



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Kokonaisvaltaisen haavanhoidon kehittämistarpeet Vantaan haavanhoito-osastolla

Partti Juulia
Ravantti Anne
Suikkanen Anni

2016 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Kokonaisvaltaisen haavanhoidon kehittämistarpeet Vantaan haavanhoito-osastolla

Partti Julia
Ravantti Anne
Suikkanen Anni
Hoitotyö
Opinnäytetyö
1/2016

Partti Juulia, Ravantti Anne, Suikkanen Anni

Kokonaisvaltaisen haavanhoidon kehittämistarpeet Vantaan haavanhoito-osastolla

Vuosi 2016 Sivumäärä 47

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien haavanhoidossa tarvittavaa osaamista ja koulutuksen tarvetta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa haavanhoidon koulutuksen kehittämisen tueksi. Opinnäytetyö toteutettiin osana Vantaan kaupungin LBD (Learning By Doing) - hankkeen haavanhoito-kokonaisuutta. Tutkimusaineisto kerättiin lokakuussa 2015. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi; ”Miten haavanhoito toteutuu hoitotyöntekijöiden arvioiden mukaan Vantaan haavanhoito-osastolla?” ja ”Millaiseksi hoitotyöntekijät arvioivat haavanhoidon koulutuksen riittävyyden?”. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena Katriinan sairaalan haavanhoito-osastolla. Kysymyslomake rakennettiin näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen haavatyypin, kliinisen tutkimisen, paranemisen ja paranemiseen vaikuttavien tekijöiden, aseptiikan, puhdistuksen, kivunhoidon, haavanhoitotuotteiden ja kirjaamisen osa-alueilta. Osallistujat olivat lähi-, perus- ja sairaanhoitajia jotka toteuttavat haavanhoitoa osastolla (n=15).

Opinnäytetyön keskeisiä tuloksia olivat, että haavanhoidon tietokysymyksiin vastattiin pääosin oikein ja että oma osaaminen arvioitiin yleensä hyväksi. Käytännön osaamisessa oli vastausten perusteella joitain puutteita. Osallistujien arvion mukaan haavanhoidon koulutukselle olisi tarvetta, mikä tuli esille myös sanallisissa kommentteissa. Kuitenkin työpaikalla koulutus arvioitiin pääosin riittäväksi. Tulosten perusteella haavanhoidon koulutuksia tarvitaan etenkin haavakivun hoidon, haavan puhdistamisen ja haavanhoidon keskeisten käsitteiden osa-alueilla.

Asiasanat haavanhoito, hoitotyö, koulutus, hoitotyöntekijät, kehitystarpeet

Ravantti Anne, Partti Juulia, Suikkanen Anni

Developing evidence-based wound care in Vantaa

Year	2016	Pages	47
------	------	-------	----

The aim of this Bachelor's thesis was to discuss the nurses' educational needs in the field of wound care. The target was to increase the knowledge to support developing the wound care education. The thesis was carried out in association with the city of Vantaa as an LbD (Learning by Developing) project. The thesis discusses how the nurses perceive wound care management on a wound care ward as well as what they think of the sufficiency of wound care education. Quantitative method was applied in this thesis. The data was collected on a wound care ward at Katriina Hospital in October 2015. The questionnaire inquiry was created using evidence-based literature about wound types, clinical examination, healing and the factors affecting it, aseptic wound care, cleaning, pain management, wound care products and documentation. The participants were registered nurses and practical nurses (n=15). The main results of the thesis show that the nurses had a lot of knowledge of wound care and they usually perceived their wound care skills adequate. There seemed to be some inadequacies in their practical wound care skills. Although the participants felt that there was enough wound care education in the workplace, they also seemed to think that it would be necessary to have some further wound care education especially in the field of pain management, cleaning and terminology.

Keywords: wound care, nursing, education, registered nurses, practical nurses

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Näyttöön perustuva haavanhoitotyö	6
2.1	Haavan tutkiminen ja arvionti	7
2.2	Haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät.....	10
2.3	Aseptiikka haavanhoidossa	12
2.4	Haavan puhdistus.....	13
2.5	Haavakivun hoito	16
2.6	Haavanhoitotuotteet	17
2.7	Haavanhoidon kirjaaminen	20
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	21
4	Tutkimusmenetelmät.....	22
5	Tulokset.....	22
6	Pohdinta	29
6.1	Tulosten tarkastelu	29
6.2	Opinnäytetyön eettisyys	32
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
6.4	Johtopäätökset	34
	Lähteet	36
	Liitteet.....	40

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen asettaa haavanhoidolle uusia haasteita, sillä ikä lisää haavojen kroonistumisen riskiä. Haavojen määrän voi siis odottaa tulevaisuudessa kasvavan. Myös diabeteksen ja verenkiertosairauksien lisääntyminen myötävaikuttavat kroonisten haavojen syntyyn. Jo nyt potilaita, joilla on krooninen haava, on Suomessa vuosittain noin 34 000 ja kroonisten haavojen hoidon kustannuksiksi on arvioitu n. 190-270 miljoonaa euroa vuodessa. Tämä tarkoittaa 5000-7000 euroa jokaista kroonisen haavan vuoksi hoidossa olevaa potilasta kohden. (Kiura, Reiman-Möttönen & Mäkelä 2012; Albäck, Venermo & Vikatmaa 2009.)

Hoitotyön kehittämisen yksi keskeisistä haasteista on edelleen näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttaminen käytännön hoitotyöhön. Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen parantaa hoidon laatua ja laadun yhtenäisyyttä eri toimintayksikköjen välillä, vähentää hoitovirheitä sekä laskee hoidon kustannuksia. Tavoitteeseen pääseminen vaatii seuranta- ja hoidon vaikuttavuuden arviointia ja yhteistyötä alan johtamisessa, koulutuksessa ja tutkimustyössä. (STM 2009.) Hoitohenkilökunnan on tärkeää pysyä ajan tasalla haavanhoitoon liittyvissä asioissa (Grek-Stjernberg 2013). Aiemmin toteutetussa haavan puhdistusmenetelmien käyttöä kartoittavassa kyselyssä (Iivanainen ym. 2014) ilmeni, että hoitajien tiedoissa puhdistusmenetelmistä ja niiden käytöstä on eroavaisuuksia. Koulutuksen kehittämiseksi on tarpeen kartoittaa hoitajien olemassa olevaa tieto- ja taitopohjaa.

Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin haavahoito-hanketta, jonka tavoitteena on haavojen ja niiden kroonistumisen ennaltaehkäisy, hoidon vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden parantaminen sekä haavojen paranemisen nopeuttaminen. Hankkeella kehitetään laadukasta ja yhtenäistä haavanhoidon mallia Vantaan kaupungin alueelle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien haavanhoidossa tarvittavaa osaamista ja koulutuksen tarvetta. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa haavanhoidon koulutuksen kehittämisen tueksi. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Vantaan kaupungin sairaalapalveluiden kanssa haavanhoitoa toteuttavalla osastolla. Tutkimusotokseen kuului haavanhoitoon osallistuvaa henkilökuntaa eli sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi, joista ensimmäinen liittyy haavanhoidon toteutumiseen ja toinen koulutuksen tarpeen arviointiin.

2 Näyttöön perustuva haavanhoitotyö

Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ajantasaisen tiedon harkittua hyödyntämistä potilaan tai asiakkaan hoidossa. Terveystieteiden laissa (1326/2010, 8§) velvoitetaan, että laadun

takaamiseksi terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hoitotyötä toteutetaan siis tutkimustietoon tai muuhun luotettavaan tietoon, kuten asiantuntijalausuntoihin perustuen. Tietoa myös käytetään harkitusti tilanteen mukaan ja potilaskohtaisesti paras ratkaisu mieltien. Näyttöön perustuva haavanhoito tarkoittaa parhaimpien tutkimustulosten soveltamista haavanhoitoon yksilöllisesti. Tutkittua tietoa haavanhoitopotilaille saadaan hoitotieteestä, lääketieteestä ja ravitsemustieteestä. Käypä hoito -suositukset, hoitotyön suositukset ja tieteellinen, toimivaksi havaittu tai kokemukseen perustuva näyttö ovat myös osa näyttöön perustuvaa haavanhoitokäytäntöä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 393; Hoitotyön tutkimussäätiö 2016; STM 2009.)

Haavojen luokittelu yhtenäisin ohjein luotettavaan näyttöön perustuvien luokittelumenetelmien pohjalta helpottaa näyttöön perustuvan hoidon suunnittelua, hoitovasteen seuraamista ja tiedon kulkua (STM 2009; Juutilainen & Hietanen 2012, 65-66). Systemaattisten järjestelmien avulla luokitella saadaan haavan diagnoosista täsmällisempi. Samalla potilastapausten vertailukelpoisuus helpottuu. Haavojen luokittelu ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, vaan etiologialtaan erilaiset haavat vaativat erilaista luokittelutapaa. Tämän takia eri luokitteluperusteisiin perustuvia mittareita on useita, kuten diabeettisen jalkahaavan luokittelu iskemia, haavan syvyys ja mahdolliset infektiot huomioiden tai painehaavan syvyyden arviointi kliinisen kuvan perusteella. (Juutilainen & Hietanen 2012, 65-66.)

2.1 Haavan tutkiminen ja arviointi

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat krooniset ja akuutit haavat. Akuutti haava syntyy äkillisesti jonkin ulkoisen fysikaalisen voiman aikaansaamana. Krooninen haava syntyy tai sen paraneminen hidastuu toistuvien mekaanisten ärsykkeiden tai sisäisen tekijän, kuten perussairauden tai infektion aikaansaamana. Kroonisten haavojen paranemisnopeutta on tyypillisesti vaikea arvioida ja on olemassa suurentunut riski haavan uusiutumisesta samaan kohtaan. Suuntaa-antava sääntö on, että haava luokitellaan krooniseksi, kun sen paranemiseen aikaa kuluu yli kuukausi. Akuutit haavat voidaan jakaa puhtaisiin kirurgisiin haavoihin ja traumaattisiin haavoihin. Niihin kuuluvat myös palo- ja paleltumavammat. Tyypillisiä kroonisia haavoja ovat painehaavat ja diabeettiset jalkahaavat. (Juutilainen & Hietanen 2012, 65, 66.)

Avoimen haavan VPKM-väriluokitus on kliinisessä hoitotyössä paljon käytetty haavan arviointimenetelmä. Luokituksesta käytetään myös nimeä RYB-väriluokitus. Värin kautta luokittelu on hyvin käytäntöön istuva keino kliinisessä hoitotyössä paikallishoidon oikeassa valitsemisessa. Värit kuvaavat kliinisesti havaittua haavapohjan väriä. Luokituksessa V eli vaaleanpunainen tarkoittaa epitelisaatiokudosta, jossa ihon pintakerros kasvaa muodostaen vaaleanpunaisia saarekkeita. P eli punainen tarkoittaa granulaatiokudosta, joka terveenä on kirkkaanpunainen, kostea, ulkoisesti ryynimäinen, kivuton eikä vuoda herkästi verta. Granulaatiokudos voi

olla myös huonosti paranevaa, jolloin se on väriltään joko tummemman punaista, sinertävää tai haaleampaa, vuotaa verta herkästi, on kuiva ja tunnoton. K eli keltainen tarkoittaa fibriinikatteista haavaa, jossa on pehmeä, paksu keltainen tai vihertävä kate, erityksen määrä on vaihtelevaa ja lisäksi haavassa voi olla märkää, fibriiniä tai solun osia. M eli musta tarkoittaa nekroottista haavaa, jolloin haavassa on kiinni tummaa kuollutta kudosta ja sen lisäksi haava voi olla märkäinen. Samassa haavassa voi olla myös usean tyyppistä kudosta samanaikaisesti, jolloin hoito valitaan potilaalle vakavimman haavapohjan tyyppin mukaan. Väriluokitus ei sovellu käytettäväksi palo- tai paleltumavamman, painehaavan tai syöpähaavan luokittelun tukena, sillä tällöin haavan vaurio voi ulottua kliinistä arviota syvemmälle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 66-68; Pihlström & Rantalainen 2010.)

VPKM-luokituksen yhteydessä määritellään usein myös infektoitunut haava. Infektoituneessa haavassa kipua ja turvotus lisääntyvät, haavaerite haisee pahalta haava vuotaa herkästi ja sen syvyys ja pinta-ala kasvavat. Ympäröivässä ihosta esiintyy punoitusta, kuumotusta, turvotusta ja arkuutta palpoidessa. Kliiniset infektion merkit ovat indikaatio bakteerinäytteen ottamiseen haavasta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 66-68; Pihlström & Rantalainen 2010.)

Diabeettisen jalkahaavan arviointiin kattavin kliininen luokittelujärjestelmä on Texasin yliopiston luokitus. Luokituksessa on 12 eri luokkaa ja arvioinnissa otetaan huomioon haavan syvyys, infektoituminen ja alaraajan iskemia. Luokituksen perusteella pystytään asettamaan ennusteet haavan paranemiselle. (Juutilainen ym. 2009; Ebeling ym. 2009.)

Painehaavan arviointi tapahtuu kansainvälisellä NPUAP-EPUAP-syvyysmittarilla asteikolla 1-4. Ensimmäisen asteen painehaavaksi lasketaan ihon punoitus, toisen asteen painehaavassa iho on pinnallisesti vaurioitunut ja verinahka on näkyvässä, kolmannen asteen haava ulottuu koko ihon läpi ja näkyvässä voi olla rasvakudosta. Neljännen asteen haavassa vaurioitunut on ihon lisäksi myös ihonalaiskudosta ja näkyvässä on luuta, jännettä tai lihasta. Luokittelun ulkopuolelle jäävät kosteuden aikaansaamat hautuneet haavat, ja haavat, joiden syvyyttä ei tiedetä (Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2011; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Oleellista myös sekä akuutissa että pitkäaikaishoidossa on myös hoitoon saapuvan potilaan painehaavan syntymisen riskin ennalta arviointi. Riskiä arvioidaan Bradenin riskiluokitusmittarilla kuuden arviointikohdan perusteella. Arvioitavat osa-alueet ovat tuntoaisti, ihoalueen kosteus, fyysinen aktiivisuus, liikkumiskyky, ravitsemus ja ihoalueeseen kohdistuva mekaaninen rasite. Mittarista voi saada 6-23 pistettä. Mitä matalampi pistemäärä on, sitä korkeampi on riski painehaavan syntyyn. Bradenin mittarin lisäksi painehaavariskin arviointiin on hyvä käyttää vajaaravitsemusriskin mittaria, sillä vajaaravitsemus sellaisenaan on merkittävä riskitekijä painehaavan synnylle. (Ayello 2012; Juutilainen & Hietanen 2012, 313-315; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Haavaa arvioidessa kiinnitetään huomiota haavan kokoon, haavassa olevaan kudokseen ja ympäröivän ihon kuntoon sekä kipuun. Arvioinnissa käytetään täsmällisiä käsitteitä ja mitta-asteikoita. Tämä mahdollistaa haavan muutosten seurannan myös hoitavan henkilön vaihtuessa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 56-64.)

Haavan kokoa mitatessa haavan suurin pituus ja leveys mitataan ja ilmoitetaan senttimetreinä sekä tarvittaessa arvioidaan haavan pinta-ala ja tilavuus. Haavan mittaamiseen suositellaan hygieniasyistä kertakäyttöisiä mittanauhoja. Onkaloiden ja haavataskujen syvyyttä arvioidessa apuna voi käyttää pumpulipuikkoa, metallista nuppisondia tai ohutta huuhtelukatetria. Tilavuuden seuranta kliinisessä hoitotyössä on vähäisempää sen vaikean mitattavuuden vuoksi. Haavan tai onkalon tilavuutta voi tarvittaessa arvioida sinne mahtuvan nesteen tai haavageelin määrällä. Koon seurantaan luotettava keino on haavan jäljentäminen läpinäkyvälle kalvolle. (Juutilainen & Hietanen 2012, 56-64.)

Silmämääräisesti arvioidaan, mihin kudokseen asti haava ulottuu ja minkä laatuista kudosta haavan pohja on. Kudoksen tyyppien esiintyvyys ilmoitetaan prosentteina haavan koko pinta-alasta. Haavaa ympäröivä iho arvioidaan ja havainnoidaan, onko ihossa hiertymää, hankaumaa tai maseroitumista eli ihon vettymää. Suljettu kirurginen haava arvioidaan näkyvissä olevan haavaa reunustavan ihon perusteella, tarkastelemalla mahdollisen haavaeritteen laatua ja potilaan kertomien oirekuvausten perusteella. (Juutilainen & Hietanen 2012, 56-64.)

Tunnustelulla eli palpoinnilla saadaan tietoa haavan kudoksen muodosta, kiinteydestä, elastisuudesta, lämpötilasta ja kivusta. Alaraajassa olevan haavan yhteydessä myös pulssi tunnustellaan. Myös kapillaarireaktiota voi tutkia ihoa painamalla. Kun tervettä ihoa painetaan, painokohta vaalenee hetkellisesti ja sitten palautuu. Alueella oleva valtimoverenkierron häiriö ilmenee puuttuvana kapillaarireaktiona. Heikentyneessä laskimoverenkierrossa puolestaan kapillaarireaktio on nopeutunut ja väri ihoalueelle palaa saman tien paineen poistamisen jälkeen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 56-64.)

Kliinisessä haavainfektiossa todetaan kuumotusta, punoitusta, turvotusta, kipua, kosketusarkuutta ja haavaerite voi olla sameaa, ruskeaa tai vihertävää sekä haisevaa. Haava laajenee ja syvenee. Lievemässä infektiossa haavan paranemisaika pitkittyy ja erite voi haiskahtaa, mutta muut klassiset tulehduksen merkit voivat puuttua. Infektoituneesta haavasta otetaan tarvittavat bakteerinäytteet puhdistuksen jälkeen. Poikkeuksena on resistenttien bakteerien kolonisaation seuranta, jolloin näyte otetaan vanupuikolla ennen haavan puhdistamista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 56-64; Juutilainen & Niemi 2007; Pihlström & Rantalainen 2010.)

Haavapotilaan kohdalla myös potilaan yleinen kliininen tutkiminen on aina aiheellista. Huomi-
oitava on potilaan yleinen terveydentila ja perussairaudet, yleiskunto, ihon kunto myös muu-
alta kuin haava-alueelta, turvotukset ja perifeerinen pulssi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 62-
63.)

2.2 Haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Akuutti haava alkaa parantua heti sen syntymisen jälkeen. Ensimmäinen vaihe paranemisessa
on verenvuodon tyrehtyttäminen, minkä jälkeen alkaa tulehdusreaktiovaihe, jota seuraa kor-
jausvaihe ja kypsymisvaihe. Vaiheet ovat usein osittain päällekkäisiä. Haavan katsotaan pa-
rantuneen, kun sen pinnalle on muodostunut epiteelisolukko. Paraneminen kestää muutamia
päiviä tai kuukausia riippuen monista haavaan ja potilaaseen liittyvistä tekijöistä. Paranimis-
prosessi kuitenkin jatkuu vielä kunnes haavan arpi on kypsynyt, mikä voi kestää jopa vuoden
tai kaksi. (Lagus 2012, 29-30.)

Verenvuodon tyrehtyttäminen on akuutin haavan paranemisen ensimmäinen vaihe. Siinä der-
mikseen asti ulottuva haava synnyttää kemiallisia ja mekaanisia vauriosignaaleja. Verisuonet
supistuvat n. 10-15 minuutiksi, jotta verenvuoto pysyisi hallinnassa. Vaurioituneisiin verisuo-
niin syntyy verihyytymätulppia, kun veren hyytymistekijät aktivoituvat. Samaan aikaan hyyty-
mää hajottava fibrinolyysi alkaa, jotta veri pääsee hyytymästä huolimatta kiertämään kudok-
sessa. (Lagus 2012, 30-31.)

Tulehdusreaktiovaiheessa käynnistyvä inflammaatio alkaa, kun valkosoluja kerääntyy vaurioi-
tuneelle alueelle puolustamaan ja puhdistamaan aluetta. Valkosolut alkavat kerääntyä vaurio-
kohtaan minuuttien päästä vamman syntymästä. Inflammaatiovaihe on kuitenkin voimakkaim-
millaan 1-3 vuorokauden kuluttua haavan synnystä. Tulehdusreaktio jatkuu muutaman päivän,
jos haava ei ole infektoitunut. Sekä inflammaation että infektion voi tunnistaa punoituksesta,
turvotuksesta, kuumotuksesta ja kivusta. (Lagus 2012, 31-32.)

Korjausvaiheessa haavan vaurioitunut alue on täyttynyt verihyytymän muodostamalla väliai-
kaisella soluväliaineella, joka alkaa muodostua kun verisuonet uudelleen laajenevat supistu-
misen jälkeen ja niiden läpäisevyys lisääntyy. Haavan pinnalle muodostuu uudisverisuonia ja
kollageenisäikeitä, minkä jälkeen se peittyy epiteelisolulla eli tapahtuu re-epitelisaatio. Kor-
jausvaihe alkaa n. 2-4 vuorokautta haavan synnyn jälkeen. (Lagus 2012, 32-37.)

Haavan kypsymisvaiheessa soluväliaine muuttuu ja arpikudos vähenee. Osa haavan pienistä
verisuonista sulautuu yhteen. Kudoksen vetolujuus lisääntyy, punotus ja arpikudos vähenevät
ja haava saavuttaa lopullisen ulkonäkönsä. Vaihe alkaa n. 2-3 viikon kuluttua haavan synnystä
ja voi kestää yli vuoden. (Lagus 2012, 37.)

Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaaseen liittyvät eli systeemiset tekijät kuten ikä, perussairaudet, ravitsemus ja elämäntavat sekä haavaan liittyvät paikalliset tekijät kuten kosteusolot, lämpötila ja haavan seudun verenkierto. Lisäksi haavan paranemiseen vaikuttaa mm. potilaan motivaatio. (Lagus 2012, 39.)

Kroonisista haavoista jopa 80 %:ssa on suuri määrä kehon puolustusmekanismeille ja antibiooteille resistenttejä bakteereja, mikä estää haavaa paranemasta (Casey 2011, 28). Infektion syntymiseen vaikuttavat mm. potilaan vastustuskyky, kudoksen verenkierto ja bakteerien määrä haavassa (Lagus 2012, 46). Haavaan voi kohdistua mekaanisia ärsykejä, jotka aiheuttavat haavoja tai pahentavat niitä. Paine, kitka ja ihon venyminen ovat tällaisia ärsykejä (Lagus 2012, 47.) Venymistä tapahtuu, kun paine kohdistuu kehon luisevimpiin osiin ja iho venyy eri suuntiin. Kitka syntyy, kun potilasta esimerkiksi siirretään sängyssä toiseen asentoon. Kitka ja venyminen yhdessä voivat johtaa vakaviin painehaavoihin, koska ne heikentävät verenkiertoa ärsykeille altistuneessa kohdassa. (Hampton 2007.)

Haavan paranemisen edellytyksenä on riittävän kostea ja lämmin, +37 °C, ympäristö. Haava ei saa kuivua eikä erittää liikaa tai hautua sidosten alla. Kehon eritteiden pääsy haavaan hidastaa myös paranemista ja altistaa bakteeritulehduksille. Haavan runsas märkäerite vaikuttaa kudoksen hapen ja ravinnon saantiin. (Lagus 2012, 46, 48). Jos haavaerite läpäisee haavanhoitosidokset, altistaa se herkästi haavaa ympäröivän ihon maseroitumiselle ja rikkoutumiselle. (Grothier & Pardoe 2013).

Haavan paranemiseen vaikuttaa etenkin kudosten hapensaanti. Aluksi pieni happivaje edistää haavan paranemista, mutta pitkittyessään happivaje eli hypoksia kuitenkin heikentää ja hidastaa haavan paranemista. Happivajetta pahentavia tai pitkittäviä tekijöitä ovat mm. keuhkosairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet, leukemia, diabetes ja kudoksen turvotus. Lisäksi aineenvaihdunnan sairaudet, immuunijärjestelmän sairaudet, ruuansulatuselimistön sairaudet ja neurologiset vammat tai sairaudet voivat omalta osaltaan heikentää haavan paranemista. Ikääntyminen vaikuttaa haavan paranemiseen siten, että iho ohenee sekä solujen määrä ja aktiivisuus heikentyy. Nämä tekijät lisäävät riskiä saada haavoja sekä hidastavat haavojen paranemista. Myös erilaiset lääkitykset voivat vaikuttaa negatiivisesti haavan paranemiseen. Tällaisia lääkkeitä ovat esimerkiksi antikoagulantit, ASA ja NSAID-lääkkeet. Kortikosteroidit ja sytostaatit lisäävät tulehdusriskiä. (Lagus 2012, 39-41, 45-46; Saarialho-Kere 2006.)

Elämäntapoihin liittyviä haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat ravitsemus, tupakointi, alkoholi, huumeet ja lihavuus. Tupakointi myös aiheuttaa enemmän keuhko- sekä sydän- ja verisuoniperäisiä komplikaatioita jo leikkauksen aikana (Saarialho-Kere 2006). Ravitse-

muksessa tulee ottaa huomioon sekä makroravinteiden eli proteiinin, hiilihydraattien ja rasvojen että mikroravinteiden eli vitamiinien ja hivenaineiden riittävä saanti. Proteiinin puutos mm. pidentää tulehdusvaihetta, lisää tulehdusriskiä ja lisää kudosturvotusta. Hiilihydraatit ja rasvat ovat tärkeimpiä energian lähteitä haavan paranemisen kannalta. Hiilihydraatteja tarvitaan mm. proteiinisynteesiin ja valkosolujen energialähteeksi. Rasvahappoja taas tarvitaan esimerkiksi solujen rakennusaineeksi. Vitamiineista tärkeimpiä haavan paranemisen suhteen ovat C, A, K, E ja B. Hivenaineista taas erityisesti tarvitaan sinkkiä, rautaa, kuparia ja magnesiumia. (Lagus 2012, 42-44.)

Tupakointi heikentää kudosten hapensaantia supistamalla verisuonia sekä salpaamalla soluhengitystä. Alkoholin käyttö lisää infektioriskiä ja vähentää uudisverisuonten muodostusta. Toisaalta alkoholin liikakäyttö voi altistaa myös monille sairauksille, tapaturmille ja itsestä huolehtimisen laiminlyönnille. Huumeiden käyttö lisää tapaturma-alttiutta ja voi myös tuhota kudoksia tai altistaa mm. bakteeri-infektioille. (Lagus 2012, 40-41, 46.)

Haavan paranemiseen vaikuttaa systeemisten ja paikallisten tekijöiden lisäksi myös mm. stressi, henkilökohtainen hygienia ja sen ylläpitämisen mahdollisuudet, rahatilanne, motivaatio ja hoitoon sitoutuminen sekä potilasohjaus (Lagus 2012, 49.) Potilasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisesti, huomioiden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Haavan koko, paranemisaika, erityis ja kipu vaikuttavat potilaan elämänlaatuun, kehonkuvaan, sosiaaliseen elämään ja kykyyn toimia itsenäisesti. (Grothier & Pardoe 2013.)

2.3 Aseptiikka haavanhoidossa

Aseptiikan tavoitteena on Lindholmin artikkelin mukaan estää infektioiden syntyminen erilaisen hoitotyön toimintojen avulla. Aseptinen työjärjestys tarkoittaa sitä, että hoitotyötä tehdään suunnitelmallisesti niin, että edetään puhtaasta likaiseen. Hoitajan aseptinen omatunto tarkoittaa työskentelyä niin, että muiden hoitajien toimintatavat eivät vaikuta työn toteuttamiseen. Kaikki työvälineet tulee kerätä ennen toimenpidettä. Niiden tulee olla steriilejä ja helposti saatavilla. Toimenpiteen suunnittelussa tulee ottaa huomioon tavanomaiset varotoimet, joita ovat käsihygienia, suojainten käyttö, työskentelytavat ja välineiden käyttö oikeaoppisesti sekä pisto- ja viiltotapaturmien välttäminen. (Lindholm 2015.)

Käsien iholla on Meurmanin artikkelin mukaan runsaasti mikrobeja, joista suurin osa on bakteereita. Ihon bakteeriflooraan vaikuttavat monet tekijät, kuten ikä, sukupuoli, ammatti ja henkilökohtainen hygienia. Bakteerifloora muuttuu ajan kuluessa. Ihon kunto vaikuttaa bakteerien esiintyvyyteen. Esimerkiksi sairaanhoitajilta, joilla oli huonokuntoinen käsien iho, löytyi enemmän haitallisia bakteereja kuin muilta sairaanhoitajilta. Käsien bakteerifloora voidaan jakaa pysyvään ja vaihtuvaan flooraan. Pysyvä floora on ihon syvemmissä kerroksissa ja

vaihtuvan flooran bakteerit säilyvät iholla minuutteja, tunteja tai päiviä. Hyvällä käsihygienialla voidaan eliminoida käsistä vaihtuva flora ja ehkäistä näin mm. sairaalabakteereiden ja virusten leviämistä. Jopa lyhyt, 10 sekunnin kosketus bakteerille altistuneen potilaan vuoteen päätyyn voi johtaa bakteerin siirtymiseen sormenpäihin. Ennen toimenpidettä tulisi käyttää desinfiointiaainetta, koska desinfioidut kädet kontaminoituvat hitaammin kuin vedellä ja saippualla pestyt kädet. Kontaktin jälkeen käsistä leviää bakteereja ympäristöön minuuttien tai tuntien ajan, jos käsiä ei ole desinfioitu. (Meurman 2015.)

Suojakäsineet suojaavat potilaan lisäksi myös hoitajaa. Suojakäsineitä on käytettävä, kun toimenpiteessä käsitellään verta, eritteitä tai haavoja tai kun potilaalla on kosketuseristys. Alle 24 vuorokautta vanhaa leikkaushaavaa käsitellessä käytetään steriilejä käsineitä. Tehdaspuhtaita kertakäyttöisiä nitrili- tai lateksikäsineitä käytetään, kun leikkauksesta on kulunut yli vuorokausi ja käsitellään leikkaushaavaa. Haavanhoidossa on aina käytettävä suojakäsineitä. Vinyyliekäsineitä ei kuitenkaan saa haavanhoidossa käyttää. Ennen käsineiden pukemista kädet desinfioidaan. Käytön jälkeen käsineet laitetaan jätteenastiaan ja kädet desinfioidaan uudelleen. Suojaesiliinan käyttö ehkäisee tehokkaasti työasun likaantumista. Esiliina on kertakäyttöinen. Suu- ja nenäsuojuksen käyttöä haavanhoidossa suositellaan, jotta hoitajan suun mikrobit eivät siirry haavaan. Silmäsuojuksia suositellaan käytettäväksi, jos haavasta mahdollisesti roiskuu eritettä tai on riski sairauden leviämisestä veriteitse. (Lindholm 2015.)

2.4 Haavan puhdistus

Haavan puhdistaminen on tärkeä osa haavan hoitoa haavan tyypistä ja alkuperästä riippumatta. Se auttaa haavalle suotuisan bakteeritasapainon syntymistä sekä ehkäisee liiallista haavaeritystä. Kuollut kudoks haavassa pitää yllä tulehdustilaa, jossa haavan normaalin paranemisen käynnistyminen estyy tai hidastuu. Puhdistuksen tavoitteena on poistaa haavasta lika, kuollut kudoks ja vieras materiaali sekä puhdistaa haava mahdollisesta biofilmistä. Puhdistusmenetelmä valitaan haavan tyypin ja ominaisuuksien perusteella. Käytettyjä keinoja haavan puhdistukseen ovat haavan kirurginen poisto, kirurginen ja mekaaninen revisio sekä autolyttinen, entsyymaattinen ja biologinen puhdistus. (Juutilainen 2011; Tuuliranta 2014; Juutilainen & Niemi 2007; Juutilainen & Hietanen 2012, 79.)

Autolyttinen puhdistus on elimistön luonnolliseen hajottamisprosessiin perustuvaa puhdistamista. Siinä elimistön omat proteolyttiset entsyymit ja makrofagit eli syöjäsolut hajottavat kuollutta kudosta. Solut toimivat parhaiten kosteassa ympäristössä, joten prosessia voi edesauttaa huolehtimalla haavan kosteudesta esimerkiksi kosteutta ylläpitävillä paikallishoitovalmisteilla. Autolyttistä puhdistusta käytetään tarvittaessa mekaanisen puhdistuksen tukena, mutta ei ainoana haavanhoitokeinona. Se sopii parhaiten fibriinikatteisten haavojen puhdistukseen ja haavalla olevan nekroottisen kudoksen pehmittämiseen. Menetelmä on helppo ja

kivuton, mutta hidaski ja kosteus voi aiheuttaa haavaympäristön maseroitumista. (Juutilainen 2011; Juutilainen & Hietanen 2012, 80; Iivanainen, Grek-Stjensberg, Kallio, Korhonen & Pukki 2014; Juutilainen & Niemi 2007; Strohal ym. 2013.)

Entsymaattinen puhdistus tapahtuu salvamaisella haavanhoitotuotteella. Entsymaattista puhdistusta käytetään mekaanisen puhdistuksen tukena, ei ensisijaisena haavan puhdistuskeinona. Entsymaattisiin valmisteisiin kuuluvat tervettä ja kuollutta kudosta yhdessä pitävää kollageenia pilkkovat kollageenaasivalmisteet sekä verihyytymiä liuottavat, fibriiniä, nekroottisen kudoksen saostumia ja tulehdusneste- ja märkäkertymiä pilkkovat streptokinaasivalmisteet. Menetelmää käytetään puhdistuskeinona etenkin nekroottispohjaisiin haavoihin, sillä tuotteen sisältämät proteolyttiset entsyymit pilkkovat nekroottista kudosta vahingoittamatta tervettä kudosta. Menetelmä tarvitsee toimiakseen kostean haavaympäristön. (Juutilainen 2011; Iivanainen ym. 2014.)

Kemiallinen puhdistus ja puhdistavat sidosmateriaalit tappavat bakteereja, voivat edistää elimistön omaa kykyä puhdistaa haavaa sekä aiheuttavat nekroottisen kudoksen irtoamista. Antiseptisten aineiden käyttöä tulee kuitenkin harkita huolella, koska se voi aiheuttaa bakteeriresistenssiä. Esimerkkejä kemialliseen puhdistukseen käytetyistä tuotteista ovat antiseptiset ja vetyperoksidisiliuokset, antimikrobi-voiteet, biofilmin hajottajat, lääkehuuho, pihkavoide sekä antibakteerisesti vaikuttavat haavasidokset, kuten hopeasidokset. (Kallio 2011, 7; Juutilainen 2011; Juutilainen & Hietanen 2012.)

Biologinen puhdistus eli toukkaohito on tehokas ikivanha menetelmä, joka on noussut uudestaan terveydenhuollon käyttöön 1900-luvulla. Hoidossa hoitopusseihin pakatut toukat asetetaan esipuhdistetulle haavalle, josta mahdollinen nekroottinen kudos on poistettu. Toukkien annetaan olla haavassa 2 - 3 päivää. Hoito voi olla kivulias ja haava tulee tarkistaa päivittäin hoidon aikana. Hoito perustuu kärpäsentoukkien erittämien entsyymien ominaisuuksiin, jotka hajottavat ja pehmittävät nekroottista kudosta ja bakteereita, mutta eivät vahingoita tervettä kudosta. Hajottamisen jälkeen toukat syövät hajonneen kudoksen. Hoito tehoaa moniin eri haavoihin, mutta kuiviin nekroottisiin haavoihin toukkien entsyymit eivät pure ja runsaasti erittäviin haavoihin toukat voivat hukkua. Toukkaohidolla on antibakteerisia vaikutuksia myös antibioottiresistenttejä bakteerikantoja kohtaan. Toisaalta toukat myös erittävät pieniä määriä ammoniakkia, joten toukkien määrä on rajoitettu valmistajan toimesta 3000 toukkaan potilasta kohden. Steriilisti viljellyt kärpäsen toukat ovat erityislupavalmiste. Toukat on tilattava etukäteen ja hoito aloitetaan 24 tunnin kuluessa toukkien saapumisesta. Toukat elävät vain 3-6 vuorokautta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 195-197; Juutilainen 2011; Kukko 2010.)

Kirurgisesta puhdistuksesta eli revisiosta puhutaan silloin, kun kuollut ja tulehtunut kudoks poistetaan haavasta leikkaavilla instrumenteilla kirurgista haavan poistoa pienemmässä mitta-kaavassa. Kirurginen puhdistus on tarpeen aina, kun haavassa on runsaasti nekroosia tai kliinisesti todettu bakteeri-infektio. Koska kuolleessa kudoksessa ei välity kipua, nekroosia voidaan poistaa tehokkaasti ja nopeasti poliklinikalla tai vuodeosastolla ilman anestesiaa tai puudutusta, mutta puhdistustoimenpiteen kivuliaisuuden lieventäminen kipulääkityksellä voi olla tarpeellista. Toimenpiteeseen käytetään instrumentteina veistä, saksia, kyrettä ja pinsettejä. (Juutilainen 2011; Juutilainen & Niemi 2007.) Verenvuodot ovat revision yleisimpiä komplikaatioita. Pienet kapillaarisuonten verenvuodot voi tyrehdyttää manuaalisesti painamalla, mutta joskus tarpeen on sulava ommel tai verenvuoron tyrehdyttäminen kemiallisesti hopeanitraatilla kauterisoimalla tai sähkökauterisaatiolaitteella. (Schiffman ym. 2009; Suzuki & Cowan 2009.)

Revisioksi kutsutaan myös mekaanista puhdistusta, jossa mekaanisin apuvälinein poistetaan kuollutta kudosta. Mekaaninen puhdistus on paksukatteisen haavan puhdistukseen ensisijaisesti käytetty menetelmä. Mekaanisen puhdistuksen menetelmiä on useita. Raja kirurgisen ja mekaanisen puhdistuksen välillä on häilyvä, sillä molemmat käsitteet sisältävät mm. kauhan, pinsettien ja saksien avulla suoritettua revision. (Juutilainen 2011; Iivanainen, Grek-Stjenberg, Kallio, Korhonen & Pukki 2014.) Myös erilaiset vesiterapiahoitot sekä ultraäänipuhdistus kuuluvat mekaaniseen puhdistukseen. Vesiterapiahoidoissa katetta ja kuollutta kudosta poistetaan kylvetyksillä, hoitosuihkuilla ja tarkoituksenmukaisilla painepesureilla. Korkeapaineinen vesisuihku poistaa hyvin fibriinikatetta ja pinnallista nekroosia. Vesiterapiahoitoa tehostaa samanaikainen muu mekaaninen puhdistus. Ultraäänitehosteisessa haavan puhdistuksessa välittäjäaineena toimii keittosuola. Matala ultraääni hajottaa melko tehokkaasti, turvallisesti ja kivuttomasti kuollutta kudosta ja biofilmin mikrobeja. (Juutilainen 2011; Juutilainen & Niemi 2007; Suzuki & Cowan 2009.)

Haavan kirurginen poisto eli ekskisio on tehokkain tapa poistaa kuollut kudoks haavasta. Ekskisiassa koko haava leikataan pois tervettä kudosta myötäillen. Tuloksena on puhdas pohjainen akuutti haava. Hyvissä kudolosuhteissa voi olla mahdollista sulkea haava saman leikkauksen yhteydessä. Tällainen toimenpide edellyttää kirurgista kokemusta, leikkaussaliolosuhteita sekä puudutusta tai anestesiaa. (Juutilainen 2011; Juutilainen & Hietanen 2012, 80.)

Haavan alipaineimuhoidon perustuu haavapinnalle aikaansaatuun alipaineeseen. Käytännössä tämä tapahtuu ilmatiiviin kalvon, haavasiemen ja imuletkun avulla. Ennen hoidon aloittamista haava puhdistetaan mekaanisesti leikkaussaliolosuhteissa. Hoito vähentää kudosturvotusta, lisää kudospesuusta, puhdistaa haavapohjaa ja edistää uusien verisuonten ja granulaatiokudoksen muodostumista. Hoito sopii suurimpaan osaan kroonisista ja akuuteista haavoista, mutta ei nekroottisiin haavoihin, tutkimattomiin fisteleihin tai potilaille, joilla on hoitamaton

luutulehdus. Menetelmän käyttö on yleistynyt viime vuosina. Tutkimusnäyttö alipaineimuhoi-
don kliinisestä tehosta on vielä heikkoa, mutta viittaa alustavasti siihen, että hoito on yhtä
vaikuttavaa tai jopa vaikuttavampaa kuin muut käytetyt paikallishoidot. Yleisimpiä hoidon ra-
portoituja haittavaikutuksia ovat infektiot, ihon ärsytys ja siteiden vaihdon aikainen kipu.
(Juutilainen 2011; Juutilainen & Niemi 2007; Juutilainen & Hietanen 2012, 197-199; Juutilai-
nen, Vikatmaa, Kuukasjärvi & Malmivaara 2007; Palonen & Rantalainen 2010a.)

2.5 Haavakivun hoito

Potilaan haavakivun arviointi lähtee aina potilaan subjektiivisten tuntemusten kartoittami-
sesta. Hoitaja rohkaisee potilasta ilmaisemaan kipua. Myös potilaan kipukäyttäytymistä on
hyvä arvioida, etenkin jos hänen on vaikea itse kertoa kivustaan. Hoito suunnitellaan haastat-
telun perusteella. Haastattellessa potilasta hänelle tulee antaa riittävästi aikaa itse kuvailla
kivun tuntemuksiaan rauhallisessa ympäristössä. Hoitaja voi esittää tarkentavia kysymyksiä.
Haavakivun arvioinnissa on hyvä myös käyttää kipumittaria, joka on valittu potilaan kanssa
yhteistyössä. On tärkeää ohjata selkeästi kipumittarin käyttö sekä aina käyttää samaa mitta-
ria läpi hoitajakson. Myös kivun sijainti ja kipualueen laajuus sekä lepo- ja liikekiput on tär-
keää kartoittaa. Kivunhoitomuotojen valintaan vaikuttaa kivun voimakkuuden lisäksi myös se,
ollaanko kotona, poliklinikalla vai osastolla. (Juutilainen & Hietanen 2012, 91-92, 95.)

Haavan kipu voi olla kudonsvauriokipua, tulehduskipua tai kroonisissa haavoissa neuropaattista
eli hermovauriokipua. Kudonsvauriokipua kuvaillaan monesti tasaiseksi ja jatkuvaksi jomo-
tukseksi tai kirvelyksi. Tulehduskipu taas on usein voimistuvaa ja laajenevaa kipua. Neuro-
paattista kipua kuvataan sietämättömäksi kivuksi, joka alkaa ja loppuu äkillisesti. Haavakipua
on aina arvioitava yksilöllisesti ja on tärkeää huomioida potilaan subjektiivisesti tuntema
kipu. Jos haava on jatkuvasti kipeä, on kyse lepokivusta, jota myös kutsutaan taustakivuksi.
Haavakipu voi jatkua vielä hoitotoimenpiteiden tai muiden ärsykkeiden loputtuakin. (Juutilai-
nen & Hietanen 2012, 90-92.)

Haavanhoidossa käytetään säännöllistä kipulääkitystä, toimenpidekipua hoitavaa lääkitystä ja
puudutusta sekä erilaisia lääkkeettömiä hoitomuotoja potilaan yksilöllinen tilanne huomioi-
den. Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja ovat esimerkiksi asentohoito, tukisidosten käyttö, lii-
kerajoitukset, oikeiden haavasidosten valinta, hellävarainen käsittely, fysioterapia ja rentou-
tusharjoitukset. Tärkeää on aiheuttaa potilaalle mahdollisimman vähän kipua ja tehokkaasti
pyrkä ehkäisemää kivun kroonistumista. (Juutilainen & Hietanen 2012, 94.)

Haavan paikallishoitona voidaan käyttää puudutusaineita, kuten lidokaiinia, tetrakaiinia tai
lidokaiinin ja prilokaiinin yhdistelmävalmisteita. Tässä hoitomuodossa riskit ovat pieniä eikä

potilaan lääkitykset tai perussairaudet vaikuta puuduteaineen tehoon. Tärkeää on antaa puuduteaineen vaikuttaa riittävän pitkään sekä huomioida haavan syvyys. Syvempiin haavoihin sekä tulehtuneille alueille puuduteaine voi imeytyä normaalia tehokkaammin. Suosituksena on, että puuduteaineita käytetään paikallisesti haavanhoidossa kerran vuorokaudessa korkeintaan kolme kertaa potilaan kämmenen kokoiselle alueelle. Leikkauksen jälkeisen välittömän kivun lievittämiseen voidaan käyttää myös epiduraalipuudutusta tai alueellista kestopuudutusta. (Juutilainen & Hietanen 2012, 97-98.)

2.6 Haavanhoitotuotteet

Haavasidoksia voidaan luokitella esimerkiksi ainesosien, rakenteen, sijainnin, vaikutusmekanismien tai toimintatavan mukaan. Luokittelut eivät ole täysin kattavia, sillä yksittäinen tuote voidaan liittää useaan eri ryhmään. Vaikutusmekanismien mukaan luokitellut sidokset ovat passiivinen, aktiivinen, interaktiivinen ja biologinen haavasidos. Passiivisissa haavasidoksissa ei ole vaikuttavaa ainetta, joka vaikuttaisi haavapohjaan tai haavaeritteen soluihin. Passiivisia sidoksia kutsutaan usein ”perussidoksiksi”, kuten harso- ja kuitutaitokset, haavatyyny, rasvaharso-, kangas- ja silikonipintaiset verkkosidokset, sekä kiinnitys- ja tukisidokset. Aktiiviset haavasidokset edistävät paranemista eri mekanismeilla. Aktiivisia sidoksia ovat lääkeainetta sisältävät tuotteet, antiseptistä ainetta sisältävät tuotteet, kasvutekijä- ja tekoihovalmisteet sekä haavaeritteen solutoimintaan vaikuttavat tuotteet. Interaktiivisilla sidoksilla on monia hyviä haavasidosten ominaisuuksia. Niissä on vaikuttavia ainesosia tai ne on käsitelty niin, että ne aktivoituvat kudoseritteestä. Interaktiivisia sidoksia ovat alginaatit, hydrokuitu- ja geeliytyvät kuitukankaat, hydrogeelit, hydrokolloidit, vaahtosidokset, hydrofobiseksi käsitellyt kankaat, kyllästetyt harsokankaat ja nesteellä aktivoidut tuotteet. Biologisissa tuotteissa on kasvutekijöitä ja ovat usein ihmis- tai eläinperäisiä. (Juutilainen & Hietanen 2012, 138-139.)

Haavasidoksen luokittelu tuotteen sijainnin mukaan jaetaan kontaktisiteeseen, ensisijaiseen siteeseen, toissijaiseen siteeseen (päällyssiteeseen) ja kiinnityssiteeseen. Kontaktiside ja ensisijainen side ovat kiinni haavapintaa vasten. Kontaktiside tarvitsee aina toissijaisen sidoksen, mutta ensisijaisella sidoksella riippuu sen rakenteesta, tarvitseeko se toissijaisen sidoksen. Toissijainen sidos suojaa, kerää eritettä tai pitää kosteutta yllä. Se voi olla myös kiinnityssidoksena. Haavanhoitotuotteita valitessa tulee tietää haavan oireet ja siinä olevan kudoksen, haavan hoitoperiaatteet sekä haavasidosten toimintatavat. Toimintatavan mukaan luokiteltuja tuotteita ovat entsyymaattiset tuotteet, autolytyttiset tuotteet, biologiset tuotteet, hydrofobiset tuotteet, haavaeritteen solutoimintaan vaikuttavat tuotteet ja kemialliset, antiseptiset sekä antimikrobiset tuotteet. Haavanhoitotuotteita valitessa helpottaa, kun tuotteista puhutaan geneerisen nimen mukaan, joka kertoo sidoksen päävalmistusaineen nimen. Silloin osataan tunnistaa samankaltaiset sidokset. (Juutilainen & Hietanen 2012, 140.)

Harso- ja kuitusidoksia käytetään ensisijaisina tai toissijaisina sidoksina haavan eritteen ime-miseen ja haavan suojaamiseen. Nämä eivät sovi epitelisoivan tai granuloivan haavan ensisi-jaiseksi sidokseksi, koska sidoksen kuivuessa siitä tulee kuiva ja tarttuu kiinni haavan pintaan. Putki- ja kierresidoksia käytetään toissijaisina sidoksina. Niitä voidaan käyttää sidosten kiin-nittämiseen ja tukemiseen. Tukea antavia kierresiteitä käytetään venähdyksiin ja urheiluvam-moihin. Itseensä tarttuvia kierresiteitä käytetään paranemisvaiheessa oleviin palovammoihin, ihosiirteiden turvotuksen ja arpien ehkäisyyn. Haavatyynyjen tarkoituksena on imeä kudoses-tettä sekä hoitaa, pehmustaa ja suojata haavaa. Liimareunaisia tyynyjä käytetään leikkaus-haavan suojaamiseen. Haavatyynyjä käytetään ensi- tai toissijaisena sidoksena. Haavatei-peissä ja kiinnelaastareissa käytetään usein vähän allergisoivaa ja iholle hellävaraisia valmis-teita. Niitä käytetään sidosten, katetrien ja kanyyliin kiinnittämiseen sekä kirurgisen haavan sulkemiseen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 141-162.)

Haavakontaktisidokset ovat verkkomaisia tai kangasmaisia tekstiilejä, jotka läpäisevät eri-tettä. verkkosidoksilla tai kangassidoksilla voivat olla jonkin muun sidoksen alla ja näin estä-vät toisen tuotteen tarttumisen haavanpintaan. Rasvaharso- ja silikonipintaista verkkoa voi-daan pitää geelien ja voiteiden päällä, jotta ne eivät pääse leviämään haavaympäristöön. In-teraktiivisia haavakontaktisidoksia laitetaan kontaminoituneeseen tai infektoituneeseen haa-vaan. Haavakalvo suojaa haavaa kastumiselta ja ulkoapäin tulevilta mikrobeilta, mutta ovat samaan aikaan hengittäviä ja happea ja hiilidioksidia läpäiseviä. Haavakalvoja käytetään vä-hän erittäviin haavoihin suojaamaan uutta epitelisoituvaa haavaa. Ne sopivat pinnallisten pa-lovammojen ja painehaavojen hoitoon. Hydrokolloidit imevät eritettä, jolloin levy geeliiytyy ja pitää haavaa sopivan kosteana. Niitä käytetään epitelisoituvien ja granuloivien haavojen hoitoon sekä suojaamaan hiertymiä. Ne eivät sovellu infektoituneisiin haavoihin, koska okklu-siivinen ominaisuus voi lisätä bakteerikasvun riskiä. Hydrogeeliä käytetään kuiviin haavoihin sekä luun tai jänteen kosteana pitämiseen. Se soveltuu myös nekroottisten kudosten ja palo-vammakarstan irrottamiseen. Geeliä levitetään suoraan keskelle haavaa tai sitä imeytetään harsokankaaseen. Vaahtosidoksia käytetään rakkuloihin, ihonottoa, palovammat, onkalot ja fistelit. Niitä voidaan käyttää myös kroonisissa paine-, sääri- ja jalkahaavoissa. Hopeaa si-sältäviä vaahtosidoksia käytetään diabeettisen haavan hoidossa. Vaahtosidokset soveltuvat pinnallisiin ja syviin haavoihin. Alginaattisidos aktivoituu kun haavaerite imeytyy kuituihin. Se muodostaa geeliä, joka kosteuttaa ja luo haavalle hyvän paranemisympäristön. Alginaatti-sidoksia käytetään kohtalaisesti tai runsaasti erittävässä haavassa. Niitä voivat olla paine-, sääri-, jalkahaavat ja onkalohaavat. Hydrokuitu- ja geeliiytyvä kuitukangassidos pitää haavaa kosteana geeliiytyessään ja puhdistaa lukitsemalla eritteen ja sen mukana tulevat bakteerit kuitujen sisään. Niitä käytetään erittävässä haavoissa. Hydrofobiset sidokset sopivat puhtaisiin

ja bakteerihaavoille sekä sieni-infektoituneisiin haavoihin. Hopeasidoksia käytetään infektoituneisiin haavoihin ja infektion ehkäisyyn kontaminoituneessa haavassa. Hopeaionit vapautuvat, kun ne ovat kosketuksessa haavaeritteen kanssa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 141-162.)

Lääkehunaja pitää haavaa kosteana ja toimii antibakteerisena tuotteena sekä poistaa hajua. Hunajatuotteet ovat tarkoitettu pinnallisten ja syvien sekä infektoituneiden haavojen hoidoksi. Lääkepihkalla on antimikrobinen vaikutus gram-positiivisiin bakteereihin. Se sopii kaikentyyppisiin avoimiin haavoihin, jotka ovat infektoituneet tai kontaminoituneet. Pihkalla on ollut suotuisia vaikutuksia myös kynsien, hiuspohjan ja ihon sieni-infektioon. Aktiivihilisidos poistaa pahaa hajua. Aktiivisesti haavanpohjaan vaikuttavia tuotteet sopivat infektoitumattomalle krooniselle haavalle, joka paranee hitaasti. Nestemäisiä haavavalmisteita laitetaan suoraan haavapohjalle ohut kerros ja päälle hengittävä imevä sidos. Metallioneja sisältävät haavaverkot laitetaan haavalle niin, että se on suoraan kosketuksissa haavapohjan kanssa. Sen päälle tulee toissijainen kosteutta ylläpitävä sidos. PHMB:tä sisältävät tuotteet puhdistavat erittäviä infektoituneita haavoja. Sen vaikutus edellyttää kosteita olosuhteita, eikä sitä tule käyttää jos on raskaana. Haavanhuuhtelunesteet ja pyyhkeet puhdistavat haavaa kuolleesta kudoksesta ja vähentävät haavassa olevia mikrobeja. Ne soveltuvat traumaattisten, kroonisten ja infektoituneiden haavojen puhdistamiseen ja infektion ehkäisyyn. Hoitopyyhe korvaa vedellä huuhtelun. (Juutilainen & Hietanen 2012, 141-162.)

Haavanhoitotuotteen valintaan vaikuttaa haavan diagnostiikka ja haavanhoitotuotteiden vaikutusmekanismit. Tuotteita valittaessa on oleellista ymmärtää haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät, joihin voidaan vaikuttaa paikallishoidolla ja tuotevalinnoilla. Usein kostea haavanhoito on paranemista edistävää. Toisaalta haavalla ei ole hyvä pitää jatkuvasti kosteana pidettyä keittosuolaliuostaitosta, koska haavan ympäröivä iho saattaa maseroitua ja hidastaa haavan paranemista. Haavalle kannattaa valita sidos, joka imee haavaeritettä ja suojaa haavan ympäröivää ihoa. Sidosta valittaessa tarkastellaan haavan eritystä, haavapohjan katteisuutta ja mahdollista infektiota, sekä varmistetaan, että sidos pysyy paikoillaan, eikä aiheuta hankausta. (Seppänen & Hjerpe 2006-2007.)

Potilaasta lähtevien tekijöiden lisäksi haavanhoitotuotteen valintaan vaikuttaa haavan luonne, koko ja sijainti, tuotteen hinta sekä haavan ympäristön kunto. Huono sidosvalinta voi hidastaa haavan paranemista ja aiheuttaa turhia kustannuksia. Nykyisten kliinisten kokemusten perusteella voidaan todeta, että tuotteiden käyttö voi vähentää haavakipua ja hoitokertoja, vähentää haavaneritystä sekä edistää haavan puhdistumista. Tällöin potilaat ovat kokeneet heidän elämänlaatussa parantuneen, kun hajuhaitat ovat vähentyneet ja kivut ovat hallinnassa. Käytettäessä uudenaikaisia aktiivisia sidoksia ehkäistään passiivisten sidosten haitta-

vaikutukset. Passiiviset sidokset kuivattavat haavan pinnan, jolloin sidos tarttuu haavan ja sidosta poistaessa se tuottaa potilaalle kipua sekä vaurioittaa haavaa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 137.)

Nekroottisista haavoista on tarkoituksena poistaa kuollut kudoks, joka estää haavan paranemista. Kirurginen revisio on tehokas tapa poistaa nekroosi. Suihkuttelulla pehmitetään kuollutta kudosta ja suihkuttelun aikana voidaan poistaa helposti irtoavat kudossäämät. Kosteaa haavanhoito edistää kuivan nekroosin hajoamista. Nekroosia ei kuitenkaan tulisi poistaa ennen kuin on varmistettu riittävä verenkierto haavassa. Jos nekroosin alta valuu märkää, tulee se poistaa välittömästi. Fibriinikatteisen haavan hoidossa pehmitetään katetta ja puhdistetaan haava katteesta, jotta granulaatiokudos pääsee kasvamaan. Puhdistuksen tukena käytetään kosteuttavia sidoksia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 200-204.)

Runsaasti erittävässä haavassa tärkeää on kontrolloida liiallinen eristys. Runsas erittäminen voi johtua infektiosta, kudosturvotuksesta tai kudoksen mekaanisesta vauriosta. Haavaa suihkutellaan sekä taputellaan kuivaksi ja arvioidaan, kuinka nopeasti haavaeritys alkaa. Haavalle laitetaan imeväisiä sidoksia, jotka pitävät eritteen sidoksen sisällä. Jos haava on syvä, eikä imevä sidos ole kontaktissa haavapohjaan, laitetaan sen alle geelilytyvä kuitukangasside tai polyuretaanivaahtoside. Sidoksia vaihdetaan, kun ne ovat kastuneet läpi. Runsaasti erittävässä haavoissa tärkeää on turvotuksen eliminointi. Infektoituneen haavan puhdistaminen suihkuttelulla ja mekaanisella puhdistuksella on tärkeää. Suihkun painetta voidaan lisätä, mikäli potilaan kivut sen sallivat. Puhdistamisessa apuna voidaan käyttää vetyperoksidiliuoksia tai haavanhuuhteluliuoksia. Vakavissa infektioiden hoidot toistetaan jopa 2-3 kertaa päivässä. Antibakteerisesti vaikuttavat tuotteet ovat myös suositeltavia. Granuloiva haava on merkki paranevasta haavasta. Sitä muodostuu kun nekroottinen ja infektoitunut kudoks on poistunut. Haavaa huuhdellaan kevyesti ja kuivataan hankaamatta. Sidoksiksi valitaan kosteutta ylläpitävät sidokset. (Juutilainen & Hietanen 2012, 200-204; Malanin & Kuokkanen 2013.)

2.7 Haavanhoidon kirjaaminen

Potilastietojärjestelmät eivät palvele kovin hyvin haavanhoidon dokumentointia. Etenkin krooniset haavat, kuten painehaavat, diabeetikon jalkahaavat ja verenkiertoperäiset alarajahaavat ovat huonosti kirjattu järjestelmään. Niissä tarvitaan haavaluokitukseen, riskiarviointiin ja annettuna hoitoon liittyviä mittareita enemmän. Potilastietojärjestelmään olisi hyvä liittää osaksi jonkinlainen haavarekisteri, jossa kaikki edellä mainitut mittarit toteutuisivat. Se auttaisi luomaan tarkan ja yhteneväisen haavanhoidon jokaiselle potilaalle. Kirjaamisen avulla hoitajat välittävät oleellista tietoa potilaan hoidosta toisille hoitajille. Haavanhoidon kirjaamisessa käytetään pääluokkia, jotka ovat ihon eheyden muutos, limakalvon eheyden

muutos, akuutit haavat, krooniset haavat ja kudoseheyteen liittyvän tiedon tarve. Pääluokkien alle tulee alaluokat, jotka ovat konkreettisempia kuin pääluokat. Kirjaamisen tulee olla kaikilla hoitajilla yhtenäistä ja tarkkaa. Joskus haavan valokuvaaminen on hyvä dokumentointitapa, jossa huomataan selkeästi muutokset, joita on tapahtunut vertailemalla edellisiin kuviin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 70-74.)

Kirjaamisessa näkyy ensin hoidon tarpeen määrittely eli esitiedot, jossa kerrotaan potilaan ikä, perussairaudet, lääkitys ja miksi potilas on hoidossa. Pääluokaksi potilaalla, jolla on esimerkiksi krooninen haava, kirjataan kudoseheys ja krooninen haava. Siinä kerrotaan missä haava on ja todennäköinen syy haavalle. Toinen pääluokka on hoidon tarve, jossa kuvataan mikä on hoidon tavoite ja tarkoitus, kuten haavan pieneneminen ja lopuksi sulkeutuminen. Tärkeää on myös kuvata mitä hoitoa tai tuotteita haavassa käytetään ja kuinka monta kertaa viikossa/päivässä haavaa hoidetaan. Pääluokkina ovat vielä haavan seuranta ja erittämisen seuranta, joissa kerrotaan vuotaako haava ja kuinka paljon sekä minkä väristä erite on ja haiseeko se jollekin. Jos haava on maseroitunut tai muuten siinä huomaa jotain erityistä, on siitä hyvä mainita. Haavan tarkat mitat senttimetreissä olisi hyvä mitata tietyin väliajoin. Kirjaamisen tulee olla tarkkaa ja haavan hoidosta kannattaa kertoa kaikki tieto, mitä on tehnyt, miltä haava näyttää tai haisee sekä irtoaako kate helposti ja mitä kaikkea aineita/tuotteita haavalle on laitettu. Seuraava hoitaja voi tarkastella pääluokkaa hoidon tulokset sekä kirjata onko haava jotenkin muuttunut viime kerrasta vai onko se entisellään. (Juutilainen & Hietanen 2012: 72.) Kinnusen väitöskirjan mukaan esimerkiksi haavatuotteiden kirjaamisessa oli paljon epäloogisuutta. Erityisesti haavanhoitotuotteiden nimiä kirjattiin sekä kauppa- että geneerisillä nimillä tai niiden lyhenteillä. (Kinnunen 2013.)

Haavanhoidossa tulee ottaa monta eri asiaa huomioon, mikä saattaa johtaa vääränlaiseen dokumentointiin, jolloin hoidosta tulee epäjohdonmukaista. Haavanhoitoon liittyvää tietoa on vaikea löytää jos sitä on kirjattu useaan eri paikkaan. Jos potilaalla on monia eri haavoja eri paikoissa, se lisää haasteita, koska silloin pitää olla entistä tarkempi kirjaamisen suhteen. Rakenteellisella kirjaamisella on todettu olevan monia myönteisiä vaikutuksia. Se tekee kirjaamisesta täsmällistä ja johdonmukaista. Käsitteiden ja termien täytyy olla yksiselitteisiä ja helposti jokaisen ymmärrettävissä. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa haavanhoitoa, koska sitä voidaan pitää tarkistuslistana, josta voidaan tarkistaa että kaikki hoitotyön toiminnot toteutuvat. (Kinnunen 2013; Kinnunen 2007.) Myös haavanhoidossa standardisoidun kirjaamismallin käyttö lisää todetusti olennaisen tiedon määrää hoitokertomuksissa (Törnvall 2008, 47).

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien haavanhoidossa tarvittavaa osaamista ja koulutuksen tarvetta. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa haavanhoidon koulutuksen kehittämisen tueksi.

- 1) Miten haavanhoito toteutuu hoitotyöntekijöiden arvioiden mukaan Vantaan haavanhoito-osastolla?
- 2) Millaiseksi hoitotyöntekijät arvioivat haavanhoidon koulutuksen riittävyyden?

4 Tutkimusmenetelmät

Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin Vantaalla Katriinan sairaalan haavanhoito-osastolla. Otos ($n = 15$) koostui osastojen haavanhoitoon osallistuvista sairaanhoitajista, lähi- ja perushoitajista. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 2), joka rakennettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Taustamuuttujia oli kaksi ja ne koskivat koulutustasoa ja hoitoalan työkokemusta. Varsinaisia muuttujia oli 21. Aihealueet koskivat haavojen luokittelua, haavan paranemista, haavan ominaisuuksia, aseptiikkaa, kivunhoitoa, puhdistamista ja koulutuksen sekä oman osaamisen arviointia. Suuri osa muuttujista oli nominaaliasteikollisia. Järjestysasteikollisilla muuttujilla kartoitettiin oman osaamisen reflektointia. Aineiston keruu toteutettiin Katriinan sairaalassa lokakuussa 2015 osastotunnilla. Vastauslomakkeet kerättiin pois osallistujilta heti kun ne oli täytetty. Noin puolet vastauksista saatiin osastotunnilla ja sovitusti jätettiin kirjekuoreessa loput kyselylomakkeet osastonhoitajalle, joka järjesti vastaa-mismahdollisuuden osastotunnilta poissa olleille. Osastonhoitaja piti huolen että tulokset säilyivät luotettavina. Viikon kuluttua loput kyselylomakkeet noudettiin osastolta. (Vilka 2005, 73, 75, 77, 81, 90, 94.)

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Ensin taustamuuttujat koottiin samaan taulukkoon (Taulukko 1) ja niistä selvisi muun muassa osallistujien ammatit, työkokemus sekä haavanhoitoon liittyviä yleisiä seikkoja. Taulukossa 2 on esitetty varsinaisten kysymysten vastaukset. Taulukoissa on esitetty osallistujien määrä lukuina.

5 Tulokset

Osallistujista yhdeksän ilmoitti olevansa lähi- tai perushoitajia ja viisi sairaanhoitajia. Osallistujista yhdellä sairaanhoitajalla oli haavanhoidon lisäkoulutus (120 opintopistettä). Yhdeksällä osallistujalla oli hoitoalan työkokemusta 0-10 vuotta. Yhdellä osallistujalla oli hoitoalan koke-musta 11-20 vuotta, neljällä 21-30 vuotta ja yhdellä yli 31 vuotta. Osallistujista seitsemän ilmoitti hoitavansa haavoja päivittäin ja kahdeksan viikoittain.

Melko hyväksi haavanhoidon osaamistaan kuvasi kymmenen osallistujaa. Erittäin hyväksi osaamisensa kuvasi kaksi osallistujaa. Osallistujista kolme valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Haavanhoidon osaamisen koki erittäin tärkeäksi 13 osallistujaa ja melko tärkeäksi kaksi osallistujaa.

Oppilaitoksissa koulutuksen koki riittämättömäksi 11 osallistujaa. Riittäväksi koulutuksen oppilaitoksissa koki kaksi osallistujaa. Lisäksi osallistujista kaksi valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Työpaikalla koulutuksen koki riittäväksi suurin osa, kahdeksan osallistujaa. Riittämättömäksi sen koki viisi osallistujaa. Lisäksi kaksi osallistujaa valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

Taulukko 1

	n	
Koulutustaso	Lähi- tai perushoitaja	9
	Sairaanhoitaja	5
	Sh, jolla on haavanhoidon lisäkoulutus	1
	Yhteensä	15
Työkokemus hoitoalalla (vuotta)	0-10	9
	11-20	1
	21-30	4
	yli 31	1
	Yhteensä	15
Kuinka usein hoidat haavoja?	Päivittäin	7
	Viikoittain	8
	Yhteensä	15
Koettu haavanhoidon osaaminen	En osaa sanoa	3
	Melko hyvä	10
	Erittäin hyvä	2
	Yhteensä	15
Haavanhoidon osaamisen tärkeys	Melko tärkeä	2
	Erittäin tärkeä	13
	Yhteensä	15

Koulutuksen riittävyys oppilaitoksessa	Kyllä	2
	Ei	11
	En osaa sanoa	2
	Yhteensä	15
Koulutuksen riittävyys työpaikalla	Kyllä	8
	Ei	5
	En osaa sanoa	2
	Yhteensä	15

Kroonisen haavan tunnistamista koskevaan kysymykseen vastanneista yhdeksän vastasi oikein, eli ”haavan paranemiseen on kulunut yli yksi kuukausi”. Osallistujista neljä vastasi, että haava on krooninen kun sen paranemiseen on kulunut yli 6 kuukautta. Yksi osallistuja taas oli sitä mieltä että haavan paranemiseen on kulunut yli yksi viikko, kun se luokitellaan krooniseksi. Lisäksi yksi osallistuja valitsi vaihtoehdon ”en halua tai osaa vastata”. Osallistujista 14 kertoi erottavansa toisistaan akuutin ja kroonisen haavan. Yksi vastasi, ettei osaa sanoa erottaako akuuttia ja kroonista haavaa toisistaan.

Punapohjaisen haavan paranemista koskevaan monivalintakysymykseen kolme vastasi, että haava on paranemassa kun se on tummemman punainen. Hoitotyöntekijöistä yhdeksän vastasi, että haava on paranemassa kun siinä on vaaleanpunaisia läiskiä. Kolme vastasi, että haavan paranemisen tunnistaa siitä, kun haava ei ole erittänyt. Kaksi osallistujaa vaihtoehdon ”en osaa tai halua vastata”.

VPKM-haavaluokituksen mukaisten haavojen tunnistamista koskevaan kysymykseen kolme vastasi tunnistavansa luokituksen mukaisia haavoja heikosti. Melko hyvin kyseisiä haavoja koki tunnistavansa kuusi osallistujaa. Yksi osallistuja koki tunnistavansa luokituksen mukaisia haavoja erittäin hyvin. Lisäksi kaksi osallistujaa valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

Yksi osallistujista kertoi, että granuloiva haava on merkinä infektiosta. Osallistujista 11 vastasi, että haava on parantumassa kun se on granuloiva. Yksi osallistuja kertoi granuloivan haavan erittävän runsaasti. Kaksi ei osannut tai halunnut vastata kysymykseen.

Osallistujista 12 vastasi, että runsas erityis johtuu infektiosta, turvotuksesta tai mekaanisesta vauriosta. Kaksi vastasi runsaan erityksen johtuvan infektiosta, väärästä tuotteesta tai kroonistumisesta. Yksi ei vastannut ollenkaan kysymykseen.

Yksi osallistuja kertoi, että haavan paranemista edistävät hengittävät sidokset, +36 astetta ja kuiva haavan pohja. Osallistujista neljä vastasi puhtaus, erityis ja riittävä happi sekä yhdeksän vastasi, että kosteus, puhtaus ja +37 asteen lämpötila edistävät haavan paranemista. Yksi ei vastannut ollenkaan kysymykseen.

Osallistujista 11 ilmoitti aina ottavansa huomioon haavanhoitoa suunniteltaessa haavan paranemiseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Osallistujista neljä kertoi jonkin verran ottavansa huomioon nämä tekijät haavanhoitoa suunniteltaessa.

Osallistujista 12 vastasi käyttävänsä aina tehdaspuhtaita käsineitä. Kaksi kertoi käyttävänsä lähes aina tehdaspuhtaita hanskoja (poikkeuksena tuoreet kirurgiset haavat). Yksi kertoi käyttävänsä aina vinyylikäsinä.

Osallistujista 11 vastasi bakteerien siirtymisessä potilaan sängyn päädystä hoitajan käsiin kuluva kymmenen sekuntia, kaksi vastasi aikaa kuluva 30 sekuntia. Yksi vastasi, että aikaa kuluu yksi minuutti ja yksi vastasi ”en halua tai osaa vastata”.

Haavan puuduttamisen kysymykseen seitsemän vastasi puuduttavansa haavan potilaan niin pyytäessä, kymmenen potilaan vaikuttaessa kivuliaalta, neljä lääkärin ohjeen mukaan ja kuusi haavan ominaisuuksien mukaan. Kivun hoidon koulutuksen riittäväksi arvioi neljä osallistujaa. Kahdeksan osallistujaa arvioi koulutuksen riittämättömäksi ja kolme ei osannut arvioida koulutuksen riittävyttä.

Haavojen puhdistusmenetelmien käytön kysymykseen vastasi 14 henkilöä. Osallistujista 14 vastasi käyttävänsä mekaanista revisiota, kaksi kirurgista revisiota, kolme autolyyttistä puhdistusta, viisi entsyymattista puhdistusta ja kuusi biologista puhdistusta. Haavan puhdistuksen koulutuksen riittävyden arvioinnin kysymykseen vastanneita oli 14. Haavan puhdistukseen liittyvän koulutuksen riittäväksi arvioi kuusi osallistujaa ja riittämättömäksi myös kuusi. Kaksi osallistujaa valitsi vaihtoehdon ”en halua tai osaa sanoa”.

Osallistujista kaksi vastasi, ettei harso- ja kuitusidoksia tule käyttää epitelisoivaan tai granuloivaan haavaan, sillä epitelisoivaan ja granuloivaan haavaan tulee laittaa bakteereja poistavaa sidosta; 11 vastasi, että sidokset tarttuvat epitelisoiviin ja granuloiviin haavoihin kiinni. 14 vastasi, että hopeasidoksia käytetään infektoituneisiin haavoihin ja yksi oli jättänyt kysymyksen tyhjäksi.

Kysymyslomakkeen lopussa oli tilaa palautteelle ja kommenteille aiheeseen liittyen. Niistä kävi ilmi osallistujien kokema suuri tarve haavanhoidon lisäkoulutuksille. Yksi osallistuja ku-

vaili koulutuksen tarvetta näin: ”Toivon ainakin vielä lisää koulutukseen haavanhoidon suhteen sen takia, että me saisimme aina uusimman tiedon (uusista haavanhoitotuotteista)”. Toinen kyselyyn osallistunut kommentoi asiaa seuraavalla tavalla: ”Toivon koulutusta osastolla tai ulkopuolisia koulutuksia. Uudet tuotteet esittelyyn. Erilaisia tapauksia olisi hyvä käydä tiimissä läpi tai koulutuksessa. Kirjaaminen haavanhoito puolella puutteellista -> haavan tilanne, hoidon muutos.”

Taulukko 2

	n	
Kroonisen haavan tunnistaminen	Yli 1 viikko	1
	Yli 1 kuukausi	9
	Yli 6 kuukautta	4
	Yhteensä	15
Akuutin ja kroonisen haavan erottaminen	Kyllä	14
	En osaa sanoa	1
	Yhteensä	15
Mistä tiedät, että punapohjainen haava on parane- massa? (Monivalinta)	Haava on tummemman punainen	3
	Haavassa läiskittäisiä vaaleanpunaisia alueita	9
	Haava ei ole erittänyt	3
	En halua tai osaa vastata	2
	Yhteensä	17
Kuinka hyvin tunnistat VPKM-luokituksen mukaisia haavoja?	Heikosti	3
	En osaa sanoa	4
	Melko hyvin	6
	Erittäin hyvin	1
	Yhteensä	14
Mistä granuloiva haava ker- too?	Infektoitunut	1
	Parantumassa	11
	Erittäen runsaasti	1
	En halua tai osaa vastata	2
	Yhteensä	15

Mistä runsas erityis kertoo?	Infektio, kudosturvotus, mekaaninen vaurio	12
	Infektio, väärä tuote, kroonistuminen	2
	Yhteensä	14
Haavan paranemista edistävät tekijät	Hengittävät sidokset, +36 astetta, kuiva pohja	1
	Puhtaus, erityis, riittävä happi	4
	Kosteus, puhtaus, +37 astetta	9
	Yhteensä	14
Hoidon kokonaisvaltainen suunnittelu	Jonkin verran	4
	Aina	11
	Yhteensä	15
Tehdaspuhtaiden hanskojen käyttö	Aina	12
	Lähes aina (ei tuoreet kirurgiset haavat)	2
	Aina vinylykäsineet	1
	Yhteensä	15
Bakteerien siirtyminen (Sängyn päädystä hoitajan käsiin)	30 sekuntia	2
	10 sekuntia	11
	1 minuutti	1
	En halua tai osaa vastata	1
	Yhteensä	15
Haavan puuduttaminen (Moinivalinta)	Potilaan pyytäessä	7
	Potilas vaikuttaa kivuliaalta	10
	Lääkärin ohje	4
	Haavan ominaisuudet	6
	Yhteensä	27
Koulutuksen riittävyys, kivun hoito	Kyllä	4
	Ei	8
	En osaa sanoa	3

	Yhteensä	15
Käytetyt haavanpuhdistusmenetelmät (Monivalinta)	Mekaaninen revisio	14
	Kirurginen revisio	2
	Autolyyttinen puhdistus	3
	Entsyyattinen puhdistus	5
	Biologinen puhdistus	6
	Yhteensä	30
Koulutuksen riittävyys, haavan puhdistus	Kyllä	6
	Ei	6
	En osaa sanoa	2
	Yhteensä	14
Miksi harso- tai kuitusidoksia ei tule laittaa epitelisoivaan tai granuloivaan haavaan?	Tulisi laittaa bakteereja poistavaa sidosta	2
	Tarttuvat kiinni haavan pintaan	11
	Yhteensä	13
Hopeasidoksen käyttötarkoitus	Infektoituneet haavat	14
	Yhteensä	14

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset osoittivat haavanhoidon teoreettisen osaamisen olevan osastolla pääosin hyvää. Hopeasidosten käyttöä koskevaan kysymykseen kaikki vastanneet (n = 14) vastasivat, että hopeasidoksia käytetään infektoituneisiin haavoihin, mikä oli Juutilaisen ja Hietasen (2012, 141-162) mukaan oikea vastaus.

Punapohjaisen haavan paranemista koskevaan kysymykseen yhdeksän vastasi, että haava on paranemassa kun siinä on vaaleanpunaisia läiskiä. Kolme vastasi haavan olevan paranemassa kun se on tummemman punainen ja kolme puolestaan, että haavan paranemisen tunnistaa siitä, ettei haava ole erittänyt. Aiemman näytön perusteella paranevaan haavaan kasvaa VPKM-luokituksessa vaaleanpunaiseksi kuvattua epiteelikudosta saarekkeittain (Juutilainen & Hietanen 2012, 66-68; Pihlström & Rantanen 2010). Myös erityksen väheneminen voi olla merkki haavan paranemisesta, mutta kysymyksen asettelussa ei kerrottu lähtötilannetta erityksen osalta. Suurin osa kyselylomakkeeseen vastanneista tiesi granuloivan haavan olevan merkki haavan parantumisesta. Yhdestä kahteen ääntä saivat kuitenkin myös vaihtoehdot ”haava on infektoitunut”, ”haava erittää runsaasti” ja ”en halua tai osaa vastata”. Juutilaisen ja Hietasen (2012, 200-204) mukaan granuloiva haava kertoo haavan paranemisesta.

Haavan eritystä käsittelevässä kysymyksessä suurin osa vastasi, että haava erittää koska se on infektoitunut, siinä on kudosturvotusta tai mekaaninen vaurio. Osallistujista kaksi oli valinnut vaihtoehdon ”infektio, väärä tuote tai kroonistuminen”. Juutilaisen ja Hietasen (2012, 200-204) mukaan näistä vaihtoehdoista ensimmäinen oli oikea vastaus. Suurimmalla osalla osallistujista oli myös tietoa siitä, millaiset paranemisolosuhteet haavalle olisi hyvä luoda. Haavan paranemista edistäviä tekijöitä käsittelevään kysymykseen vastanneista yhdeksän valitsi oikean vastausvaihtoehdon eli ”kosteus, puhtaus ja + 37 asteen lämpötila”. Muissa vastausvaihtoehdoissa oli jokin tekijä joka voi hidastaa haavan paranemista. Esimerkiksi haavan kuiva pohja sekä eritykset ovat tällaisia tekijöitä. Toisaalta jokaisessa vastausvaihtoehdossa oli mainittu myös haavan paranemista edistäviä tekijöitä, kuten hengittävät sidokset ja riittävä haapensaanti (Lagus 2012, 46, 48).

Bakteerien siirtymistä käsittelevään kysymykseen oikein, eli että bakteerien siirtymiseen sängyn päädyistä hoitajan käsiin kuluvan 10 sekuntia (Meurman 2015), vastasi 11 osallistujista. Lisäksi kaksi vastasi, että bakteerien siirtymiseen potilaan sängyn päädyistä hoitajan käsiin kuluu 30 sekuntia. Yksi osallistuja valitsi vaihtoehdon ”yksi minuutti” ja yksi vaihtoehdon ”en

halua tai osaa vastata”. Haavanhoidossa on erityisen suuri riski bakteerien siirtymiselle, joten hyvä käsihygienia on äärimmäisen tärkeää. Käsien mikrobeista suurin osa on bakteereja, joista osa on herkästi leviäviä. Käsien desinfektion tarkoituksena on minimoida bakteerien leviämisen riski. Käsien desinfektio estää käsien kontaminoitumista paremmin kuin pesu saippualla ja vedellä. Lisäksi bakteerit siirtyvät käsien kontaminoitumisen jälkeen ympäristöön jopa useiden tuntien ajan jos käsiä ei välissä desinfioida. (Meurman 2015; Broas & Niemi 2011a, 2-3.)

Suurin osa osallistujista tiesi, ettei kuitu- tai harsosidosta sidosta tule laittaa suoraan haavaan, koska se tarttuu kiinni haavapohjaan. Harso- ja kuitusidoksia käytetään ensisijaisena tai toissijaisena sidoksena, joka imee haavan eritteen ja suojaa sitä, eivätkä ne sovi epitelisoivan tai granuloivan haavan ensisijaiseksi sidokseksi, koska sidos tarttuu kiinni haavan pintaan (Juutilainen & Hietanen 2012, 141-162).

Tietopohjaa kartoittavissa kysymyksissä vastauksissa oli osin eroavaisuutta. Esimerkiksi kroonisen haavan tunnistamista koskevaan kysymykseen yhdeksän 15:sta osallistujasta vastasi oikein. Kroonisen ja akuutin haavan erottamisessa toisistaan oli jonkin verran epävarmuutta. Juutilaisen ja Hietasen (2012, 65) mukaan haava luokitellaan krooniseksi, kun paranemiseen on kulunut aikaa yli kuukausi. Tuoreen norjalaisen tutkimuksen mukaan haavanhoidon osaaminen on lähihoitajilla keskimäärin hiukan parempaa kuin sairaanhoitajilla. Ero oli kuitenkin erittäin pieni. Suurimmassa osassa muista tutkimuksessa mitatuista osa-alueista sairaanhoitajien osaaminen taas oli parempaa kuin lähihoitajien. Tutkimuksessa haavanhoidon osaamista mitattiin muun muassa aseptiikkaa, haavan arviointia, kirjaamista ja kivun hoitoa koskevilla itsearviointi- ja monivalintakysymyksillä. (Bing-Jonsson ym. 2016.)

Suojakäsineiden käyttöä käsittelevässä kysymyksessä suurin osa, 12 osallistujaa, vastasi käyttävänsä aina tehdaspuhtaita käsineitä hoitaessaan haavoja. Toinen vaihtoehto, eli ”lähes aina, poikkeuksena tuoreet kirurgiset haavat” olisi teoriatietoon pohjautuen ollut oikea vaihtoehto. Kysymykseen oikein vastasi kaksi osallistujaa. Lindhomin (2015) mukaan haavanhoidossa tulee käyttää joko nitrili- tai lateksikäsineitä, mutta alle 24 tuntia vanhojen kirurgisten haavojen hoidossa käytetään kertakäyttöisiä steriilejä käsineitä.

Valtaosa kyselyyn vastanneista puudutti haavan ”kun potilas vaikuttaa kivuliaalta”. Seitsemän vastausta sai myös vaihtoehto haavan puuduttamisesta potilaan niin pyytäessä ja osa hoitajista myös lääkärin ohjeen tai haavan ominaisuuksien perusteella. Juutilainen ja Hietanen (2012, 91-92, 95) korostavat, että haavakipu on aina yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus ja tavoitteena on potilaan kivuton olo. Potilasta on myös tuettava ja rohkaistava ilmaisemaan kipua, jolloin hoitajan on helpompi arvioida milloin kipu on helpottanut tai pahentunut ja

saadaan hoidettua kipu oikein. Puuduttaminen on suhteellisen turvallinen kivunhoitomenetelmä, sillä sen riskit ovat pienet eivätkä potilaan lääkitykset tai perussairaudet vaikuta puuduteaineen tehoon. (Juutilainen & Hietanen 2012, 91-92, 95, 97-98.)

Tulosten mukaan osastolla käytetään useita eri puhdistusmenetelmiä haavanhoidossa. Kysymykseen vastasi 14 henkilöä, joista kaikki vastasivat käyttävänsä mekaanista revisiota. Kaksi myös vastasi käyttävänsä kirurgista revisiota, kolme autolyyttistä puhdistusta, viisi entsymaattista puhdistusta ja kuusi biologista puhdistusta. Haavanhoidon suunnittelussa 11 osallistujaa kertoi aina ottavansa huomioon haavan paranemiseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Neljä osallistujaa toisaalta ilmoitti ottavansa näitä tekijöitä huomioon vain jonkin verran. Kukaan ei vastannut ”melko vähän”, ”en ollenkaan” tai ”en osaa sanoa”. Laguksen (2012: 39, 49) mukaan haavan hoidon suunnittelussa tulisi tietää potilaan ikä, perussairaudet, ravitsemus ja elämäntavat sekä haavaan liittyvät tekijät kuten kosteusolot, lämpötila ja haavan seudun verenkierto. Psykososiaalisia tekijöitä ovat esimerkiksi stressi, henkilökohtainen hygienia ja sen ylläpitämisen mahdollisuudet sekä potilaan rahatilanne ja motivaatio.

Kroonisen haavan tunnistamista koskevaan kysymykseen vastanneista yhdeksän vastasi, että haavan paranemiseen on kulunut yli yksi kuukausi, mikä on Juutilaisen ja Hietasen (2012, 65) mukaan oikea vastaus. Neljä vastasi, että haava on krooninen kun sen paranemiseen on kulunut yli 6 kuukautta ja yksi osallistuja, että haavan paranemiseen on kulunut yli yksi viikko. Lisäksi yksi osallistuja valitsi vaihtoehdon ”en halua tai osaa vastata”. Vastanneista kukaan ei valinnut vaihtoehtoa ”en osaa erottaa akuuttia ja kroonista haavaa”. Osallistujista 14 kertoi erottavansa toisistaan akuutin ja kroonisen haavan. Yksi vastasi, ettei osaa sanoa erottaako akuuttia ja kroonista haavaa toisistaan.

Haavanhoidon osaamisensa melko hyväksi kuvasi kymmenen ja erittäin hyväksi kaksi osallistujaa. Osallistujista kolme valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Muita vastausvaihtoehtoja olivat ”en koe osaavani hoitaa haavoja ollenkaan” ja ”osaamiseni on heikkoa”, mutta näitä vaihtoehtoja ei kukaan osallistuja valinnut. Haavanhoidon osaamisen koki erittäin tärkeäksi 13 osallistujaa ja melko tärkeäksi kaksi osallistujaa. Muita vastausvaihtoehtoja olivat ”en ollenkaan tärkeäksi”, ”en kovin tärkeäksi” ja ”en osaa sanoa”. 14 kertoi osaavansa erottaa kroonisen ja akuutin haavan toisistaan. VPKM-haavaluokituksen mukaisia haavoja kuusi osallistujaa vastasi tunnistavansa melko hyvin. Yksi osallistuja koki tunnistavansa luokituksen mukaisia haavoja erittäin hyvin ja kolme osallistujaa vastasi tunnistavansa luokituksen mukaisia haavoja heikosti. Lisäksi kaksi osallistujaa valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. VPKM-väriluokitus on tehty käytännön hoitotyön tarpeisiin haavan arvioinnin ja hoidon valinnan avuksi (Juutilainen & Hietanen, 2012: 66-68) ja yhtenäistettyjen hoitokäytäntöjen tarkoituksena puolestaan on

parantaa olennaisen tiedon kulkua ja yhtenäistää hoidon laatua (STM 2009; Törnvall 2008, 47).

Haavanhoidon koulutuksessa oli vastausten perusteella kehittämisen tarvetta. Oppilaitoksissa saadun haavanhoidon koulutuksen koki riittämättömäksi 11 osallistujaa ja työelämässä saadun koulutuksen viisi. Riittäväksi oppilaitoksessa saadun haavanhoidon koulutuksen koki vain kaksi osallistujaa. Työpaikalla saadun koulutuksen koki riittäväksi yli puolet, kahdeksan osallistujaa. Lisäksi sekä oppilaitosten että työpaikan haavanhoidon koulutuksen riittävyttä arvioi osallistujaa kaksi valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Kaksi osallistujaa oli myös kirjoittanut erikseen vapaan kommentin kyselylomakkeen loppuun vapaalle palautteelle tarkoitettuun kenttään. Molemmissa nousi esiin koulutuksen lisäämisen tärkeys haavanhoidossa. Lisäkoulutusta toivottiin erilaisten haavojen hoidosta ja uusien haavanhoitotuotteiden käytöstä. Koulutuksen tarpeeseen viittaa myös Iivanaisen ym. (2014) haavan puhdistusmenetelmien osaamista kartoittanut tutkimus jonka mukaan puhdistusmenetelmiin liittyvissä tiedoissa ja taidoissa on koulutuksen tarvetta.

Erikseen kartoitettiin mielipiteitä haavan puhdistuksen ja kivun hoidon koulutuksen riittävydestä. Haavan puhdistuksen koulutuksen riittävyys jakoi tasaisesti mielipiteitä. Riittäväksi koulutuksen arvioi kuusi osallistujaa ja riittämättömäksi kuusi. Kaksi osallistujaa ei osannut arvioida koulutuksen riittävyttä. Kivun hoidon koulutuksen riittäväksi arvioi neljä osallistujaa ja kahdeksan osallistujaa arvioi koulutuksen riittämättömäksi. Kolme ei osannut arvioida koulutuksen riittävyttä. Kivun hoidon koulutuksen riittäväksi arvioi neljä osallistujaa. Kahdeksan osallistujaa arvioi kivun hoidon koulutuksen riittämättömäksi ja kolme ei osannut arvioida koulutuksen riittävyttä. Kivun hoidon koulutuksesta aiempia samansuuntaisia tuloksia on saatu Vaajajoen & Haataisen (2014) tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan kivun hoitoon liittyvien opintojen tuntimäärät ovat usein pieniä verrattuna potilaiden kivun esiintyvyyteen, tämänhetkinen kivunhoidollinen osaaminen on riittämätöntä ja suureksi osaksi yksilön omalla vastuulla, eikä hoitotyön koulutusohjelmassa tällä hetkellä ole esimerkiksi kivunhoitoa omana kokonaisuutenaan, vaan se on joko yksi oma kurssinsa tai sisällytetty muihin opintojaksoihin tai vapaavalintaisiin opintoihin.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset näkökulmat osallistujien suhteen huomioitiin tässä opinnäytetyössä turvaamalla tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti, vapaaehtoisuus, tietoinen osallistuminen tutkimukseen sekä oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu. Mahdollisille osallistujille kerrottiin totuudenmukaisesti tutkimuksen luonteesta sekä tavoitteista ja tarkoituksesta ennen haastattelulomakkeiden jakamista. Osallistuja informoitiin vastausten käyttötarkoituksesta kirjallisesti saatekirjeellä (liite 1) ja suullisesti. Saatekirjeessä on lyhyesti esitelty opinnäytetyön tekijät ja

aihe, aineistonkeruutapa ja aineiston käsittelyyn liittyviä asioita. Tämän jälkeen kyselyyn sai vastata tai siitä pystyi kieltäytymään. Kieltäytymiseen ei liittynyt uhkaa eikä osallistumisesta palkittu. Kysymyslomakkeita säilytettiin opinnäytetyön valmistumiseen asti ja sen jälkeen ne hävitettiin asianmukaisella tavalla. Tutkimusraportissa huomioitiin tutkimustulosten totuudenmukainen kuvaaminen, tehdyn työn tasapuolisuus tutkijoiden välillä, plagioinnin välttäminen ja lähdeviittausten paikkansapitävyys hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tutkimusta varten saatiin tutkimuslupa Vantaan kaupungilta kesäkuussa 2015 (Liite 3). Eettistä ennakoarviointia eettisessä toimikunnassa ei tarvittu, koska tutkimuskohde tai yhteistyökumppani ei ole sitä edellyttänyt. Opinnäytetyön aineistoa kerätessä ei ole myöskään puututtu osallistujien fyysiseen koskemattomuuteen, osallistujat ovat olleet vapaaehtoisia ja tietoisia tutkimuksesta, tutkittavat ovat olleet täysikäisiä. Tutkimukseen ei ole myöskään liittynyt voimakkaita ärsykejä tai henkistä haittaa eikä turvallisuusuhkaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa huomioidaan käytetyn mittarin ja saatujen tulosten validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kuvaa sitä, onko teoreettisista käsitteistä pystytty muodostamaan luotettavia muuttujia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 189-191.) Tässä opinnäytetyössä mittarina käytettiin teoreettisen viitekehysten pohjalta rakennettua kysymyslomaketta. Kysymyslomaketta ei testattu etukäteen pienemmällä joukolla. Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin haavanhoito-osastolla, joten vastanneen hoitohenkilökunnan motivaation haavojen hoitoon voi olettaa olevan keskimääräistä korkeampi ja haavojen hoidon käytännön kokemusta enemmän. Tulosten luotettavuus saattaa kärsiä jos osallistujat eivät ole ymmärtäneet kysymyslomakkeessa käytettyjä käsitteitä. Esimerkiksi autolyttinen puhdistus voi olla tuttu menetelmä käytännössä, mutta osallistujalta voi olla jäänyt epäselväksi menetelmän nimi ja haavojen ominaisuuksia käsitteleviin kysymyksiin selvennystä olisi voinut olla kuvallisesta kyselylomakkeesta. Tutkimuksessa ei käy myöskään ilmi, miten osallistujat käytännössä toteuttavat näitä puhdistusmenetelmiä.

Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, kuinka pysyviä ja samansuuntaisia saadut tulokset ovat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 189-190). Tässä opinnäytetyössä reliabiliteettia voi heikentää esimerkiksi se, että osallistuja on voinut muistaa jonkin asian väärin tai ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin se on tarkoitettu. Osallistuja on myös voinut jostain syystä jättää vastaamatta osaan kysymyksistä vaikka vaihtoehdoksi tarjottiin joka kohdassa myös ”en osaa sanoa”. Reliabiliteettiin vaikuttaa myös se, kuinka hyvin eri mittareilla on pystytty mittaamaan samaa asiaa. (Hiltunen 2009.) Kysymyslomakkeessa oli kysymyksiä laajasti haavanhoidon eri

osa-alueilta. Osa kysymyksistä mittasi osallistujien taitoja ja osa oli itsearviointikysymyksiä. Tässä opinnäytetyössä on pyritty tutkimaan haavanhoidon osaamista eri näkökulmista tarkoituksena saada riittävästi tietoa hoitohenkilökunnan tiedoista ja taidoista sekä omista kokemuksista haavanhoitoon liittyen.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimustulokset mahdollista yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 189-191.) Tässä opinnäytetyössä ulkopuolinen perusjoukko tarkoittaa muuta, kuin tutkimukseen osallistunutta Vantaan kaupungin osastojen henkilökuntaa, joka osallistuu haavanhoidon toteuttamiseen. Tutkimus toteutettiin yhdellä osastolla ja otanta jäi pieneksi, mikä heikensi opinnäytetyön luotettavuutta.

Tulosten analyysivaiheessa tehtiin myös ristiintaulukointeja, joilla mitataan muuttujien välistä riippuvuutta. Ristiintaulukointien luotettavuuden arvioinnissa käytettiin p-arvon määrittelyä niin, että p-arvon ollessa alle 0,005 tulosten katsottiin olevan tilastollisesti merkittäviä. Tämän ongelmana oli se, että joissakin soluissa frekvenssi oli alle 1, minkä vuoksi testi ei oikein soveltunut pienen otoksen ristiintaulukointien analysoimiseen. Toisena luotettavuuden mittarina käytettiin pienelle otannalle soveltuvaa Fisherin tarkkaa testiä. Muuttujien uudelleenluokittelu ei ollut riittävä keino saada solujen frekvenssejä suuremmiksi. Ristiintaulukointien analyysivaiheessa todettiin vain yhden ristiintaulukoinnin olevan näiden testien mukaan tilastollisesti merkittävä. Näin ollen ristiintaulukointeja ei ole analysoitu tämän opinnäytetyön tuloksissa pienen otannan vuoksi. (Hannila & Kiviniemi 2008.)

6.4 Johtopäätökset

Osallistujat pyrkivät haavanhoidossa aina jossain määrin huomioimaan potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen. Haavanhoidon kokonaisvaltaista suunnittelua koskevaan kysymykseen vastaus edellyttää erilaisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden tunnistamista ja tarkasti laadittua tulohaastattelua, jossa potilaan on mahdollista tuoda ilmi erilaisia asioita omasta voinnistaan. Osastolla voi olla tulotilanteessa kiire, jolloin tulohaastattelu voi jäädä näiltä osin lyhyeksi. Toisaalta myös kokonaisvaltaisen haavanhoidon suunnittelun koulutus voisi johtaa siihen, että kaikki hoitotyöntekijät voisivat tehokkaasti ja taidokkaasti suunnitella ja toteuttaa potilaan yksilöllistä haavanhoitoa.

Käsineiden käyttöä koskevaa kysymykseen suurin osa vastasi käyttävänsä haavanhoidossa tehdaspuhtaita käsineitä. Tämä on riittävä suoja muita kuin tuoreita kirurgisia haavoja hoidettaessa. Hoitajilla on suuri vastuu siitä, miten bakteerit leviävät tai eivät leviä potilaasta toiseen. Aseptiikan tiedostaminen ja aseptinen toiminta ovat tärkeä osa hoitotyötä ja haavojen hoidon yhtenä tavoitteena on infektioiden välttäminen sekä mahdollisesti ilmeneviin ongelmiin puuttuminen varhaisessa vaiheessa.

Suurin osa osallistujista kokee kivunhoidon koulutuksen riittämättömäksi. Koulutusta haavakivun arviointiin ja hoitoon olisi hyvä saada enemmän perusopintojen yhteydessä ja työpaikalla, jotta hoitajat voisivat paremmin tunnistaa kivun merkit ja ennakoida esimerkiksi haavanhoitoon liittyvää kipua. Kyselyyn vastanneista kukaan ei vastannut, että puuduttaisi haavan aina sitä hoitaessa, mikä kertoo koulutuksen tarpeesta.

Vain yksi 14:sta osallistujasta kertoi osaavansa tunnistaa VPKM-luokituksen mukaisia haavoja erittäin hyvin ja kuusi melko hyvin. Lisäkoulutus luokittelun hyödyntämisestä ja luokittelun käytön vakiintuminen käytännön hoitotyöhön voisi kehittää taitoa tunnistaa pohjaltaan erilaisia haavoja ja tehostaa hoitajien osaamista haavoille sopivien tuotteiden sekä hoitomuotojen hyödyntämisessä, yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja siten parantaa hoidon tuloksia.

Haavanhoidon koulutuksen oppilaitoksissa valtaosa koki liian vähäiseksi, mutta työpaikalla tapahtuvan haavanhoidon koulutuksen yli puolet osallistujista koki riittäväksi. Kivun hoidon koulutuksen riittävyys arvioitiin hieman huonommaksi kuin haavan puhdistuksen koulutuksen riittävyys. Haavakivun arviointiin olisi tärkeää saada enemmän koulutusta jo ammatillisen koulutuksen aikana, jotta kivun arviointi ja hoito olisi sujuvaa. Kivunhoito on oleellinen osa hoitotyötä ja siksi sen koulutus olisi tärkeää. Kyselyyn vastanneista kukaan ei vastannut, että puuduttaisi haavan aina sitä hoitaessa, mikä voi johtua koulutuksen puutteesta. Oma haavanhoidon osaaminen koettiin kuitenkin usein joko melko hyväksi tai erittäin hyväksi ja haavanhoidon osaaminen koettiin joko erittäin tärkeäksi tai melko tärkeäksi.

Haavanhoidon koulutuksen kehittäminen tarvetta vastaavaksi parantaisi ennen kaikkea potilaiden saamaa hoitoa. Haavanhoidon käytäntöjen yhtenäistäminen johtaisi valtakunnallisesti siihen, että kaikki saisivat tasapuolisesti kokonaisvaltaista, näyttöön perustuvaa hoitoa. Lisäksi haavanhoidon kustannukset pienenisivät ja hoitoajat lyhenisivät jos haavainfektiot vähenisivät ja hoitoajat pienenisivät.

Jatkotutkimusten aiheita haavanhoidon aihepiiristä olisivat etenkin haavanhoitotuotteiden taloudellinen käyttäminen sekä aseptinen käyttö ja säilytys sekä hoitajien motivaatio haavan hoitoon liittyen. Hoitosuosituksia tulee myös kehittää lisää jatkossa, jotta haavanhoitoa ja sen koulutuksia voitaisiin helpommin yhtenäistää koko maassa. Jatkossa voisi kattavammin tutkia, kuinka suurelta osin käytännön työelämässä esiintyvissä ongelmatilanteissa tiedon haussa nojataan päätökset tutkittuun näyttöön ja millaista haavanhoidon koulutusta olisi tarpeen järjestää; onko koulutukselle enemmän tarvetta oppilaitoksissa kuin työpaikoilla?

Lähteet

- Albäck, A., Venermo, M., & Vikatmaa, P. 2009. Kriittinen alaraajaiskemia tulevaisuuden haasteena. Verisuonikirurgia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. http://www.duodecim-lehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97873. Viitattu 8.1.2016
- Ayello, E. 2012. Predicting Pressure Ulcer Risk. New York University College Of Nursing. http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_5.pdf. Viitattu 30.4.2015
- Bing-Jonsson, P., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I., Foss, C. 2016. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nursing (2016) 15:5, 2-4, 8. file:///C:/Users/Anni/Downloads/RNcompetence2016.pdf. Viitattu 16.1.2016
- Broas, M., Niemi, P. 2011a. Aseptiikka leikkaushaavan hoidossa, 2,3. <http://www.lshp.fi/download/noname/%7BB4B70704-6816-4FDF-9BF7-D59AB38D0D6B%7D/1691>. Viitattu 7.1.2016
- Broas, M., Niemi, P. 2011b. Käsihygienia - Käsien pesu, desinfektio ja suojakäsineiden käyttö - Ohje henkilökunnalle. Lapin sairaanhoitopiiri, 5,7. <http://www.lshp.fi/download/noname/%7BC69C6E69-08A8-45CB-9463-F553B7F32932%7D/1737>. Viitattu 8.1.2016
- Casey, G. 2011. Chronic wound healing: Leg ulcers. Kai Tiaki Nursing New Zealand 12/2011. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=2658dbc5-0071-43c9-9f96-0ffa5ee73387%40ses-si-onmgr111&vid=6&hid=105&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011401820>. Viitattu 8.4.2015
- Ebeling, T., Heikkilä, E., Hiltunen, L., Juutilainen, V., Kanerva, M., Laine, H.-J., Lepäntalo, M., Saarikoski, H., Sane, T., Toivonen, J., Tukiainen, E., Vaalasti, A. & Valve, K. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä Hoito. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50079. Viitattu 1.5.2015
- Grek-Stjernberg, P. 2013. Ongelmakohtia ja ratkaisuja kotihoidossa. Haava 2/2013. Suomen haavanhoitoyhdistys ry: Helsinki, 22.
- Grothier, L., Pardoe, A. 2013. Chronic wounds: management of healing and wellbeing. British Journal of Nursing. 6/2013, 24, 25. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=2658dbc5-0071-43c9-9f96-0ffa5ee73387%40sessionmgr111&hid=105&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2012198367>. Viitattu 8.4.2015
- Hampton, S. 2007. Reducing shearing forces: Parafricta fabric. Nursing & Residential Care. 12/2007, 580-581. <http://web.a.ebscohost.com/nelli.laura.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b717f675-c3e6-421f-a2f5-8921449f66b7%40sessionmgr4004&hid=4114>. Viitattu 5.5.2015
- Hannila, M-L. & Kiviniemi, V. 2008. R-OPAS -Alkeista tilastollisiin perusmenetelmiin. Kuopion yliopisto, 18. <https://www2.uef.fi/documents/11873/891408/R-opas.pdf/9c2099cf-cac5-4859-a472-5bf284abb5fd>. Viitattu 16.1.2016
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmä 18.2.2009. Jyväskylän yliopisto, 10. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf. Viitattu 16.1.2016

Hoitotyön tutkimussäätiö 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitosuositus, 13, 15. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>. Viitattu 3.1.2015

Hoitotyön tutkimussäätiö 2016. Näyttöön perustuva toiminta. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>. Viitattu 8.1.2016

Iivanainen, A., Grek-Stjensberg, P., Kallio, H., Korhonen, A. & Pukki, T. 2014. Haavanpuhdistus - onko tietoa riittävästi? Haava 3/2014. Suomen haavanhoitoyhdistys ry.

Juutilainen, V., Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Juutilainen 2011. Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011/127. [http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99639&p_haku=likaisen haavan hoito](http://www terveystoiminta.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99639&p_haku=likaisen%20haavan%20hoito). Viitattu 8.1.2016

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Duodecim. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96420.pdf> . Viitattu 16.4.2015

Juutilainen, V., Vikatmaa, P., Kuukasjärvi, P., Malmivaara, A. 2007. Haavan alipaineimuhoidon vaikuttavuus ja turvallisuus. Suomen Lääkärilehti 36/2007. http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2007_ALIPAINEMU_070914.pdf. Viitattu 5.5.2015

Kallio, H. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/400673/mod_resource/content/1/Haavanhoidosta_VSSHP_2014.pdf. Viitattu 7.1.2016

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, 86, 64-65, 91-92. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf. Viitattu 8.1.2016

Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen kirjaaminen haavanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. <https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/UMKinnunengradu.pdf/c83eeb70-0ba8-41cd-9b14-f9cafa87445e>. Viitattu 30.4.2015

Kiura, E., Reiman-Möttönen, P., Mäkelä, M. 2012. Haavanhoito potilaan kotona sairaalan ja kotisairaanhoidon yhteistyönä. Arviointiseloste 3/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 8-10. http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_3_2012_Haavanhoito.pdf. Viitattu 7.1.2016

Kukko, H. 2010. Toukat haavanhoidossa. Haava 2/2010, 18-20. Suomen haavanhoitoyhdistys ry.

Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen, V., Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Lempinen J., Kontinen V., Paavola M., Isojärvi J., Roine R., Ikonen T. 2011 Haavan kestopuudutus leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Suomen lääkäri-lehti 3/2011. http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2011_Haavan_kestopuudutus.pdf. Viitattu 7.1.2016

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H., Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia - Rakenteesta toimintaan. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Lindholm, G. 2015. Aseptinen hoitotyö ja haavanhoidossa käytettävät suojaimet. Haava 1/2015. Suomen haavanhoitoyhdistys ry: Helsinki

Malanin, K., Kuokkanen, H. 2013. Alaraajahaavan konservatiivinen ja plastikkakirurginen hoito. Terveysportti. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00152&p_haku=alaraajahaavan%20hoito. Viitattu 10.1.2016.

Meurman, O. 2015. Käsihygienian mikrobiologiset perusteet. Haava 1/2015. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry: Helsinki

Palonen, A. & Rantalainen, T. 2010. Haavan alipaineimuhoidon. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00220&p_haku=haavan%20alipaineimuhoidon. Viitattu 20.5.2015.

Pihlström, K. & Rantalainen, T. 2010. Avoimen haavapohjan väriluokitus ja haavasidossuosittelut. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00211&p_haku=avoimen%20haavapohjan%20v%C3%A4riluokitus. Viitattu 25.5.2015.

Saarialho-Kere, U. 2006, Tupakointi heikentää haavojen paranemista, Suomen lääkärilehti 33/2006, <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000026314>, viitattu 7.1.2016

Schiffman, J., Golinko, M., Yan, A., Flattau, A., Tomic-Canic, M. & Brem, H. 2009. Operative Debridement of Pressure Ulcers. World J Surg. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691928/>. Viitattu 5.5.2015

Seppänen, S., Hjerpe, A. 2006-2007. Haavanhoitotuotteiden saatavuus Suomessa - Selvitys vuosina 2006-2007. Suomen haavanhoitoyhdistys ry, 7. <http://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haavanhoitotuotteiden-saatavuus-suomessa.pdf>. 5.5.2015

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki, 14-15, 33, 53-58. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>. Viitattu 8.1.2016

Strohal, R., Apelqvist, J., Dissemond, J., Jordan O'Brien, J., Piaggese, A., Rimdeika, R., Young, T. 2013, 15,16. Debridement. EWMA. Journal of Wound Care. 1/2013. http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/Debridement/EWMA_Debridement_Document_JWCfinal.pdf. Viitattu 1.5.2015

Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2011. Painehaavahelpperi. Hoito- ja toimintaohjeet. http://shhy.fi/site/assets/files/1041/painehaavahelpperi_a5_pysty.pdf. Viitattu 5.5.2015

Suzuki, K. & Cowan, L. 2009. Current Concepts In Wound Debridement. Podiatry Today. 7/2009. <http://www.podiatrytoday.com/current-concepts-in-wound-debridement>. Viitattu 27.4.2015

Terveystieteellinen tutkimuskeskus 1326/2010, 8§. Finlex. 30.12.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 8.1.2016

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi, 1,2. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. Viitattu 16.1.2016

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, 6,7. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 16.1.2016

Tuuliranta, M., 2014. Kroonisen haavan mekaaninen ja kirurginen puhdistus. Haava 3/2014. Suomen haavanhoitoyhdistys ry.

Törnvall, E., 2008. Carrying out Electronic Nursing Documentation. Linköping University Medical Dissertations. Linköping University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:17681/FULLTEXT01.pdf>. Viitattu 17.1.2016

Vaajajoki, A., Haatainen, K., Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetus suunnitelmassa. Tutkiva hoitotyö 3/2014, 46

Vilka H., 2005. Tutki ja kehitä, Tammi

Liitteet

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen!

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta Tikkurilasta. Teemme opinnäytetyönämme määrällisen tutkimuksen haavanhoidon kehitystarpeista Vantaalla. Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Vantaan kaupungin kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa lähi- ja sairaanhoitajien haavanhoidon osaamista osastoilla. Tavoitteena on lisätä tietoa haavanhoidon osaamistarpeista, jotta haavanhoitokoulutuksia pystyttäisiin kehittämään tarvetta vastaaviksi. Aihe on erittäin tärkeä, koska haavanhoito vaatii onnistuakseen paljon näyttöön perustuvaa tietoa ja kädentaitoja sekä hoitajien motivaatiota.

Keräämme aineiston kysymyslomakkeiden avulla syksyllä 2015. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tuomme kyselylomakkeet osastotunneille, jolloin osallistujilla on hyvää aikaa täyttää lomakkeita. Vastaamiseen kuluu aikaa n. 15 minuuttia.

Aineisto kerätään ainoastaan opinnäytetyötä varten eikä lomakkeita säilytetä aineiston käsittelyn jälkeen. Aineiston keräämistä varten on haettu tutkimuslupa Vantaan kaupungilta. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetyön valmistuessa marras-kuussa 2015.

Kiitämme kaikkia vastaajia jo etukäteen. Lisätietoja opinnäytetyön aiheesta sekä tutkimuksesta annamme mielellämme. Tutkimuksen toteuttavat sairaanhoitajaopiskelijat Anne Ravantti (anne.ravantti@student.laurea.fi), Juulia Partti (juulia.partti@student.laurea.fi) ja Anni Suikkanen (anni.suikkanen@student.laurea.fi). Ohjaavana opettajana opinnäytetyöprosessissa toimii Kirsi Coco (kirsi.coco@laurea.fi).

Vantaalla 22.5.2015

Anne Ravantti

Juulia Partti

Anni Suikkanen



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Kysely Katriinan sairaalan haavanhoitoon osallistuville lähi- ja sairaanhoitajille Laurea Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden haavanhoitoa käsittelevää opinnäytetyötä varten.

Laita rasti mielestäsi sopivimman vastausvaihtoehdon kohdalle.

1. Haavatyypit

Milloin haava määritellään krooniseksi?

Kun paranemiseen on kulunut

- a) yli 1 viikko
- b) yli 1 kuukausi
- c) yli 6 kuukautta
- d) En halua tai osaa vastata

Koetko erottavasi akuutin ja kroonisen haavan toisistaan?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 En osaa sanoa

2. Haavojen vaikeusasteet

Potilaalla on (VPKM-väriluokituksen mukainen) punapohjainen akuutti haava.

Mistä tiedät seuraavalla hoitokerralla, että haava on paranemassa?

- a) Haavassa on kellertävyyttä
- b) Haavassa on musta alue
- c) Haava on tummemman punainen
- d) Haavassa on läiskittäisiä vaaleanpunaisia alueita
- e) Haava on erittänyt runsaasti
- f) Haava ei ole erittänyt
- g) En halua tai osaa vastata

Kuinka hyvin koet tunnistavasi VPKM-väriluokituksen mukaisia haavoja?

- 1 En ollenkaan
- 2 Heikosti
- 3 En osaa sanoa
- 4 Melko hyvin
- 5 Erittäin hyvin

3. Haavan tutkiminen

Mistä granuloiva haava kertoo?

- a) Haava on infektoitunut
- b) Haava on parantumassa
- c) Haava erittää runsaasti
- d) En halua tai osaa vastata

Mistä haavan runsas erityis voi johtua?

- a) Infektiosta, kudosturvotuksesta tai kudoksen mekaanisesta vauriosta
- b) Infektiosta tai haavan paranemisesta
- c) Infektiosta, vääristä haavanhoitotuotteista tai haavan kroonistumisesta
- d) En halua tai osaa vastata

4. Haavan paraneminen

Mitkä kolme tekijää edistävät haavan paranemista?

- a) Hengittävät sidokset, +36 °C lämpötila ja kuiva haavan pohja
- b) Puhtaus, erityis ja riittävä hapensaanti
- c) Riittävä kosteus, puhtaus ja +37 °C lämpötila
- d) En halua tai osaa vastata

Pyritkö huomioimaan haavanhoitoa suunnitellessasi haavan paranemiseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät?

- 1 En ollenkaan
- 2 Melko vähän
- 3 En osaa sanoa
- 4 Jonkin verran
- 5 Aina

5. Aseptiikka

Koska käytät tehdaspuhtaita nitrili- tai lateksikäsineitä haavanhoidossa?

- a) Aina
- b) Lähes aina (poikkeuksena tuoreet kirurgiset haavat)
- c) Kun haava näyttää likaiselta
- d) Käytän aina vinyylikäsinettä
- e) Käytän aina steriilejä käsineitä
- f) En käytä käsineitä haavanhoidossa
- g) En halua tai osaa vastata

Kuinka pitkän kosketuksen jälkeen bakteerit siirtyvät potilaan sängyn päädystä hoitajan käsiin?

- a) 30 sekunnin jälkeen
- b) 10 sekunnin jälkeen
- c) 1 minuutin jälkeen
- d) En halua tai osaa vastata

6. Kivunhoito

Millaisessa tilanteessa puudutat haavan ennen hoitoa? (Voit valita useita)

- a) Silloin kun potilas pyytää puudutusta
- b) Potilaan ilmeiden ja eleiden vaikuttaessa kivuliaita
- c) Jos lääkärin ohjeissa mainitaan puuduteaine
- d) Haavan ominaisuuksien perusteella
- e) En koskaan
- f) Aina
- g) En halua tai osaa vastata

Koetko saaneesi riittävästi koulutusta haavakivun hoitoon liittyen?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 En osaa sanoa

7. Haavan puhdistus

Mitä keinoja käytät haavan puhdistamiseen? (Voit valita useita)

- a) Mekaaninen revisio
- b) Kirurginen revisio
- c) Autolyyttinen puhdistus
- d) Entsymaattinen puhdistus
- e) Biologinen puhdistus
- f) En halua tai osaa vastata

Koetko saaneesi riittävästi koulutusta haavan puhdistukseen liittyen?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 En osaa sanoa

8. Haavanhoitotuotteet

Miksi harso- tai kuitusidoksia ei tule laittaa epitelisoivaan tai granuloivaan haavaan?

- a) Epitelisoivaan tai granuloivaan haavaan tulisi laittaa bakteereja poistavaa sidosta
- b) Harso- ja kuitusidokset aiheuttavat usein allergisia reaktioita
- c) Ne tarttuvat kiinni haavan pintaan
- d) En halua tai osaa vastata

Mihin hopeasidoksia käytetään?

- a) Infektoituneisiin haavoihin ja infektion ehkäisyyn haavassa
- b) Akuutteihin ja paljon vuotaviin haavoihin
- c) Puhtaisiin, hieman erittäviin haavoihin
- d) En halua tai osaa vastata

9. Taustamuuttujat

Kuinka monta vuotta olet ollut ammatissasi? _____ vuotta

Mikä koulutus sinulla on?

a) Lähi- tai perushoitaja

b) Sairaanhoidtaja

c) Haavanhoidon lisäkoulutuksen (30 op) käynyt sairaanhoidtaja

d) Haavanhoidon lisäkoulutuksen käynyt lähihoitaja

e) Jokin muu, Mikä?

Kuinka usein hoidat haavoja?

a) Päivittäin

b) Viikoittain

c) Kaksi kertaa kuukaudessa

d) Kerran kuukaudessa

e) Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

f) En halua tai osaa vastata

Asteikolla 1-5 kuinka hyväksi koet oman haavanhoidon osaamisesi?

1 En koe osaavani hoitaa haavoja ollenkaan

2 Osaamisesi on heikkoa

3 En osaa sanoa

4 Osaamisesi on melko hyvää

5 Osaamisesi on erittäin hyvää

Kuinka tärkeäksi koet haavanhoidon osaamisen omassa ammatissasi?

1 En ollenkaan tärkeäksi

2 En kovin tärkeäksi

3 En osaa sanoa

4 Melko tärkeäksi

5 Erittäin tärkeäksi

Koetko saaneesi riittävästi
haavanhoidon koulutusta

Ammattiin kouluttautuessasi?

Työpaikallasi?

1 Kyllä

1 Kyllä

2 En

2 En

3 En osaa sanoa

3 En osaa sanoa

Kiitämme paljon vastauksistasi! Toivoisimme vielä palautetta kyselystä tämän sivun loppuun, sana on vapaa.