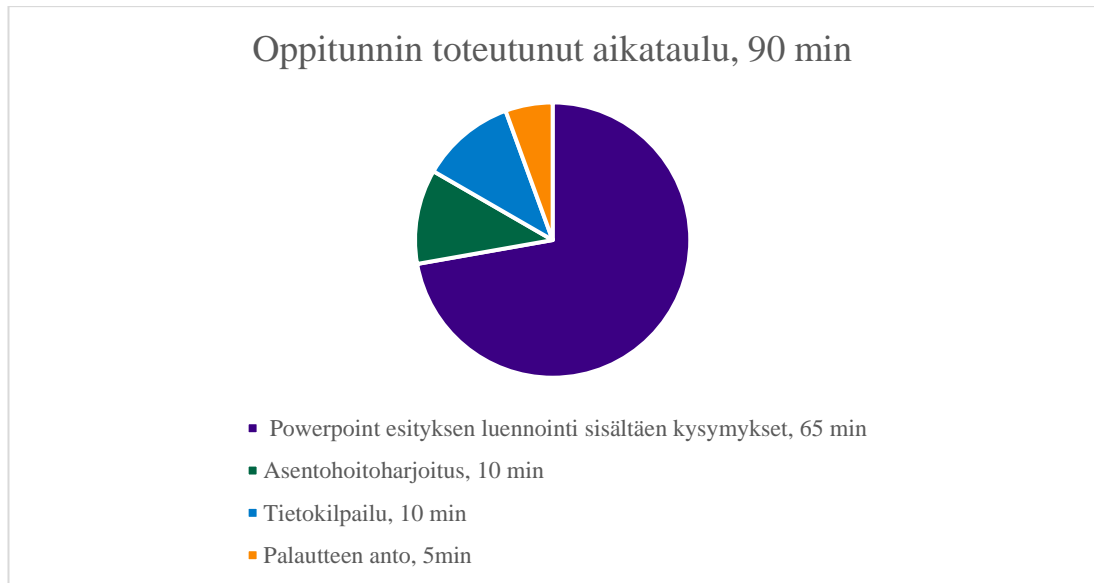
Menimme puoli tuntia ennen oppitunnin alkua Vantaan ammattiopisto Variaan, jotta ehdimme saada tietokoneen ja luokan valmiiksi. Aloitimme oppitunnin ajallaan klo 12:30. Aluksi esittäydyimme ja kerroimme vähän omasta taustastamme. Oppituntimme painehaavojen ennaltaehkäisystä, tunnistamisesta ja hoidosta kesti kokonaisuudessaan 90 minuuttia (Kuvio 1). Teimme havainnollistamiseksi PowerPoint esityksen, joka sisälsi painehaavan epidemiologiaa, painehaavan määritelmän ja eri asteet, tietoa kudostyypeistä haavassa, asentohoitoa, painehaavojen ennaltaehkäisyä, kliinistä haavanhoitoa, haavanhoidon aseptiikkaa ja riskitekijöitä painehaavalle, tietoa haavanhoito välineistä ja hieman kivun hoidosta. Diat sisälsivät myös kuvia painehaavan eri asteista, kudostyypeistä ja haavanhoitotarvikkeista, olimme lainanneet kuvat internetistä. Laitoimme myös *Haavanhoidon periaatteet*-kirjan kiertämään, josta näki tarkemmat kuvat kudostyypeistä, sillä videotykin kautta näyttäessä kuvien laatu PowerPoint esityksessä huononi. Puhuessamme haavanhoitotuotteista ja tarvikkeista, näytimme myös niitä luokan edessä ja laitoimme opiskelijoille kiertämään. Tuotteet saimme lainaan ammattiopistolta. Esityksessämme oli kolmekymmentä diaa, mitkä olimme jakaneet tasaisesti sen mukaan, mihin kumpikin oli perehtynyt enemmän. Luennoimme enemmän suullisesti pitäen diaesityksen napakkana. Meillä oli

muistiinpanoja luennoimisen tukena, mutta muistimme hyvin kaiken mitä halusimme sanoa, jolloin esiintyminen oli luontevaa.

Totesimme omien luennointi harjoitustemme myötä, että PowerPoint esitykseen voi mennä lähes 60 minuuttia, joten päätimme jättää asentohoitoharjoitukset oppitunnin loppuun, jos meille jää aikaa. Luennoinnin päätteeksi yksi opiskelija kysyikin, voisimmeko näyttää asentohoitoa potilasvuoteessa, joten toteutimme sen siinä kohtaa. Vain yksi opiskelija tuli vapaaehtoisesti mukaan harjoitukseen, joten toinen meistä oli harjoituspotilaana ja toinen yhden lähihoitajaopiskelijan kanssa toteutti asentohoitoa. Kävimme läpi hyvän kylkiasennon, ruokailuasennon ja puoli-istuvan asennon. Asentohoitoharjoittelussa käytimme harjoitusmenetelmää.

Tietovisa ja palautteenanto tiivistyivät kuitenkin molemmat viimeiseen 15 minuuttiin, sillä saimme kysymyksiä luennon aikana, jotka pidensivät aikataulua. Toteutimme tietovisan Kahoot! -ohjelman avulla, hyödyntäen pelimenetelmää. Tietovisan tavoitteena oli antaa kertausta opiskelijoille juuri kuulemastaan luennosta, sekä me pystyimme samalla tekemään summatiiivista arviointia eli opiskelun jälkeistä arviointia opiskelijoiden oppimisesta. Kysymykset näytettiin videotykillä meidän tietokoneestamme ja vastausvaihtoehto symbolit jokainen valitsi omasta älypuhelimestaan kirjauduttuaan kilpailuun pin-koodilla Kahootin sivulla.

Lopuksi jaoimme paperisena palautelomakkeen opiskelijoille, jonka avulla pystyimme arvioimaan oppituntimme hyödyllisyyttä ja onnistumistamme oppitunnista. Olimme etukäteen pohtineet yksinkertaiset kysymykset, joihin jaksaa vastata, mutta saadaan kuitenkin riittävästi palautetta. Aikaa tähän jäi enää noin viisi minuuttia, mutta opiskelijat jaksoivat kuitenkin mielestämme rauhassa vastata palautelomakkeeseen. Opiskelijat palauttivat lomakkeen lopuksi väärinpäin luokan edessä olevalle pöydälle, kun olivat valmiita ja saivat sitten poistua. Kiitimme vielä opiskelijoita oppitunnille osallistumisesta ja jotkut jäivät vielä keskustelemaan kanssamme aiheesta.



Kuvio 1.

5 OPPITUNNIN PALAUTE

5.1 Opiskelijoiden palaute

Keräsimme oppitunnin lopuksi palautetta paperisella palautelomakkeella, jotka olimme etukäteen tehneet ja tulostaneet. Palautelomakkeessa kysyttiin: “Hyödytkö oppitunnista?” ja “Miten hyvin oppitunti oli mielestäsi toteutettu?”. Vastausvaihtoehdot ovat 1–5, 1 tarkoittaa en yhtään/ei hyvin, 2 vähän/välttävästi, 3 kohtalaisesti, 4 paljon/hyvin ja 5 erittäin paljon/erittäin hyvin. Lisäksi lomakkeessa on avoin kysymys ”Jäitkö jotain puuttumaan oppitunnista?” sekä lopuksi kohta “Vapaa palaute”, johon sai kirjoittaa vapaamuotoisen palautteen.

Odotimme oppitunnille 25 opiskelijaa, joista paikalle tuli 21. Palautteeseen vastasi 19 opiskelijaa. Opiskelijoista 13 (68 %) koki hyötynensä oppitunnista erittäin paljon. Opiskelijoista viisi (26 %) koki hyötynensä paljon ja yksi (5 %) kohtalaisesti. Viidentoista opiskelijan (79 %) mielestä oppitunti oli toteutettu erittäin hyvin ja neljän (21 %) mielestä hyvin.

Avoimeen kysymykseen “Jäikö jotain puuttumaan oppitunnista?” vastasi 15 opiskelijaa, ettei mitään jäänyt puuttumaan. Kaksi koki, että harjoittelua olisi pitänyt olla enemmän. Yksi vastasi jääneensä miettimään, mitä kautta painehaavapatja hankitaan. Yhden opiskelijan vastauksesta emme osanneet tulkita, mitä sillä tarkoitetaan.

Vapaassa palautteessa neljä oli sitä mieltä, että esitys ja opetus oli selkeää. Kaksi toivoi, että olisimme puhuneet selkokielellä ja yksi toivoi lisäksi kuvia enemmän. Kaksi opiskelijoista koki, että opettamamme asiat ovat hyödyllisiä työelämässä. Lisäksi esimerkiksi opettamistavastamme pidettiin, opiskelijat kokivat, että otimme hienosti yleisön mukaan ja opiskelijoiden mielenkiinto pysyi yllä. Moni mainitsi oppineensa paljon uutta, yksi ajatteli oppitunnin olevan hyvää kertausta. Aiheemme sai kiitosta, opiskelijoiden mielestä olimme perehtyneet asioihin hienosti, ja osasimme vastata kaikkiin kysymyksiin kattavasti.

5.2 Opettajan palaute

Lisäksi hoitotyön lehtori kuunteli oppituntiamme ja antoi meille henkilökohtaisen palautteen suullisesti ja palautelomakkeella. Oppitunnin järjestämisestä ja yhteistyöstä saimme erinomaista palautetta, lehtori sanoi saaneensa meistä luotettavan kuvan, sillä pidimme hyvin yhteyttä ja varmistimme useita asioita ennen oppitunnin pitämistä.

Hoitotyön lehtori mainitsi 45 minuuttia olevan aika, jonka opiskelijat jaksavat yleensä korkeintaan kuunnella. Lehtori sanoi myös lopussa olleen tietovisan olevan hyvä idea, joka aktivoi myös opiskelijoita. Lehtori sanoi opetusmenetelmämme olleen hyvät, hän myös piti siitä, kun laitoimme haavanhoito kirjan kiertämään, mistä näki lisää kuvia sekä haavanhoito tuotteita ja tarvikkeita.

6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kehittämistyömme tavoitteet ovat korkean moraalien mukaisia, teemme työmme rehellisesti, tarkasti ja huolellisesti. Eettisenä haasteena opinnäytetyössämme on ollut saada kuvamateriaalia painehaavoista. Meidän molempien työpaikoilla on potilaita, joilla on painehaavoja, mutta lupaa kuvaamiseen on haastava saada potilaiden ymmärryksen puutteen vuoksi. Mielenkiintoa oppituntiin olisi saanut näyttämällä erilaisia kuvia painehaavoista, joita olisimme itse hoitaneet ja kertooneet taustan haavan synnylle. Näytimme kuitenkin oppikirjoista ja netistä lainattuja kuvia painehaavoista lähteineen oppitunnin aikana, oppimisen tueksi.

Palautteen luotettavuuden ja eettisyyden vuoksi annoimme opiskelijoiden antaa kirjallisen palautteen oppitunnista nimettömänä. Kerroimme osallistujille myös, että palautepaperit tulee olemaan ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden hallussa, sekä ne hävitetään asianmukaisesti niiden lukemisen jälkeen.

Painehaavoista löytyy valtava määrä erilaisia lähteitä, joten pyrimme olemaan hyvin kriittisiä lähteitä valitessa. Käytimme mahdollisimman uusia lähteitä. Luotettavuutta loimme käyttämällä useita eri lähteitä ja tietoa etsiessä luimme samat asiat useista eri lähteistä vertaillen niiden tietoja.

Kehittämishankkeen mahdollisia riskejä ajattelimme olevan kohderyhmämme puutteellinen tai vajaa palaute, jolloin raporttimme oppitunnin onnistumisesta jäisi puutteelliseksi. Työssämme oli myös nopea aikataulu, joten riskinä olisi voinut olla, ettemme pysy aikataulussa, jos esimerkiksi oppitunti olisi siirtynyt äkillisen sairastumisen takia. Riskinä olisi voinut olla myös, että teemme liian haastavan oppitunnin lähihoitajaopiskelijoiden osaamistasoon nähden tai päinvastoin.

7 POHDINTA

Kehittämistyössä käyttämiämme menetelmiä ovat paperinen kyselylomake opiskelijoille oppitunnin jälkeen, minkä avulla hankimme palautteen oppitunnista. Havainnointia teemme esimerkiksi työpaikallamme seuratessa haavanhoitajan työskentelyä ja vertailemme hänen työskentelyään oppimaamme tietoon. Haastattelua teimme lehtorille, saadaksemme tietoa opiskelijoiden osaamistasosta, sekä muuta tarvittavaa käytännön tietoa oppitunnin pitämistä varten. Toiminnallinen osuus ilmenee työssämme, kun pidämme oppitunnin lähihoitajaopiskelijoille. Kuvamme opinnäytetyössämme koko prosessin ja analysoimme sen vaiheita.

Opetusmenetelmiksi valitsimme luennoinnin, minkä tukena oli PowerPoint esitys, koska siihen saa sisältöä helposti paljon ja kuvia havainnollistamiseksi. Koimme sen myös luontevaksi menetelmäksi, koska olemme tehneet opintojemme aikana paljon PowerPoint esitelmiä, joten se on meille kaikista tutuin menetelmä. Koska aiheemme on hyvin laaja, niin esityksemmekin sisälsi paljon informaatiota ja se kesti tunnin ajan. Olemme etsineet toiminnalliseen kehittämistyöhömme tutkimustietoa ja käytännöntietoa kehittämisen tueksi. Olemme olleet kriittisiä etsiesämme tutkimustietoa, arvioimme hankittua tietoa ja omia valintoja, prosessia ja tuloksia.

Koemme onnistuneemme oppitunnin vaativuuden suhteen saamamme hyvän palautteen perusteella. Myös opiskelijoiden aktiivinen osallistuminen oppituntiin kysymyksillä ja keskustelulla loi meille kuvan, että he olivat kiinnostuneita, mistä puhumme ja saivat myös paljon uutta tietoa aiheesta. Saimme noin kymmenen kysymystä opiskelijoilta luennon aikana, mikä lisäsi sopivasti keskustelua ja arvelemme sen lisänneen opiskelijoiden mielenkiintoa ja keskittymistä luentoan. Olimme tyytyväisiä siihen, että oppitunnin aikana tuli keskustelua, kun opiskelijat kommentoivat ja esittivät hyviä kysymyksiä. Kysymykset myös purkivat omaa jännitystämme ja katkaisivat hyvin pitkää puhejaksoa. Koemme opetuksen sujuneen luontevasti ja etenimme aiheissa loogisessa järjestyksessä.

Kirjallisen palautteen perusteella pystyimme myös tulkitsemaan, että kahdelle opiskelijalle opetustyyliimme ei ollut kaikilta osin sopiva, koska he toivoivat, että olisimme puhuneet enemmän selkokielellä. Kysyimme kuitenkin oppituntia edeltävästi opiskelijoiden lehtorilta lähihoitajaopiskelijoiden taustoista ja osaamisesta, joten koemme, että myös lehtori olisi voinut mainita meille selkokielisen opetuksen tarpeesta, jos se olisi tullut huomioida opetuksessa.

Huomasimme opiskelijoiden reaktiosta (esim. pään nyökyttely) puhuessamme asentohoidosta sen olevan heille tuttu aihe. Siksi kävimme asentohoitoon liittyvät asiat nopeammin, jotta tutun aiheen kuuntelu ei kävisi tylsäksi, sekä voimme keskittyä ennemmin opiskelijoille uusiin aiheisiin. Asentohoitoharjoituksen päättämekin pitää vasta luennon jälkeen, koska epäröimme riittääkö siihen välttämättä aikaa ja pidimme tärkeämpänä sitä, että ehdimme luennoida koko PowerPointesityksen. Opiskelijat ovat kuitenkin harjoitelleet asentohoitoa koulussa ja työharjoitteluissa aiemmin.

Koska vaihdoimme asentohoitoharjoittelun luennon loppuun, opiskelijoiden täytyi kuunnella luentoa tunnin ajan putkeen, mikä saattoi vaikuttaa kuulijoiden keskittymiskykyyn. Opiskelijat ja lehtori olivat etukäteen myös toivoneet meidän painottavan opetusta haavanhoitoon, joten halusimme varata siihen enemmän aikaa. Asentohoitoharjoittelu olisi katkaissut luennon keskeltä ja oppilaat olisivat päässeet jaloittelemaan, mikä olisi voinut taas parantaa keskittymiskykyä. Mielestämme pieni tauko olisi voinut olla hyvä puolessa välissä oppituntia, minkä myös aluksi suunnittelemamme asentohoitoharjoittelu olisi tuonut. Siksi kysyimme opiskelijoilta pienen tauon tarpeesta, mutta he toivoivat opetuksen yhteen putkeen. Mutta kuten opettaja mainitsi meille palautteessaan, yleensä 45 minuuttia on sellainen aika, minkä opiskelijat jaksavat kuunnella luentoa. Toisaalta käytimme koko 90 minuuttia oppituntiimme, joten olisimme saattaneet myöhästyä oppitunnin lopetuksesta, jos olisimme pitäneet tauon. Mielestämme opiskelijat jaksivat kuitenkin yllättävän hyvin keskittyä luentoan koko opetuksen ajan ja heidän mielenkiintonsa vaikutti pysyvän yllä myös aiheutuneen keskustelun ja kysymysten perusteella.

Yllätyimme, etteivät opiskelijat maininneet palautteessa tietovisasta, sillä he vaikuttivat kuitenkin pitävänsä siitä ja heittäytyivät siihen reippaasti mukaan. Pelin nopeatempoisen luonteen vuoksi, emme pystyneet ottamaan tarkkoja tuloksia ylös, mutta Kahootin sivuilta näimme, että 64 % kaikista vastauksista meni oikein, kaksi opiskelijaa sai 10/10 pistettä ja yksi 9/10 pistettä. Näiden tulosten perusteella ja mitä pelin edellä havaitsimme, arvioimme tentin olleen kohtalaisen sopiva haastavuudessaan. Myös kielitaito saattoi vaikuttaa tuloksiin, sillä osa kysymyksistä oli niin sanottuja kompakysymyksiä.

Koko opinnäytetyöprosessin aikana olemme myös itse oppineet valtavasti painehaavoista ja painehaavojen, sekä ylipäänsä haavojen hoidosta. Olemme jo aikaisemminkin todenneet, että parhaiten itsekin oppii, kun opettaa toisille kyseistä aiheesta. Emme tienneet etukäteen, millaisia kysymyksiä tulemme saamaan, joten meidän tuli opiskella aiheesta itse hyvin laajasti, vaikka rajasimmekin oppitunnin sisällön lähihoitajaopiskelijoiden opetussuunnitelmaan sopivaksi.

Parityöskentely on ollut meille koko ajan sujuvaa, sillä olemme opiskelujemme aikana tehneet useita pari- ja ryhmätöitä yhdessä. Työn edetessä olemme jakanneet osioita mihin tulee milloinkin keskittyä ja säännöllisesti olemme tavanneet ja käyneet yhdessä läpi opinnäytetyötämme. Olemme täydentäneet toistemme kertomaa, sekä arvioineet kriittisesti omaa ja toistemme tuottamaa tekstiä ja löytämiä lähteitä. Opinnäytetyössämme oli suhteellisen nopea aikataulu, mutta olemme sen todenneet olevan meille sopiva, sillä työskentelemme tehokkaammin paineen alla.

Kokemuksemme oppitunnin pitämisestä on hyvin positiivinen, koimme opetuksen olevan mielekästä tuleville hoitoalan ammattilaisille, sillä he selvästi olivat kiinnostuneet kertomastamme. Voisimme jatkossakin pitää vastaavia oppitunteja ammattiopistoille, etenkin painehaavoista, sillä nyt meillä on oppitunnin Powerpoint pohja ja oppimamme tieto painehaavoista. Varmasti seuraavan kerran oppitunti menisi vielä sujuvammin. Voimme hyödyntää opinnäytetyöprosessista saamaamme oppia opettamisesta tulevaisuudessa sairaanhoitajina mm. opiskelijahoitajien ohjauksessa.

LÄHTEET

- Ahtiala, M., Kivimäki R., Laitio R. & Soppi, E. (2020). The Association Between Pressure Ulcer/Injury Development and Short-term Mortality in Critically Ill Patients: A Retrospective Cohort Study. *Wound Management & Prevention*. Saatavilla 19.11.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32294060/>
- Arai, K., Yamamoto, K., Suzuki, T., Mitsukawa, N., & Ishii, I. (2020). Risk factors affecting pressure ulcer healing: Impact of prescription medications. *Wound Repair & Regeneration*. Saatavilla 19.11.2022. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=c2639118-5b0a-4b2b-b77a-804a2309175e%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGI2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=142948909&db=aph>
- Castrén, H., Nuutinen, U. & Hietanen, H. (22.4.2021). Haavojen ABC [Verkkokurssi]. Oppiportti. Duodecim. <https://www.oppoportti.fi/op/dvk00006>
- Forni, C., Gazineo, D., Allegrini, E., Bolgeo, T., Brugnolli, A., Canzan, F., Chiari, P., Evangelista, A., Grugnetti, A., Grugnetti, G., Guberti, M., Matarese, M., Mezzalira, E., Pierboni, L., Prosperi, L., Sofritti, B., Tovazzi, C., Vincenzi, S., Zambiasi, P., Zoffoli, C., Ambrosi, E., Bandi, F., Batani, M., Bertin, G., Bianchi, L., Carmagnini, L., Cedioli, S., Colognese, S., Morena, C., D'Alessandro, F., Fontana, M., Galassi, L., Gridelli, M., Magnani, P., Morri, M., Ortolani, B., Scialla, M., Stanga, P., Toselli, P. & Zanelli, S. (2022). Effectiveness of a multi-layer silicone-adhesive polyurethane foam dressing as prevention for sacral pressure ulcers in at-risk in-patients: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748922000013?token=48C306F71E49103565AF7826545759C57A2DD1A8A23A5AAB01CCC8506678B927736DF470ACFF147A20C8D734C08FBBFC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220817074549>

- Himanen, S., Nikkola, R. (2021). Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistarpeet lähihoitajien ja hoitohenkilökunnan arvioimana. *Gerontologia*. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/92102/60235>
- HUS. (22.11.2019). *Painehaavojen ennaltaehkäisy osa laadukasta hoitoa*. Saatavilla 19.11.2022. <https://www.hus.fi/ajankohtaista/painehaavojen-ennaltaehkaisy-osa-laadukasta-hoitoa>
- Häkkinen, T. (2018). Sosiaalipedagogisia lähtökohtia freirelaisittain. Teoksessa Valtonen, M. *Yhteisöpajat osallisuuden, oppimisen ja muutoksen mahdollistajana*. Tampere: Juvenes Print Oy. Saatavilla 19.11.2022. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152244/Diak_Tyoelama_15_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Isoherranen, K. (2015). Haavat. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toim.), *Palliativinen hoito*. Kustannus Oy Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/pli00239/do?p_haku=haavat#q=haavat
- Jinhyun, K., Jai-Yon, L. & Eunhee, L. (2022). Risk factors for newly acquired pressure ulcer and the impact of nurse staffing on pressure ulcer incidence. *Journal of Nursing Management*. John Wiley & Sons, Inc. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=33928d84-a22a-4b53-b7e7-460832acd0e1%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGI2ZSZzY29wZT1zaXRI#db=aph&AN=157816267>
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2018). *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Juutilainen, V. (24.3.2021). *Haavan alipaineimuhoido, toimintaperiaate ja toteutus*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01332>
- Juutilainen, V., Kavola, H., Mäntymäki, J., Orell-Kotikangas, H., Heikkilä, A., Kivelä, A., Kuokkanen, O., Lagus, H., Leppäniemi, E., Saine, L., Pukki, T. (2016). Estä painehaava [Verkkokurssi]. Oppiportti. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00056>
- Kaartinen, I. (24.11.2017). Painehaava. Teoksessa Leppäniemi, A., Kuokkanen, H., Salminen, P. (Toim.), *Kirurgia*. Kustannus Oy Duodecim.

https://www.oppiportti.fi/op/kia20400/do?p_haku=paine-haava#q=painehaava

- Kavola, H. & Laine, M.K. (2020). *Kroonisten haavojen ehkäisy on tehokkainta haavanhoitoa*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 19.11.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15703>
- Kavola, H. (2018). HUS-toimintamalli painehaavariskin arvioinnissa. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lumio, J. (20.11.2019). *Painehaavat eli makuuhaavat*. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313>
- Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritakoski, J. (2015). *Kehittämistyön menetelmät*. Helsinki. Sanoma pro oy.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., & Vuorinen, S. (2020). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Soppi, E. & Ahtiala, M. (2020). *Painehaavan synty, tunnistaminen ja ehkäisy*. Suomen yleislääkärit. Saatavilla 19.11.2022. <https://www.luku-sali.fi/index.html?p=Suo-men%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=4d89fa30-1dc1-11eb-8e1c-00155d64030a>
- Soppi, E. (2010). *Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 19.11.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591#s3>
- Stolt, M., Kielo, E. & Haavisto, E. (2018). Näyttöön perustuva haavojen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. (2019). *Avoimen haavan VPKM-väriluokitus-helpperi*. Saatavilla 19.11.2022. https://www.shhy.fi/wp-content/uploads/2021/03/SHHY_PDF_hoitosuositukset_helpperi_VPKM_2019.pdf
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. (2019). *Painehaavojen/painevaurioiden ehkäisy ja hoito. Infektio ja biofilmi. [Tiivistelmä.] The International Clinical Practice Guideline*. Saatavilla 19.11.2022.

https://www.shhy.fi/wp-content/uploads/2021/05/SHHY_PDF_hoito-suositukset_painehaava19_kaannos21.pdf

Suomen verisuonikirurginen yhdistys ry. (2022). *Painehaava*. Saata-

villa19.11.2022. <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>