

Johanna Antila, Heli Nurmela ja Mari Sandberg

Hoitajien haavanhoidon osaaminen terveyskeskuksen vastaanotolla ja päivystyksessä

Opinnäytetyö

Kevät 2018

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijät: Johanna Antila, Heli Nurmela ja Mari Sandberg

Työn nimi: Hoitajien haavanhoidon osaaminen terveyskeskuksen vastaanotolla ja päivystyksessä

Ohjaajat: Virpi Salo TtM, lehtori ja Asta Heikkilä TtT, yliopettaja

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 54

Liitteiden lukumäärä: 6

Haavat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle. Väestön ikääntymisen ja diabeteksen lisääntymisen vuoksi haavapotilaiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa entisestään. Kustannusten pienentämiseksi ja haavapotilaiden elämänlaadun parantamiseksi hoitajien haavanhoidon osaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Opinnäytetyön aihe valikoitui erään terveyskeskuksen esittämän tarpeen pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveyskeskuksen vastaanotolla ja päivystyksessä haavanhoitoon osallistuvien hoitajien haavanhoidon osaamista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitajien haavanhoidon osaamisen kehittämisessä.

Opinnäytetyö tehtiin laadullisena kyselytutkimuksena. Aineisto koottiin kyselylomakkeiden avulla yhden terveyskeskuksen vastaanoton ja päivystyksen hoitajilta. Analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat arvioivat haavanhoidon osaamisensa yleensä huonoksi. Tulosten mukaan hoitajilla on kuitenkin paljon tietoa haavanhoidon eri osa-alueilta. Koulutuksen lisäksi käytännön harjoittelulla ja säännöllisellä tekemisellä halutaan ylläpitää ja parantaa haavanhoidon osaamista.

Tulosten perusteella voidaan ehdottaa, että tulevissa haavanhoidon koulutuksissa painotettaisiin hoitajien näyttöön perustuvan tiedon käyttöä ja itsenäisen päätöksenteon osaamista. Myöhemmin voitaisiin tutkia miksi hoitajat kokevat haavanhoidon osaamisensa huonoksi, vaikka tietoa haavanhoidosta on paljon.

Avainsanat: haavanhoito, haavanhoidon osaaminen, laadullinen tutkimus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Authors: Johanna Antila, Heli Nurmela and Mari Sandberg

Title of thesis: Wound management skills of nurses in the Admission of Health Center and Emergency Department

Supervisors: Virpi Salo MNSc, Lecturer & Asta Heikkilä PhD, Principal Lecturer

Year: 2018

Number of pages: 54

Number of appendices: 6

Wounds are a cause of a significant expense in health care. The aging of the population and the growing number of cases of diabetes will increase the number of patients with wounds in the future. In order to reduce expenses and to improve the quality of life of patients with wounds, attention should be paid to the wound management skills of nurses. The topic of the thesis has been selected on the basis of a need presented by one Health Center.

The purpose of the thesis was to describe the wound management skills of nurses in the Admission of Health Center and Emergency department. The aim of this thesis was to provide information that can be used to develop wound management skills of nurses.

The thesis has been carried out with a qualitative method. The data has been collected with a questionnaire from the nurses of one Health Center. An inductive content analysis has been used as the method of analysis.

The results showed that the nurses mainly assess their wound care skills as being inadequate. However, the nurses possess a lot of information on different areas of wound care. In addition to training, practical training and working regularly with wound care are means that nurses want to use in order to maintain and to improve their wound management skills.

Based on results it can be suggested that, in the future, training in wound care should concentrate on the use of evidence-based information and independent decision-making skills. Further research could examine why the nurses find their wound management skills as being inadequate although they have a lot of knowledge on the subject.

Keywords: wound care, wound management skills, qualitative research

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO.....	5
2 HAAVANHOIDON PERIAATTEET	7
3 HAAVANHOIDON OSAAMINEN	8
3.1 Haavanhoidon osaamisen kehittäminen.....	8
3.2 Näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen haavanhoidossa.....	9
3.3 Haavanhoidon kliininen osaaminen.....	10
3.4 Ohjausosaaminen	19
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	23
5.1 Tiedonhaku	23
5.2 Tutkimusmenetelmän valinta.....	24
5.3 Tutkimuksen kohderyhmä	24
5.4 Aineistonkeruumenetelmä.....	24
5.5 Aineiston analysointi	26
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
6.1 Näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen ja osaaminen	28
6.2 Haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen.....	28
6.3 Potilaan ohjaamisen toteutuminen ja osaaminen	32
6.4 Haavanhoidon osaamisen kehittäminen.....	34
7 PÄÄTELMÄT JA POHDINTA.....	36
7.1 Tulosten tarkastelu.....	36
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	40
7.3 Yhteenveto ja tulosten hyödynnettävyys	44
7.4 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimusehdotukset	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Erilaisten haavojen ja haavapotilaiden määrä kasvaa jatkuvasti. Haavanhoidon kustannukset ovat iso ongelma terveydenhuollossa, sillä haavat aiheuttavat terveydenhuololle merkittävät kustannukset vuosittain. Tulevaisuudessa kustannukset kasvavat entisestään väestön ikääntyessä ja erilaisten haavoille altistavien sairauksien kuten diabeteksen lisääntyessä. (Jokinen ym. 2009.) Hyvällä hoitotyön osaamisella ja haavanhoidolla voidaan ennaltaehkäistä haavojen syntymistä, nopeuttaa haavojen paranemista ja pienentää haavanhoidon kustannuksia. Huonosta haavanhoidosta puolestaan seuraa haavan huono paraneminen ja haavanhoidon pitkittyminen, mikä vaikuttaa potilaiden toimintakykyyn, heikentää potilaiden elämänlaatua, lisää potilaiden kuolleisuusriskiä sekä kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia. (Newton 2017, 48.) Tästä syystä hyvän haavanhoidon varmistamiseksi hoitajien haavanhoidon osaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

Haavanhoidon osaaminen vaatii hoitajalta monipuolista osaamista, mikä tarkoittaa haavanhoidon kliinisen osaamisen eri alueiden hallintaa ja soveltamista. Esimerkiksi infektioiden torjunnan, haavan paranemisen arvioinnin, kivunhoidon ja hoidon kirjaamisen osaaminen ovat oleellinen osa hoitajan haavanhoidon kliinistä osaamista. (Eriksson ym. 2015, 24, 38–39.)

Terveydenhuollon toiminnan ja täten myös haavanhoidon tulee rakentua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön (L. 2010/1326, 8§). Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan mahdollisen saatavilla olevan tiedon käyttämistä potilaan hoidossa. Haavanhoitoa tekevän hoitajan on osattava käyttää parasta saatavilla olevaa tietoa haavanhoidossa. Näyttö voi olla tutkimusnäyttöä, asiantuntijanäyttöä tai organisaatioiden toiminnasta kerättyä seurantatietoa. Vahvinta näyttöä on järjestelmällisiin katsauksiin kerätty tutkimustieto. Jos tutkimusnäyttöä ei ole, on asiantuntijanäyttö ja seurantatieto parasta näyttöä. (Holopainen ym. 2013, 15–17, 35.)

Hoitajien haavanhoidon osaamista on tutkittu kansainvälisesti paljon. Kuitenkin kotimaisia haavanhoidon osaamisen tutkimuksia on vain vähän. Haavanhoitoon liittyvissä aikaisemmissa opinnäytetöissä käsitellään pääasiassa haavanhoitoa ja haa-

vanhoidon osaamisen käsittely on niissä jäänyt vähäiseksi. Tästä syystä haavanhoidon osaamisen selvittämiseksi ja osaamisen kehittämiseksi tarvitaan lisää tutkimustietoa. Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin hoitajien haavanhoidon osaamista haavanhoidon kliinisen osaamisen, näyttöön perustuvan toiminnan osaamisen, ohjausosaamisen ja oman osaamisen kehittämisen näkökulmista (Eriksson ym. 2015, 24, 38–39).

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kyselytutkimuksena. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden avulla yhden terveyskeskuksen vastaanoton ja päivystyksen hoitajilta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveyskeskuksen vastaanotolla ja päivystyksessä haavanhoitoon osallistuvien hoitajien haavanhoidon osaamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitajien haavanhoidon osaamisen kehittämisessä.

2 HAAVANHOIDON PERIAATTEET

Potilaan haavanhoidon suunnittelu ja haavanhoito vaatii hoitajalta hyvää haavanhoidon periaatteiden tuntemusta, koska haavoja on erityyppisiä, ne aiheutuvat monista eri syistä ja eri haavatyyppejä hoidetaan erilaisin menetelmin. Haavan alkuperä ja haavan syntyyn johtaneet tekijät eli haavan etiologia on osattava tunnistaa. Ennen hoidon aloittamista haavan diagnoosi on oltava tehtynä, koska haavanhoito määräytyy diagnoosin ja haavatyypin perusteella. (Marston ym. 2016, 136.)

Haavan syntyperän ja paranemisen perusteella haavat jaetaan akuutteihin haavoihin ja kroonisiin haavoihin. Akuutit haavat syntyvät ulkopuolisen tekijän vaikutuksesta ja ne jaetaan aiheuttajan mukaan puhtaisiin ja likaisiin haavoihin. Esimerkiksi tuore leikkaushaava on puhdas ja puremahaava on likainen. Akuutit haavat ovat usein ihon pinnallisia haavoja tai ihon syvempiä trauman aiheuttamia haavoja. Akuutteja haavoja ovat myös palo-, paleltuma-, purema-, ja syöpymävammat sekä säteilyn aiheuttamat ihovauriot. Akuutin haavan paranemisen hidastuessa haava muuttuu krooniseksi haavaksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26; Marston ym. 2016, 136; Tolvanen 2017.)

Haava luokitellaan krooniseksi, jos sen paraneminen kestää yli kuukauden. Kroonisen haavan syntyyn vaikuttaa aina jokin taustatekijä, kuten potilaan sairaus tai esimerkiksi toistuva ulkoisen paineen vaikutus iholla. Krooniset haavat luokitellaan etiologiansa mukaan diabeettiseen jalkahaavaan, laskimoperäiseen säärihaavaan, valtimoperäiseen alaraajahaavaan ja painehaavaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26; Graves & Zheng 2014, 4; Munro 2017, 89; Tolvanen 2017.) Hoitotyön tutkimussäätiön suositus painehaavan ehkäisystä ja tunnistamisesta aikuispotilaan hoitotyössä on ohjeistus, jota hoitajan tulisi hyödyntää erityisesti painehaavan hoidossa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 4). Kroonisen alaraajahaavan hoidosta ja diabeetikon jalkahaavan hoidosta on laadittu Käypä hoito -suositukset, joita haavanhoidossa tulisi noudattaa (Käypä hoito 2009, 2014).

3 HAAVANHOIDON OSAAMINEN

Osaaminen voidaan yleisesti rajata kulttuuriosaamiseen, moniosaamiseen, terveysosaamiseen ja ydiosaamiseen. Osaamiseen liittyvät läheisesti käsitteet ammatillinen kehitys, ammattitaito ja kompetenssi. Osaamiseen ohjaavia termejä ovat ammatillinen osaaminen, know-how, taitotieto ja tietotaito. (YSA 2017.) Osaaminen on yhdistelmä tietojen ja taitojen moniulotteista ja tuottoisaa käyttämistä, taitoa ajatella, kykyä organisoida työtä ja tehdä tiimityötä, valmiuksia oppia uutta, kykyä joustaa ja sopeutua muutoksiin sekä taitoa arvioida ja kehittää omaa osaamistaan. (Hätönen 2011, 9.)

Hoitajien osaamisvaatimukset määräytyvät toimintaympäristön mukaan ja voivat olla hyvin vaihtelevia. Terveyskeskuksen vastaanotolla ja päivystyksessä kaikkien hoitajien osaamisvaatimukseen kuuluu haavanhoito. Haavanhoito kuuluu sairaanhoitajan osaamisen vaatimukseen sekä myös perus- ja lähihoitajien laaja-alaisempaan ja erikoistuneempaan osaamiseen. (Hakala ym. 2011, 52.)

3.1 Haavanhoidon osaamisen kehittäminen

Haavanhoidon osaamisen kehittämisen lähtökohtana on hoitajan oma arvio osaamisesta ja oman osaamisen kehittämistarpeista (Eriksson ym. 2015, 14). Osaamisen arviointia voidaan toteuttaa monin eri tavoin. Yksi tapa arvioida osaamista on itsearviointi, joka on subjektiivinen arvioinnin menetelmä ja tarjoaa hoitajalle hyvän mahdollisuuden tunnistaa omia osaamisen puutteita ja osaamisen vahvuuksia. (Hätönen 2011, 16; McCluskey & McCharty 2012, 47.)

McCluskey ja McCharty (2012, 47) esittävät, että tietojen päivittäminen on oleellinen osa haavanhoidon osaamisen kehittämistä. Bell ja McCarthy (2010, 9) puolestaan toteavat, että hoitajilla on kyllä paljon tietoa haavanhoidosta, mutta he eivät aina osaa hyödyntää tietoa käytännössä. Hoitajat, jotka ovat päivittäneet haavanhoidon tietojaan ja taitojaan osaavatkin paremmin hyödyntää tietojaan käytännössä.

Tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen onnistumisen kannalta hoitajien osaamisen kehittäminen ja tietojen päivittäminen nähdään oleellisen tärkeänä (Holopainen, Korhonen & Korhonen 2016, 4–9). Myös haavanhoidon osaamisen kehittämistarpeet lisääntyvät. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö tulee lisääntymään, ja tehtäviä tullaan siirtämään erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Näin ollen yhä vaativampia haavanhoitoja tullaan tekemään perusterveydenhuollossa. (Taavitsainen ym. 2016, 12.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen onnistumisen kannalta hoitajien haavanhoidon osaamista tulee koulutuksen avulla kehittää. Täydennyskoulutus nähdäänkin pakollisena osana osaamisen kehittämistä ja erityisesti työpaikalla tapahtuvalla koulutuksella on tärkeä merkitys henkilöstön osaamisen kehittämisessä. Tämän vuoksi tulisi entistä enemmän kehittää malleja ja menetelmiä, joita voidaan hyödyntää työpaikkakoulutuksen suunnittelussa ja oppimisen tukemisessa. (Taavitsainen ym. 2016, 16.) Haavanhoidon koulutusta tulisi suunnitella ja kehittää siten, että näyttöön perustuva hoito olisi koulutuksessa keskeisellä sijalla (Begido Gonanza de Farian ym. 2016, 4537). Lyhytkestoiset työpajaluonteiset haavanhoidon koulutuspäivät eivät tuo pysyviä muutoksia hoitajien osaamiseen, vaan esimerkiksi näyttöön perustuvan kivunhoidon osaaminen, haavanhoitoon liittyvän kivun tunnistaminen ja arviointi kehittyvät vain jatkuvalla ja pidempikestoisella koulutuksella (Hollinworth 2009, 3–5).

Täydennyskoulutuksesta ja oman osaamisen kehittämisestä säädetään monessa eri laissa. Esimerkiksi terveydenhuoltolaki (L 2010/1326, 5§) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 1994/559, 18§) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä kehittämään osaamistaan ja päivittämään ammatissa tarvittavia tietoja ja taitoja.

3.2 Näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen haavanhoidossa

Terveydenhuoltolaissa (L 2010/1326, 8§) säädetään terveydenhuollon toiminnan ja täten myös haavanhoidon rakentumisesta näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Hoitajan ammatillisen osaamisen vaatimuksena on näyttöön perustuvan haavanhoidon

toteuttaminen. Hoitajan olisi ymmärrettävä tutkimustietoon perustuvien hoitosuositusten merkitys ja osattava soveltaa suosituksia haavanhoidossa. (Eriksson ym. 2015, 41.) Esimerkiksi hoitosuositus painehaavan ehkäisystä ja tunnistamisesta aikuispotilaan hoitotyössä on suositus, jonka mukaan painehaavan hoitoa tulisi suunnitella ja toteuttaa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015). Haavanhoidossa hoitajien tieto ja osaaminen eivät kuitenkaan aina ole näyttöön perustuvien suositusten mukaista, vaan pohjautuvat useimmiten kollegoilta tai tuote-esittelijöiltä opittuun tietoon (Jalonen & Ylönen 2016, 17).

3.3 Haavanhoidon kliininen osaaminen

Haavanhoidon kliininen osaaminen on hyvin monenlaisista osaamisen sisällöistä muodostuva alue. Haavanhoitoa tekevältä hoitajalta vaaditaan näiden eri alueiden hallintaa ja soveltamista. Esimerkiksi hoitotyön toimintojen, infektioiden torjunnan, kivunhoidon ja ravitsemushoidon osaaminen ovat oleellinen osa hoitajan haavanhoidon kliinistä osaamista. (Eriksson ym. 2015, 24, 38–39.) Hoitajan kliinisen osaamisen voidaan katsoa kuuluvan perusterveydenhuollon vastaanotolla hoitajien eriytyvään ammatilliseen osaamiseen eli ns. substanssiosaamiseen. Substanssiosaamisella tarkoitetaan työssä suoriutumisen kannalta välttämättömiä osa-alueita. Substanssiosaaminen on alan ammatillisessa koulutuksessa opittua ammatillisen työskentelyn perustaa. Kehittäminen substanssiosaamisalueella sen sijaan tarkoittaa usein osaamisen syventämistä ja laajentumista. Substanssiosaamisen kehittämisen tarpeiksi katsotaan myös uusien työmenetelmien, -välineiden ja -laitteiden kehittyminen. (Hätönen 2011, 15.)

Infektioiden torjunta kuuluu hoitajan kliinisen osaamisen alueeseen. Hyvä aseptiikan hallinta haavanhoidossa on osa infektioiden torjuntaa. (Eriksson ym. 2015, 39.) Haavan puhdistus ja haavasidosten vaihto vaativat hyvää aseptista osaamista. Aseptiikan osaamisessa korostuu tavanomaisten varotoimien: käsihygienian, oikeanlaisen suojainten käytön ja oikeiden työskentelytapojen hallinta sekä pisto- ja viilto- tapaturmien välttäminen. Kädet tulee desinfektoida huolella aina ennen jokaista potilaskontaktia ja potilaskontaktin jälkeen. Suojakäsineiden käyttö ei korvaa käsien pesua ja käsien desinfiointia. (Hart 2007, 45; Haesler ym. 2016, 211.)

Yleisesti haavanhoidossa voidaan käyttää tehdaspuhtaita suojakäsineitä. Etenkin nitrili- ja lateksikäsineitä tulee käyttää haavahoidossa, koska käsitellään eritteitä ja verta. Steriilejä suojakäsineitä käytetään alle 24 tuntia vanhan leikkaushaavan hoidossa. Haavanhoidon aikana käsineet vaihdetaan uusiin ja kädet desinfektoidaan haavanhoidon jokaisen eri vaiheen välillä. (Rowley ym. 2010, 8; Haesler ym. 2016, 211; Erämies 2017.)

Hyvän aseptiikan varmistamiseksi hoitajan on haavanhoidossa käytettävä lyhythaisia työpaitoja sekä kertakäyttöisiä suojaimia. Lisäksi kertakäyttöisen esiliinan ja suu-nenäsuojaimen käyttöä suositellaan. Suojainten käytön tarkoituksena on estää hoitajan ihon ja vaatteiden kontaminoituminen eli mikrobien pääseminen iholle tai vaatteisiin. Suu-nenäsuojaimella puolestaan estetään hoitajan puhuessa hoitajan suun bakteerien pääsyä avoimelle haavalle. (Anttila ym. 2010, 153–155.)

Hoitoympäristön puhtauden ylläpitäminen sisältyy hoitajan aseptiseen toimintaan. Hoitajan on osattava valmistella työympäristö ennen haavanhoitoa. Oikeat välineet ja haavanhoidossa käytettävät hoitotuotteet on kerättävä valmiiksi, koska toimenpiteen aikana haetut tavarat lisäävät kontaminaation vaaraa. Valo, puhtaus ja rauhallinen tila ovat merkittäviä tekijöitä haavanhoidon hoitoympäristön toimivuutta arvioitaessa. (Juutilainen & Hietanen 2012, 115–121.)

Haavanhoidon jälkeen hoitoalue tulee puhdistaa asianmukaisesti desinfektioaineella. Käytetyt instrumentit laitetaan niille tarkoitettuihin paikkoihin. Esimerkiksi haavan puhdistuksessa käytetyt kertakäyttöiset veitset ja kyretit kuuluvat särnäisjäteastiaan eli pistävälle ja viiltävälle jätteelle tarkoitettuun erilliseen keräysastiaan. Jatkuvassa käytössä olevat instrumentit toimitetaan välinehuoltoon pesua varten, roskat viedään heti pois ja pinnat puhdistetaan. (Juutilainen & Hietanen 2012, 115–121.)

Haavan paranemisen arviointi on tärkeä osa hoitajan haavanhoidon kliinistä osaamista. Arviointi vaatii hoitajalta riittävää koulutusta, hyviä tietoja ja kokemusta haavanhoidosta. Suuri osa hoitajista pitää haavan paranemisen arvioinnin osaamistaan huonona. Hoitajat, joilla on hyvät tiedot haavanhoidosta, arvioivat kumminkin osaamisensa kohtalaiseksi. (McCluskey & McCarthy 2012, 45.) Haavan paranemisen

arvioinnin osaamisen vahvistamiseksi tarvitaan lisäkoulutusta (White 2011, 22; Aavananen 2013, 34; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12–14; Deeth & Grothier 2016, 69; Tickle 2016, 108–109).

Haavan paranemisen arvioinnissa hoitajan on osattava arvioida sekä haavaa, että potilasta kokonaisvaltaisesti. Arvioinnissa hoitajan on perehdyttävä potilaan taustatietoihin, kuten potilaan sairauksiin, allergioihin, lääkitykseen, turvotukseen ja käytössä olleeseen turvotuksenestohoitoon, potilaan kokemaan haavakipuun ja ravitsemustilaan. (Chadwick ym. 2008, 8; Käypä hoito 2014.)

Hoitajien on todettu tarvitsevan koulutusta asiakkaan ravitsemustilan arvioinnin ja ravitsemushoidon toteutumiseksi haavanhoidossa. Aavasen (2013, 34, 45) tutkimuksen mukaan hoitajat tiesivät hyvän ravitsemuksen merkityksen haavapotilaan terveyden edistämiseen, mutta siitä huolimatta kaikilla kroonista haavaa sairastavilla henkilöillä huomattiin puutteita ravitsemushoidossa. Kroonista haavaa sairastavan asiakkaan ravitsemuksen hoidon todettiin olevan haavanhoidon keskeisiä kehittämisalueita, koska ravitsemustila on tärkeä haavan paranemiseen vaikuttava tekijä.

Haava on altistava tekijä vajaaravitsemuksen kehittymisessä. Tämä johtuu haaveritteen mukana menetetyistä ravintoaineista ja uudiskasvun muodostumisesta johtuvasta ravinnontarpeen lisääntymisestä. Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa energiaa, proteiineja tai muita ravintoaineita saadaan tarpeeseen nähden liian vähän tai epätasapainoisesti. (Käypä hoito 2014.) Vajaaravitsemuksesta seuraa haitallisia muutoksia kehon kokoon, koostumukseen sekä toimintakykyyn tai hoidon tulokseen. Vajaaravitsemusriski on hyvä arvioida heti hoidon alkaessa, jotta tiedetään tarvittaessa aloittaa yksilöllinen tehostettu ravitsemushoito. Vajaaravitsemusriskin seulonnassa tulisi käyttää erilaisia seulontaan kehitettyjä menetelmiä. Tämän lisäksi tulee perehtyä potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti potilaan tahattomaan laihtumiseen, lihaskatoon ja -voimaan, turvotukseen ja kuivumiseen. (Nuutinen, Siljamäki-Ojansuu & Peltola 2010,2.)

Mikäli haavapotilaalla todetaan vajaaravitsemus tai vajaaravitsemusriski, tulisi muun ravitsemushoidon lisänä päivittäiseen ravitsemussuunnitelmaan kuulua ainakin yksi kliininen täydennysravintovalmiste (Valtion ravitsemusneuvottelukunta

2010, 180). Nuutinen ym. (2010,3) korostavat kliinisten ravintovalmisteiden käyttötarpeen perustelun potilaalle olevan onnistuneen käytön edellytyksenä. Myös Aava-
nen (2013, 45,52) mainitsee hoitajan antaman ravitsemusneuvonnan ja omahoidon
ohjauksen olevan tärkeää, sillä muuten haavapotilas saattaa pitää täydennysravint-
tovalmisteita liian kalliina tai olla tietämätön valmisteiden olemassaolosta ja niiden
merkityksestä haavan paranemiseen. Todellisia lisäkustannuksia sekä asiakkaalle,
että yhteiskunnalle aiheuttaakin lopulta itse vajaaravitsemus haavan paranemista
hidastavan vaikutuksen seurauksena.

Haavan paranemiseen vaikuttavien potilaan taustatekijöiden lisäksi on osattava ar-
vioida haava ja haavassa tapahtuneita muutoksia. Arviointia tulee tehdä haavan
koosta, syvyydestä ja ulkonäöstä, haavan reunoista ja ympäröivästä ihosta, turvo-
tuksesta, ihon tunnosta ja lämmöstä, raajan liikkuvuudesta, haavakudoksen tyypistä
ja mahdollisesta kätteisuudesta, erityksen määrästä, tyypistä, hajusta sekä mahdol-
lisesta haavan infektoitumisesta. (Chadwic ym. 2008, 9–10; White 2011, 25; Käypä
hoito 2014; Deeth & Grothier 2016, 6; Tickle 2016, 107–108.)

Lähes puolet hoitajista kokee haavan arvioinnissa haasteellisena haavakudoksen
tyypin arvioimisen. Erityisesti haavassa olevaa elinkelvotonta ja poistettavaa, kuol-
leista valkosoluista ja haavalla elävistä bakteereista muodostunutta niin sanottua
katetta, on hoitajien mukaan vaikea arvioida. Enemmistö hoitajista on tietoisia kui-
tenkin siitä, että elinkelvoton kudos haavalla hidastaa haavan paranemista ja se on
poistettava. (White 2011, 25; Deeth & Grothier 2016, 69; Tickle 2016, 107–108.)

Myös haavan kosteuden ja haavan reunojen kunnon arvioinnin koetaan olevan vai-
keaa (White 2011, 25; Deeth & Grothier 2016, 69; Tickle 2016, 107–108). Enem-
mistö hoitajista silti ymmärtää, että haavan erityksen arviointi on tärkeää ja arvioi
eritystä haavan arvioinnin ja hoidon yhteydessä. Vaikka erityksen tyyppiä, hajua ja
määrää arvioidaan, sitä ei kuitenkaan aina osata kuvailla oikein. Hoitajat eivät myös-
kään käytä arvioinnin ja kuvailun avuksi kehitettyjä menetelmiä riittävästi. Tämän
lisäksi hoitajat eivät useinkaan valitse haavasidosta haavan erityksen arvioinnin pe-
rusteella. Huolestuttavaa on myös, että on hoitajia, jotka eivät tee haavan erityksen
arviointia säännöllisesti ja on myös hoitajia, jotka eivät arvioi eritystä koskaan.
(Tickle 2016, 107–108.)

Haavan paranemista hidastaa haavan infektoituminen. Tämä lisää sekä hoidon kustannuksia, että potilaan kärsimystä. Hoitajat kokevat haavan infektoitumisen tunnistamisen haasteellisena ja vain pieni osa hoitajista kiinnittää huomiota haavan mahdolliseen infektoitumiseen. (Deeth & Grothier 2016, 69; Newton 2017, 48.) Hoitajilla on haasteita arvioida milloin bakteerit, joita normaalisti on aina iholla ja haavalla, alkavat hidastaa haavan paranemista tai kehittävät haavaan infektion ja milloin on tarpeellista ottaa haavasta bakteerinäyte. Haavainfektion toteamiseksi tarvitaan löydös haavassa kasvavasta bakteerista. Lisäksi tarvitaan vähintään yksi infektion kliinistä merkeistä, joita ovat kuumotus, punoitus, turvotus, kipu haavan ympärillä, märkäinen erite tai haavan nopea laajeneminen. (Hughes 2016, 48; Munro 2017, 95.)

Haavan paranemisen arvioinnissa hoitajan tulee tunnistaa haavan paranemisen eri vaiheet. Paraneminen jaetaan yleensä kolmeen vaiheeseen: Inflammatio eli tulehdusvaihe, proliferaatio eli korjausvaihe sekä maturaatio- eli haavan kypsymisvaihe. Toisinaan tunnistetaan myös neljäs vaihe, joka on hyytymän muodostuminen. (Juutilainen & Hietanen 2012, 31–35.)

Haavan paranemisen eri vaiheiden tunnistamisen avuksi tarvitaan enemmän käytännön työkaluja sekä enemmän tietoa ja koulutusta käyttää näitä työkaluja (White 2011, 22; Tickle 2016, 108). Suomen Haavanhoitoyhdistys ry (2010, 2011) suosittelee käyttämään virallisia haavojen luokitusmenetelmiä haavan paranemisen arvioinnissa. Esimerkiksi avoimen haavan hoidon ja paranemisen arvioinnin avuksi on laadittu avoimen haavan VPKM -väriluokitusmalli. Lisäksi haavan puhdistamisen arvioinnin avuksi on kehitetty TIME -malli (T=Tissue eli haavakudos, I= Infection/Inflammation eli tulehdus, M=Moisture eli haavan kosteus, E=Epithelial/Edges eli haavan epitelisatio/reunat). Malli tarjoaa järjestelmällisen ja rakenteisen menetelmän arvioida ja suunnitella haavanhoitoa sekä auttaa tunnistamaan haavat, joiden paraneminen on pitkittynyt ja syitä paranemisen pitkittymiseen. Enemmistö hoitajista on tietoisia TIME -mallista, mutta silti vain puolet hoitajista käyttää kyseistä mallia tai jotain muuta arvioinnin tueksi kehitettyä vaihtoehtoista menetelmää haavanhoidon ja haavan paranemisen arvioinnin apuna. (Dowsett 2008, 20; Deeth & Grothier 2016, 69; Ousey, Rippon & Stephenson 2016, 69.)

Haavan ja haavan paranemisen vaiheiden tarkka arviointi on tehtävä aina ennen haavatuotteen valintaa. Haavatyyppejä, haavan kokoa ja sen muutoksia, haavan syvyyttä ja ulkonäköä, mahdollisen luun ja jänteen näkymistä, haavan reunoja ja ympäröivää ihoa, turvotusta, haavan kätteisuutta, erityksen määrää, tyyppiä ja hajua, haavan infektoitumista sekä potilaan kokemaa kipua tulee arvioida tuotetta valittaessa. Tuotevalinnassa on myös huomioitava potilaan tausta, kuten sairaudet, allergiat ja yliherkkyydet. Lisäksi on osattava arvioida haavatuotteen vaikuttavuutta ja jatketaanko samalla tuotteella vai tulisiko tuote vaihtaa toiseen. (Chadwic ym. 2008, 9–10; White 2011, 25; Käypä hoito 2014; Deeth & Grothier 2016, 69; Tickle 2016, 107–108.) Hoitajilla on todettu olevan vaikeuksia arvioida, milloin haavasidos tulee vaihtaa toiseen tarkoituksenmukaisempaan sidokseen haavan paranemisen edessä (Newtonin 2017, 44–49). Hoitajat tarvitsisivat lisäosaamista haavatuotteen valinnassa ja tietoa eri hoitotuotteiden vaikuttavuudesta sekä niiden oikeanlaisesta ja kustannustehokkaasta käytöstä (Aavanen 2013, 34; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12–14). Tuotteen valintaa ei tulisi tehdä tuotteen edullisen hinnan perusteella, koska toisinaan on perusteltua ja kustannustehokkaampaa käyttää kalliimpaa haavatuotetta halvemmän tuotteen sijaan. Kalliimman tuotteen ominaisuudet voivat tukea ja nopeuttaa haavan paranemista ja lyhentää hoitoaikaa. (Newtonin 2017, 44–49.)

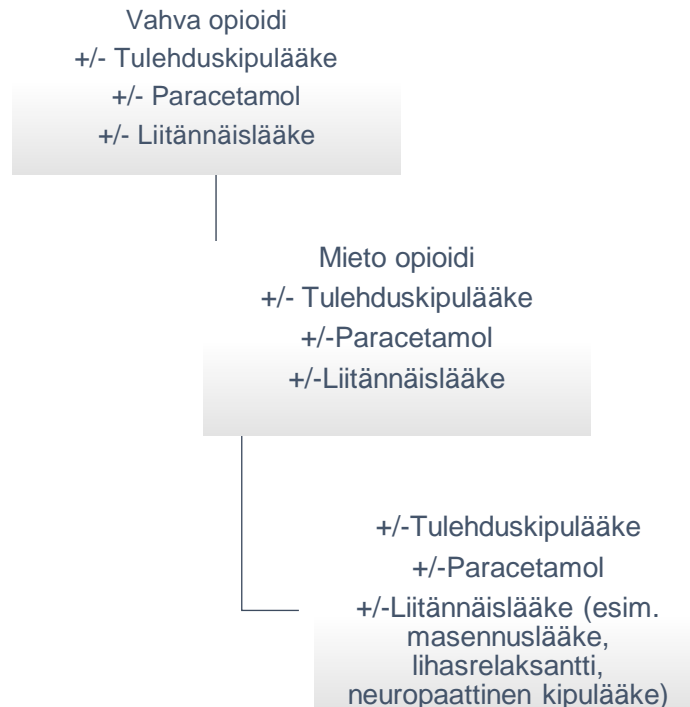
On myös huomioitava, että vääränlainen sidosvalinta ja haavaan kiinni kuivunut sidos aiheuttavat potilaalle haavakipua. Oikeaa haavatuotteen valintaa voidaankin pitää osana haavakivun hoitoa. (Bell & McCarthy 2010, 7; Solowiej & Upton 2012, 25; Butcher & White 2014, 56.) Bell ja McCarthyn (2010, 7–9) sekä Newtonin (2017, 48) mukaan hoitajat tunnistavat hyvin potilaan kivun, jota haavasidoksen vaihdos aiheuttaa. Siitä huolimatta vain pieni osa hoitajista vaihtaa kipua aiheuttavan haavasidoksen mahdollisesti vähemmän kipua aiheuttavaan sidokseen (Hollinworth 2009, 3–5). Bell ja McCarthy (2010, 7–9) esittävät, että hoitajilla ei ole riittävästi tietoa arvioida ja hoitaa potilaan haavakipua sidoksen vaihdon yhteydessä näyttöön perustuvien menetelmin. Myöskään tuotteen valintaa ei osata tehdä näyttöön perustuvien tietojen perusteella. Haavakivun hoidon koulutusta tulisikin lisätä, jotta hoitajien tietoisuutta näyttöön perustuvasta haavakivun hoidosta voitaisiin lisätä ja tarjota potilaalle tehokasta haavakivun hoitoa.

Hoitajat arvioivat säännöllisesti potilaan haavakipua käyttämällä haavakivun arviointiin kehitettyjä mittareita (McCluskey & McCarthy 2012, 46). Hoitajat käyttävät eniten VAS -kipujanaa eli Visual Analogue Scale -kipujanaa. Janalla potilaat arvioivat kivun voimakkuutta, siten että 0 tarkoittaa, että kipua ei ole lainkaan ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista potilaan kokemaa kipua. (Butcher & White 2014, 54.) Numeerisen kivun arvioinnin lisäksi potilaan kipua tulee arvioida sanallisesti. Arvioinnissa tulee huomioida ja määritellä kivun paikka, kesto, voimakkuus ja luonne. Kivun arvioinnissa korostuvat hoitajan tekemät huomiot. Kipua arvioidessa hoitaja voi huomioida potilaan kasvojen ilmeitä ja ihon väriä, pulssia, kehon jännittyneisyyttä ja potilaan liikkeitä ja ääntelyä. (Bell & McCarthy 2010, 7; Solowiej & Upton 2012, 25.) Bell ja Mc Carthyn (2010, 7) mukaan hoitajat eivät käytä haavakivun arviointiin kehitettyjä mittareita, vaan he luottavat enemmän potilaan sanallisiin ja sanattomiin viesteihin kivun ilmaisussa.

Haavakivun hoidossa tulee huomioida sekä lääkkeettömät että lääkkeelliset hoitovaihtoehdot. Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä voidaan yhdistää tai niitä voidaan käyttää lääkehoidon rinnalla. Kivun hoidossa yksi tärkeimmistä tekijöistä on luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen luominen potilaan kanssa. Hyvä ja riittävä potilasohjaus on tärkeää. Kun potilas saa tietoa haavanhoidosta ja toimenpiteestä, vähentää tämä jännittyneisyyttä ja auttaa potilasta rentoutumaan, mikä puolestaan vähentää potilaan kokemaa kipua. Myös potilaan huomion kiinnittäminen pois itse toimenpiteestä auttaa kivun hoidossa. Hyviä keinoja siihen ovat muun muassa rentoutusharjoitukset, kuten hengitykseen keskittyminen, musiikin kuuntelu tai keskustelu hoitajan kanssa. (Given 2010, 36.) Myös asentohoidolla, kylmähoidolla, raajan keventämisellä ja erilaisten tukisidosten ja hoitosukkien käytöllä ja turvotuksen hallinnalla voidaan vähentää potilaan tuntemaa haavakipua. Haavan puhdistukseen liittyvää kipua tulee lievittää puudutevoiteella, liuoksella tai geelillä. (Malanin & Kuokkanen 2016.)

Haavakivun lääkinnällinen hoito perustuu Maailman Terveysjärjestön (WHO) laatimaan kivunhoidon porrastukseen (Kuvio 1). Malli on laadittu syöpäkipun lääkkeellistä hoitoa varten, mutta mallia suositellaan käytettäväksi myös haavakivun lääkkeellisessä hoidossa. (Roden & Sturman 2009, 58.) Kipulääkitys suunnitellaan potilaalle yksilöllisesti (Salanterä ym. 2013, 7). Lääkityksen on oltava riittävän tehokas

ja kivun olemassaolo, aiheuttaja ja luonne on otettava huomioon, kun lääkitystä ja hoitoa suunnitellaan (Dickinson ym. 2016, 147; Käypä hoito 2014). Haavakivua arvioidessaan hoitajan on osattava arvioida, onko potilaan kipulääkitys oikeanlainen ja riittävä (Roden & Sturman 2009, 55).



Kuvio 1. WHO:n porrastettu kivunhoidon malli haavanhoitoon (Mukaellen Roden & Sturman 2009, 58).

Mahdollisiin potilaalle aikaisemmin tehtyihin haavanhoitoihin ja kivunhoitoihin tutustuminen auttaa haavakivun hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Onkin tärkeää, että hoitaja kirjaa potilaan kokeman haavakivun ja haavakivun hoidon potilaskertomukseen. (Given 2010, 36.)

Hoitajan olisi osattava kirjata haavanhoito rakenteista kirjaamistapaa käyttäen sähköiseen potilaskertomukseen (Eriksson ym. 2014, 3). Haavanhoidon kirjaamisen osaaminen edellyttääkin hoitajalta hyvää rakenteisen kirjaamistavan ja komponenttien hallintaa. Kirjaamista on kehitetty viime vuosina paljon ja hoitajien kirjaaminen on parantunut. Hoitajat kirjaavat täsmällisemmin ja suhtautuvat kirjaamiseen myönteisesti. (Kinnunen 2007, 77, 2013, 85.)

Aikaisempiin vuosiin verrattuna hoitajat kirjaavat haavanhoidossa enemmän haavan koosta, haavaympäristön ja haavan reunojen kunnosta sekä haavainfektion

merkeistä. Haavasidoksesta kirjattaessa kirjaukset ovat edelleen puutteellisia. Sidoksesta mainitaan yleisesti vain sidoksen siisteys, vaikka kirjaukseen tulisi aina merkitä sidoksen nimi ja etenkin sidoksen geneerinen eli tuoteluokan yleinen nimi. Tämä on tärkeää, sillä geneerisiä nimiä käytettäessä haavanhoitosidosten kirjaaminen on yhdenmukaista, mikä tuo jatkuvuutta ja hyötyä haavanhoitoon. Yleisesti ottaen ymmärrys kirjauksen tarkoituksesta ja tärkeydestä on kuitenkin lisääntynyt. Laadukas kirjaaminen mahdollistaa haavanhoidon vaikuttavuuden ja hoidon jatkuvuuden arvioinnin. (Kinnunen 2007, 77, 2013, 85.)

Potilaskertomukseen on kirjattava kaikki tarpeellinen ja riittävä tieto potilaan hyvän hoidon järjestämistä, suunnittelua, toteutusta ja seuranta varten. Kirjattujen merkintöjen on oltava selkeästi kirjattuja. Kielen on oltava ymmärrettävää ja asiallista. Potilaskertomuksesta on saatava selkeä kuva potilaan hoidon toteutumisesta. (A. 298/2009, 7§.) Hoitajien tiedetään haluavan lisää koulutusta haavanhoidon dokumentoinnista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12–14).

Hoitotyön kirjaamisen pohjaksi on luotu yhtenäinen Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuus, Finnish Care Classification FinnCC -malli. FinCC muodostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoitotyön tulosluokituksesta (SHTuL). Suomalainen hoitotyön tarveluokitus SHTaL ja Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL koostuvat molemmat 17 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta, ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia, joiden avulla kirjaaminen tapahtuu. Suomalaisen hoitotyön tulosluokituksen SHTuL:n avulla arvioidaan hoidon tarpeeseen liittyvää hoidon tulosta, joita on kolme eri tasoa; tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 9.)

Haavanhoidon kirjaamisessa käytetään hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen kudosseheys-komponenttia (Liljamo ym. 2012, 9). Esimerkkejä haavojen kirjaamisen osa-alueista on alla olevassa luettelossa.

1. Haavan puhdistus (suihkutus 1-3 min, keittosuolalla tai kehonlämpöisellä vedellä pesu, haavapesu nestemäisellä pesuaineella tai antiseptisella aineella)
2. Haavainfektion merkit (punoitus, turvotus, kuumotus, kipu, lisääntynyt eritys, lisääntynyt haju, potilaalla lämmön nousu, kohonnut CRP eli tulehdusarvo, pitkittynyt haavan paraneminen, bakteerilöydös haavasta)
3. Haavavuodon määrä (haava kuiva, kova tai karstainen, haava kuiva, ei eritä, vähäinen, kohtalainen, runsas)
4. Eritteen laatu (kirkas, samea, verinen, märkäinen)
5. Haavan koko (mm) ja muoto (syvyys, leveys, pituus, onkalot/taskut)
6. Haavaympäristö (terve, punoittava, turvonnut, maseroitunut eli vettynyt, kostea, kuiva) (Kinnunen 2013, 110.)

Haavanhoidon dokumentoinnissa tulisi hyödyntää haavan digitaalista valokuvausta. Haavan valokuvaaminen lisää hoitajien haavanhoidon kirjaamisen osaamisvaatimuksia. Hoitajien on osattava ottaa riittävän laadukkaita digitaalisia valokuvia ja osattava valokuvien siirto sähköiseen potilaskertomukseen. Potilaskertomukseen tallennettuja valokuvia on aina täydennettävä sanallisella haavan kuvailulla. (Rochon, Sanders & Gallagher 2017, 48.)

3.4 Ohjausosaaminen

Potilaan ohjaaminen on yksi keskeinen hoitotyön auttamiskeino ja tärkeä osa haavanhoitoa. Hyvä potilasohjaus edistää hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä. Tämän lisäksi hyvä ohjaus tarjoaa potilaalle myös riittävästi tietoa ja motivoi potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. (Lipponen 2014,17.) Palokosken (2007, 74) mukaan esimerkiksi päiväkirurgiset leikkauspotilaat tarvitsevat paljon tietoa ja ohjausta etenkin haava-alueen tarkkailusta, omahoidosta sekä kipulääkityksestä.

Potilaan ohjaaminen vaatii hoitajalta monia ohjausta tukevia ominaisuuksia kuten hyviä vuorovaikutustaitoja, motivaatiota, vastuullisuutta, taitoa työskennellä mo-

niammatillisesti sekä kykyä ja ymmärrystä kysyä tarvittaessa neuvoa potilaan hoidossa (Saarela 2013, 35). Hoitajan tulisi osata suunnitella ja toteuttaa ohjausta potilaslähtöisesti. Erilaisia ohjauksen keinoja käyttäessä myös potilaan yksilöllisyys tulisi osata ottaa huomioon. (Eriksson ym. 2015, 43.) Yksilöllinen ohjaus auttaa potilasta paremmin omaksumaan tietoa. Potilasohjauksen toteutuksessa myös potilaan läheiset ja perhe tulee ottaa huomioon, koska omaiset ja läheiset tarvitsevat tukea, tietoa ja ohjaamista potilaan rinnalla. (Lipponen 2014, 21.) Omaiset pystyvät paremmin tukemaan potilasta, kun he saavat itse osallistua läheisensä haavanhoitoon. (Maukonen ym. 2011, 282.)

Ohjauksessa hoitajan on otettava potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti huomioon ja ohjauksen on aina perustuttava näyttöön perustuvaan tietoon. Haavanhoidossa potilasta ohjataan haavan hoitamisen lisäksi perussairauden hoitamisessa, lääkehoidossa, kivunhoidossa, turvotuksen estossa ja hoidossa, ihon hoidossa, terveellisen ja haavan paranemista tukevan ruokavalion noudattamisessa, lihavuuden hoidossa, sopivien jalkineiden ja sukkiin hankinnassa, liikkumisessa, tupakoinnin lopettamisessa ja päihteiden käytössä. Tärkeää ohjauksessa on kertoa potilaalle, että hoitopaikkaan tulee ottaa yhteyttä, jos haavan erityis lisääntyy ja erite on pahanhajuista, haava vuotaa runsaasti verta, haavakipu lisääntyy, haava-alueella on infektion merkkejä kuten punoitusta, turvotusta, kuumotusta ja kipua tai jalat tai varpaat alkavat sinertää tai muuttuvat kalpeiksi. (Heikkinen 2013; Hietanen 2017.)

Hoitajat käyttävät aikaisempaa vähemmän erilaisia ohjausmenetelmiä. Erilaisten ohjausmenetelmien käytön tulisi kuitenkin olla monipuolista. Suullisen ohjauksen tukena olisi aina hyvä käyttää kirjallista materiaalia. Lisäksi erilaisia ohjausmenetelmiä kuten opetusvideoita tai ryhmäohjausta tulisi entistä enemmän huomioida ohjauksessa. Myös tietotekniikan hyödyntämistä tulisi potilaan ohjauksessa käyttää enemmän. (Saarela 2013, 80; Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 70.)

Hoitotyöntekijöiden ohjausvalmiudet nähdään yleisesti olevan melko hyvällä tasolla. Huomioitavaa silti on, että suunnittelussa ja potilaskohtaisen ohjauksen toteutuksessa on vielä paljon kehitettävää. Ohjaamisen tulisi olla aina asiakaslähtöistä, suunnitelmallista ja tavoitteellista. (Lipponen 2014, 21.) Eloranta ym. (2014, 64) esittävät, että heikoimmin ohjauksen osa-alueista toteutuvat ohjaustarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen sekä tuloksellisuuden arviointi. Tulevaisuudessa hoitotyön

koulutuksessa ja hoitotyön kehittämisessä olisikin tärkeä kehittää ohjauksen vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointia.

Kirjallisuushaun yhteenvedona todetaan, että hoitajien haavanhoidon osaamista on tutkittu kansainvälisesti paljon. Sen sijaan haavanhoidon osaamiseen liittyvälle kansalliselle tutkimukselle on tarvetta. Aikaisemmin julkaistujen tutkimusten perusteella hoitajien haavanhoidon osaaminen koostuu osa-alueista, jotka ovat näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen, haavanhoidon kliininen osaaminen, ohjausosaaminen ja oman osaamisen kehittäminen. Hoitotyöntekijöillä on osin puutteita näillä haavanhoidon osaamisen alueilla. Tämän vuoksi hoitajien haavanhoidon koulutusta tulisi lisätä ja koulutuksessa pitäisi erityisesti painottaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveyskeskuksen vastaanotossa ja päivystyksessä haavanhoitoon osallistuvien hoitajien haavanhoidon osaamista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitajien haavanhoidon osaamisen kehittämisessä.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Miten hoitajat arvioivat haavanhoidon toteutumista ja osaamistaan?
2. Miten haavanhoidon osaamista voitaisiin kehittää?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsausta varten haettiin syksyn 2017 ja kevään 2018 aikana kirjallisuutta, joka keskittyy haavanhoitoon ja hoitajien haavanhoidon osaamiseen. Hakuja tehtiin sähköisistä tietokannoista; SeAMK Finna, Cinahl, PubMed, Medic, Melinda, Hoitotyön tutkimussäätiö ja Terveysportti. SeAMK Finnan, Medicin, Melindan, Hoitotyön Tutkimussäätiön ja Terveysportin avulla haettiin pääasiassa kansallisia tutkimuksia ja kirjallisuutta haavanhoidosta ja hoitajien haavanhoidon osaamisesta. Cinahlista ja PubMedistä haettiin kansainvälisiä haavanhoitoon ja hoitajien haavanhoidon osaamiseen liittyviä tutkimuksia. Lisäksi kokeiltiin hakukone Googlea, jonka avulla löydettiin kahdeksan aiheeseen sopivaa lähdetä.

Tietokannat, jotka valittiin tiedonhaun tietokannoiksi, ovat luotettavia ja sisältävät paljon tutkimuksia ja kirjallisuuslähteitä. Tietolähteinä käytettiin lähteitä, jotka kattavat vuodet 2007–2018. Tietokannoista, keskeisistä hakusanoista, hakutuloksista ja opinnäytetyön raporttiin valituista lähteistä laadittiin taulukko (liite 1).

Tavoitteena oli löytää aiheesta sekä kansallisia että kansainvälisiä tutkimusartikkeleita ja teoksia. Lähteiksi valittiin suomen- ja englanninkielisiä tieteellisiä tutkimusartikkeleita, laadukkaita katsausartikkeleita, väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia, hoitosuosituksia ja aiheesta julkaistuja teoksia.

Tiedonhaun ensimmäinen vaihe tehtiin aiheen keskeisillä käsitteillä, jotka ovat haavanhoito ja osaaminen. Englanninkielisenä haavanhoidon käsitteenä toimi wound care, joka on suora käänös haavanhoidosta. Osaamisen englannin kielen käsitteeksi valittiin knowledge -sana. Myös sanoja competence ja skills käytettiin tiedonhaussa.

Tiedonhaun toisessa vaiheessa hakusanoja tarkennettiin valitsemalla hakusanoiksi haavanhoidon osaamisen keskeisiin sisältöihin liittyviä termejä. Hakusanoina olivat: haavanhoidon arviointi, haavanhoitotuotteet, aseptiikka haavanhoidossa, haavanhoidon kirjaaminen, haavanhoito ja ravitsemus, haavakipu, potilasohjaus haavan-

hoidossa, krooninen haava ja akuutti haava. Kansainvälisiä hakuja tehtäessä hakusanojen tarkennus oli tarpeen tehdä, koska pelkästään Cinahlissa hakusana wound care antoi 5353 osumaa. Tarkennettuina hakusanoina olivat: wound assessment, wound management, chronic wound, acute wound, wound related pain, wound care and nutrition, aseptic in wound care, wound bed preparation, wound care and documentation ja wound care and patient education.

5.2 Tutkimusmenetelmän valinta

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska menetelmällä voitiin tutkia haavanhoidon osaamista hoitajien omakohtaisesti kuvaamien kokemusten perusteella. Hoitajien kuvaamien kokemusten pohjalta tehtiin johtopäätöksiä ja tulkintoja, joiden avulla selvitettiin vastaukset tutkimustehtäviin. (Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.) Laadullisessa tutkimuksessa kohderyhmä voidaan valita harkiten ja tarkoitukseen sopivaksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Hoitajien haavanhoidon osaamista tutkittaessa kohderyhmä ei voinut olla satunnaisesti valittu, vaan tutkittavilla tuli olla kokemusta tutkittavasta asiasta.

5.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmää valittaessa on tärkeää, että valituilla on omakohtaista kokemusta ja asiantuntemusta tutkittavasta asiasta. Tällöin on todennäköisempää, että tutkimustehtäviin saadaan vastaukset. (Vilka 2015, 114.) Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat yhden terveyskeskuksen vastaanotossa ja päivystyksessä työskentelevät hoitajat (N=16), joiden työtehtäviin kuuluu haavanhoito. Hoitajat olivat koulutukseltaan perushoitajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia.

5.4 Aineistonkeruumenetelmä

Laadulliseen tutkimukseen tarvittavan aineiston voi kerätä monin eri tavoin. Aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi erilaisin haastattelumenetelmin, kuten teema-

ryhmä- tai lomakehaastattelun avulla. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 159–160; Vilka 2015,123.) Tämän opinnäytetyön tutkimus toteutettiin avoimella lomakehaastattelulla (liite 2). Lomakehaastatteluun päädyttiin, koska avoin haastattelu tai teemahaastattelu olisi ollut hankala sovittaa hoitajien kiireiseen työhön. Myös sopivan haastatteluhetken sopiminen olisi ollut haasteellista. Kyselylomakkeen avointen kysymysten avulla hoitajat saivat pohtia ja arvioida omaa haavanhoidon eri osa-alueiden osaamistaan. Hoitajat saivat rauhassa tutustua kysymyksiin ja käyttää vastauksiin riittävästi aikaa.

Tässä opinnäytetyössä hoitajien haavanhoidon osaamista tutkittiin useista haavanhoidon osaamiseen kuuluvista alueista osaamisen itsearvioinnin perusteella. Näin tehtiin, koska haluttiin kokonaisvaltainen käsitys hoitajien haavanhoidon osaamisesta sen sijaan, että olisi tutkittu vain jotakin tai joitakin monista haavanhoidon osaamisen alueista. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin haavanhoidon osaamiseen kuuluvien keskeisten sisältöjen perusteella. Haavanhoidon osaamisen keskeiset sisällöt puolestaan määriteltiin hoitajien haavanhoidon osaamisesta aikaisemmin julkaistujen tutkimusten perusteella. (Vilka 2015, 123.)

Kyselylomake sisälsi yhteensä kaksitoista kysymystä, joista kahdeksan liittyi haavanhoidon osaamisen sisältöihin. Lisäksi vastaajia pyydettiin kuvailemaan haavanhoidon osaamistaan, kertomaan haavanhoitoon liittyvistä kehittämistarpeista ja koulutukseen osallistumisesta. Lopuksi vastaajat saivat vapaasti kommentoida aihetta. Vastaajien taustatietoja, sukupuolta, ikää, ammattia tai työkokemusta alalta ei kysymyslomakkeessa kysytty. Taustatietokysymykset jätettiin pois, koska tutkimustehtävissä ei haettu vastausta siihen, miten vastaajien taustatekijät ovat yhteydessä haavanhoidon osaamiseen. Tällä päätöksellä haluttiin myös turvata vastaajien nimettömyys, sillä tutkimuksen kohdeorganisaatio on kohtalaisen pieni ja taustatietojen perusteella tutkimustuloksia ja tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyksiä saatettaisiin organisaation sisällä mahdollisesti yhdistää ja tunnistaa.

Lomakehaastattelun haasteena on kysymysten muotoileminen riittävän ymmärrettäväksi, koska tutkija ei voi niitä enää selventää vastaajille, kun lomake on jätetty vastattavaksi (Vilka 2015,123). Opinnäytetyössä tämä huomioitiin laadittujen kysymysten pilotoinnilla eli esikyselyillä. Näin toimimalla varmistettiin kysymysten toimi-

vuus tutkimuksessa. Pilottikyselyyn vastanneet hoitajat eivät olleet töissä opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa. Vastanneet olivat ammatiltaan hoitajia, joilla oli kokemusta haavanhoidosta. Vastaajilta saadun palautteen perusteella kysymykset olivat ymmärrettäviä ja tarkoituksenmukaisia. Ainoastaan kahta kysymystä tarkennettiin palautteen perusteella.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin helmikuussa 2018. Kyselylomakkeita jaettiin 16 hoitajalle. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Vastauksia saatiin 14 (n=14). Vastausprosentti oli 87,5. Vastaajista yksitoista oli sairaanhoitajia, kaksi oli lähihoitajia ja yksi oli perushoitaja. Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (liite 3), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, toteutuksesta ja aikataulusta. Koska lomakehaastattelun vastausten palautuminen saattaa olla ongelmallista (Vilkkä 2015, 134), varmistettiin vastausten palautuminen sopimalla palautuspaikka työelämän yhteyshenkilön kanssa. Yhteyshenkilö tiedotti palautuspaikasta vastaajille.

5.5 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan analysoida induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tai deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Tämän opinnäytetyön analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen analyysimenetelmä. Deduktiivista menetelmätapaa käytetään, jos tutkimuksen teoreettinen viitekehys sisältää valmiin teorian tai analyysirungon. Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys ei sisältänyt mitään valmista teoriaa tai analyysirunkoa, vaan opinnäytetyön tutkimuksen kysymysten sisällöt muodostettiin itse opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten sisältämän teoratiedon perusteella. Induktiivisella sisällönanalyysillä mahdollistettiin koko aineiston yksittäisten vastausten tulkinta ja aineistosta nostettiin esiin merkityksellisiä asioita, joista muodostettiin kokonaiskäsitteitä. Tavoitteena oli ymmärtää tutkittavien kokemuksia ja tapoja toimia. Aineistosta ei tehty määrällisiä yleistyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.)

Analysointi aloitettiin perehtymällä vastauksiin. Aineisto luettiin läpi useaan kertaan, minkä jälkeen alkuperäisilmaisut kirjoitettiin tarkasti ylös ja samanaikaisesti aloitet-

tiin aineiston ryhmittely. Ryhmittelyä helpotti kyselylomakkeen valmiiksi valitut haa-
vanhoidon osaamisen eri alueet. Tämän jälkeen osaamisen eri alueiden mukaan
ryhmitellyistä alkuperäisilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia.
Nämä ilmaisut pelkistettiin, ryhmiteltiin ja muodostettiin alaluokat, yläluokat ja niitä
yhdistävät pääluokat. Luokkien laatimisen tarkoituksena oli rakentaa aineistosta
teoreettisia käsitteitä eli aineisto käsitteellistettiin. Käsitteellistäminen tapahtui opin-
näytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen
2009, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.) Aineiston laajuuden vuoksi sisäl-
lönanalyysiä ei ole opinnäytetyössä kokonaisuudessaan kuvattu. Sisällönanalyysin
havainnollistamiseksi laadittiin yhden kysymyksen osalta pelkistämistä taulukko
(liite 4) sekä ryhmittelystä ja luokittelusta taulukko (liite 5). Lisäksi koko aineiston
luokittelusta laadittiin taulukko (liite 6).

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulosten mukaan haavanhoidon toteutumisesta ja osaamisesta muodostettiin neljä pääluokkaa: näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen ja osaaminen, haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen, potilaan ohjaamisen toteutuminen ja osaaminen sekä haavanhoidon osaamisen kehittäminen.

6.1 Näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen ja osaaminen

Näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisen ja osaamisen pääluokan muodostaa **tiedon soveltamisen** yläluokka, jonka alaluokat ovat: tutkitun tiedon käyttö, valmiit hoito-ohjeet sekä kollegoiden neuvot. Vastauksissa kerrotaan, että tutkittua tietoa tulisi käyttää haavanhoidossa, mutta käytännössä näyttöön perustuvaa tietoa käytetään harvoin. Kollegoiden neuvot nähdään tärkeänä tukena haavanhoidosta päättäessä. Kollegoilta kysytään usein neuvoja, koska itse ei osata haavanhoidosta päättää. Haavanhoidon apuna hyödynnetään paljon valmiita hoito-ohjeita. Helposti ja nopeasti luettavia hoito-ohjeita haluttaisiin käyttöön enemmänkin.

6.2 Haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen

Haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen muodostuvat yläluokista, jotka ovat infektioiden torjunta, haavan paranemisen arviointi, haavatuotteen valinta, haavakivun hoito ja haavanhoidon kirjaaminen.

Infektioiden torjunnan alaluokat ovat aseptiikan toteutuminen ja tavanomaiset varotoimet. Aseptiikan koetaan toteutuvan haavanhoidossa enimmäkseen hyvin tai kohtalaisesti. Kiireessä aseptiikka toteutuu huonosti. Osin koetaan, että kaikki eivät pidä aseptiikka tärkeänä. Vastausten perusteella tavanomaisiin varotoimiin, käsihygieniaan, suojainten käyttöön ja oikeisiin työskentelytapoihin kiinnitetään huomiota.

Haavanhoidossa käsihygienia toteutuu yleensä hyvin. Kädet desinfektoidaan ja suojakäsineitä vaihdetaan usein. Erityisesti suojakäsineiden vaihto huomioidaan

haavanhoidon eri työvaiheiden välillä. Myös muiden suojainten käyttö haavanhoidossa toteutuu hyvin ja kertakäyttökäsineiden lisäksi käytetään suojaesiliinaa ja suu-nenäsuojusta, mutta toisinaan suojainten käyttö unohtuu. Hoitoympäristön puhtauteen kiinnitetään hyvin huomiota ja työpöytä puhdistetaan ennen haavanhoitoa sekä haavanhoidon jälkeen. Myös kahvat, vetimet sekä valaisimet desinfioidaan haavanhoidon jälkeen.

Haavanhoitotuotteiden valitseminen etukäteen ja tuotteiden sijoittelu valmiiksi työpöydälle katsotaan helpottavan työskentelyä ja parantavan aseptiikan toteutumista. Työn keskeytymisen nähdään heikentävän aseptiikkaa. Hoito-ohjeiden tulostaminen valmiiksi vähentää työn keskeytymistä. Haavanhoidon valmistelussa kiinnitetään lisäksi huomiota siihen, onko haava steriilisti hoidettava haava vai puhtaasti hoidettava haava.

Hyvin suunniteltu tekeminen parantaa aseptiikkaa esim. apupöydän valmistelu ja tarvikkeiden sijoittelu.

Haavan paranemisen arviointi koostuu yhdeksästä alaluokasta: haavan ulkonäön arviointi, haavan erittäminen, haavainfektion merkkien tunnistaminen, arviointimenetelmät, haavan paranemisen vaiheet, haavatyypin tunnistaminen, ravitsemuksen merkitys, ravitsemustilan arviointi ja vajaaravitsemuksen ehkäiseminen.

Haavan paranemista arvioidaan ensisijaisesti haavan ulkonäön perusteella. Haavan kokoa ja syvyyttä, haavan väriä, katteisuutta ja haavan reunojen kuntoa arvioidaan monipuolisesti. Myös haavan erittämistä tarkkaillaan ja erityksen laatuun ja määrään kiinnitetään huomiota. Erityksen laatua osittain myös kuvaillaan.

Arvioin haavan erittämistä, eritteen väriä, hajua, viskoosia, määrää.

Mahdollisia haavainfektion merkkejä, punoitusta, kuumotusta, hajua ja kipua arvioidaan tyypillisesti vähän. Haavainfektioita epäiltäessä bakteerinäytteenotto haavasta mainitaan yksittäisissä vastauksissa. Haavan paranemisen vaiheita ei yleensä huomioida haavan paranemisen arvioinnissa. Paranemisen vaiheet: inflammaatio eli tulehdusvaihe, proliferaatio eli korjausvaihe sekä maturaatio eli kypsymisvaihe tunnistetaan osittain ja osataan osittain nimetä.

Haavan paranemisen arviointimenetelmänä käytetään paljon haavan koon mittaamista. Haava arvioidaan haavan ulkonäköä silmämääräisesti katsomalla. Haavanhoidon edellisiä kirjauksia ja valokuvia käytetään arvioinnin apuna. Haavatyypin tuntemusta korostetaan. Arvioidaan, onko haava akuutti vai krooninen, onko kyseessä leikkaushaava, palovamma, diabeettinen haava tai painehaava.

Ravitsemuksen merkitystä haavan paranemiseen kuvailtiin tärkeäksi, erittäin tärkeäksi tai merkittäväksi osaksi haavan paranemisessa. Monipuolisen ravinnon tiedetään auttavan haavan paranemisessa ja vastaavasti ravintoköyhän tai liian vähäisen ruoan hidastavan haavan paranemista. Potilaan diabetes ja huono sokeritasapaino tunnistetaan haavan paranemisen pitkittymisen syyksi.

Ravitsemustilan arvioinnin kerrottiin toteutuvan haastattelemalla potilasta sekä seuraamalla potilaan painoa ja vajaaravitsemuksen ulkoisia merkkejä. Muutamassa vastauksessa tuli ilmi, että ravitsemustila jää toisinaan kokonaan arvioimatta.

Arvioin ravinnonsaantia habituksen ja haastattelun avulla.

Proteiinipitoista ruokavaliota pidetään tärkeänä vajaaravitsemuksen ehkäisemisessä. Proteiinien, vitamiinien ja nesteiden riittämättömän saannin arvioidaan estävän haavan paranemisen. Ravintolisien käytön arvellaan joskus olevan myös tärkeää.

Haavatuotteen valintaan vaikuttavista tekijöistä muodostettiin neljä alaluokkaa: potilaslähtöiset tekijät, haavan luonne ja sijainti, haavatuotteen ominaisuudet, sekä tuotteen saatavuus ja hinta.

Haavatuotteen valinnassa potilaslähtöiset tekijät huomioidaan. Potilaan yleistilaa arvioidaan monipuolisesti. Potilaan terveydentila, sairaudet ja mahdolliset allergiat huomioidaan. Myös haavan alkuperään sekä haavatyypin kiinnitetään hyvin huomiota. Haavan luonteen ja sijainnin nähdään olevan tärkeä haavatuotteen valintaan vaikuttava tekijä. Haavan sijaintia, kokoa, väriä, eritystä, katteisuutta arvioidaan hyvin. Haavan mahdollista tulehdusta arvioidaan jonkin verran tuotteen valinnassa.

Hoitajien tuotetietous on puutteellista ja haavatuotteiden ominaisuuksia ei tunnista. Haavatuotteen valinta aiheuttaa usein haasteita eivätkä hoitajat aina osaa valita haavatuotetta itse. Haavatuotteen valinnassa kiinnitetään huomiota tuotteen kipua aiheuttaviin tekijöihin. Osan tuotteista ymmärretään vähentävän kipua ja osan tuotteista ymmärretään lisäävän kipua. Tuotteiden saatavuus ja hinta vaikuttavat haavatuotteen valintaan.

Haavakivunhoidon toteuttamiseen liittyvät alaluokat kuvaavat haavakivun arviointia, haavakivun hoitomenetelmiä, riittävää kipulääkitystä ja säännöllistä kivunhoitoa.

Haavakivun ymmärretään olevan potilaan subjektiivinen kokemus ja potilaan haavakipua arvioidaan. Vastauksissa ei kerrota millä menetelmillä haavakipua arvioidaan. Haavakivun hoitomenetelminä käytetään sekä lääkkeellistä kivunhoitoa että lääkkeetöntä kivunhoitoa. Lääkkeellistä kivunhoitoa toteutetaan suun kautta annosteltavilla lääkkeillä sekä lihakseen injektiona pistettävillä kipulääkkeillä. Haavan käsittelyn aiheuttama kipu ennakoidaan ja neuvotaan potilasta ottamaan kipulääke ennen haavanhoitoa.

Haavakipua hoidan neuvomalla ottamaan kipulääkkeen ennen haavanhoitoa.

Haavasidosten vaihdon ja haavan puhdistuksen aikana syntyvää kipua hoidetaan lisäksi haava-alueen puuduttamisella ennen hoitoa. Haava puudutetaan pintapuudutteella tai puudutesuihkeella. Lääkkeettömänä kivunhoitona käytetään rentoutusta ja asentohoitoa. Turvotuksen aiheuttamaa kipua hoidetaan KKK-hoidolla eli kylmä-, koho, kompressiohoidolla. Vastauksissa tuli ilmi myös kompressiohoidon tukisidosten käytön rajoitukset eli tukisidoksia käytetään, jos niiden käyttö on sallittua. Kipulääkityksen tehokkuutta arvioidaan sekä konsultoidaan lääkäriä kipulääkityksen riittävydestä. Potilasta myös neuvotaan säännölliseen kivunhoitoon kotona.

Haavanhoidon kirjaamisen viisi alaluokkaa kuvaavat potilaan esitietoja, rakenteista kirjaamista, haavanhoidon jatkuvuutta, haavasidoksen vaihtoa ja haavan arvioinnin kirjaamista.

Potilaan esitiedoista kirjataan haavanhoitokertomukseen potilaan yleisvoinnista. Myös potilaan sairauksista kirjataan, mikäli ne koetaan haavanhoidon kannalta olennaiseksi.

Haavanhoidon kirjaukset tehdään rakenteisesti kudoseheyskomponenttia käyttäen. Lyhyellä ja selkeällä ilmaisutavalla kirjauksessa pyritään helpottamaan haavatilanteen arviointia seuraavan hoitajan hoitaessa haavaa. Vaikka haavanhoito eri työvaiheineen halutaan kirjata mahdollisimman tarkasti, kiinnitetään huomiota myös kirjausten pituuteen siten, että kirjattu teksti ehdittäisiin lukea kokonaan.

Pyrin kirjaamaan lyhyesti, selkeästi ja siten, että seuraavan olisi helppo katsoa ohjeet ja arvioida myös kirjauksen jälkeen mihin suuntaan haavan tilanne on mennyt.

Haavanhoidon jatkuvuutta huomioidaan kirjaamalla haavanhoitokertomukseen suunnitelma haavanhoidon jatkosta. Kirjaus tehdään myös mahdollisista konsultatioista haavanhoidon suhteen. Haavasidoksen vaihdosta kirjataan haavanhoidossa käytetyt haavanhoitotuotteet. Kirjaukseen merkitään haavalle laitettujen tuotteiden nimet. Toisinaan kirjataan tietoja myös haavalla olleista vanhoista sidoksista.

Vastausten perusteella haavan arviointia koskevia kirjauksia tehdään erityisesti haavan koosta, ulkonäöstä ja erityksestä. Osittain kerrotaan kirjattavan myös erityksen määrästä. Erityisesti haavan erityksistä halutaan kirjata tarkasti. Kirjausmerkintöjä tehdään lisäksi haavan mittaustuloksesta, syvyydestä ja haavan reunoista. Kirjauksiin kuvaillaan myös haavalla olevaa katetta, verestystä ja haavan väriä. Haavassa havaituista poikkeavuuksista kirjataan ja erityisesti huomioidaan edelliseen kertaan verrattut muutokset haavassa. Havaitut haavainfektion merkit kirjataan haavanhoitokertomukseen. Erikseen haavainfektion merkeistä mainitaan kirjattavan haju ja kipu.

6.3 Potilaan ohjaamisen toteutuminen ja osaaminen

Potilaan ohjaamisen toteutumista ja osaamista kuvailevista ilmaisuista muodostettiin kolme yläluokkaa: potilaan voimavarojen tukeminen, ohjaamisessa käytettävät menetelmät ja hoitajan ohjausvalmiudet.

Potilaan voimavarojen tukemisen alaluokat ovat tiedonsaannin turvaaminen, hoitoon sitoutumisen motivointi ja omaisen huomioiminen ohjauksessa. Potilaan tiedonsaannissa tärkeässä osassa ovat valmiiden haavanhoito-ohjeiden antaminen potilaalle. Tiedonsaantia vahvistetaan tarjoamalla mahdollisuus kysymysten esittämiseen myös vastaanoton jälkeen. Potilaalle annetaan vastaanoton yhteystiedot yhteydenottoa varten.

Annetaan yhteystiedot, että pystyvät esittämään kysymyksiä.

Potilaan hoitoon sitoutumisen motivointi koetaan tärkeänä. Potilasta rohkaistaan ja motivoidaan omahoitoon. Tämän nähdään parantavan hoidon tuloksia ja olevan kustannustehokasta. Haavanhoitamisen lisäksi potilasta ohjataan monipuolisen ravitsemuksen toteuttamisessa sekä oman hygienian hoidossa. Vastausten mukaan myös omaisen huomioidaan ohjauksessa ja otetaan mukaan haavanhoitoon.

Motivointi on mielestäni ensisijaisen tärkeää, että saadaan potilas sitoutumaan haavanhoitoon. Tällöin tulokset saavutetaan nopeammin.

Ohjaamisessa käytettävät menetelmät jakautuvat kolmeen alaluokkaan: kirjalliseen ohjaukseen, suulliseen ohjaukseen ja havainnollistamiseen. Kirjallisessa ohjauksessa hyödynnetään haavanhoito-ohjeita ja kuvia. Hoito-ohjeet kerrataan potilaalle suullisesti. Ohjauksen vaikuttavuutta parannetaan havainnollistamalla. Haavanhoito opetetaan näyttämällä hoito potilaalle ja potilas tekee itse.

Hoitajan ohjausvalmiudet muodostuvat neljästä alaluokasta: omasta persoonasta, asenteesta, kielellisistä taidoista ja teoreettisista tiedoista.

Ohjaamisessa korostuu oman persoonan käyttö. Ohjaamisessa hyödynnetään rohkeaa ja motivoivaa asennetta. Omien kielellisten taitojen ymmärretään olevan onnistuneen ohjauksen edellytys. Ohjaamisessa pyritään käyttämään selkeää kieltä ja kertomaan asiat mahdollisimman yksinkertaisesti.

Hoitajan teoreettisilla tiedoilla nähdään olevan merkitystä ohjauksessa. Potilasohjauksessa käytetään koulussa opittua tietoa sekä käytännön kokemuksen tuomaa tietoa. Kollegoiden tietoja ja neuvoja käytetään ohjauksen apuna.

6.4 Haavanhoidon osaamisen kehittäminen

Haavanhoidon osaamisen kehittämisen pääluokka muodostettiin kolmesta yläluokasta: oman osaamisen arviointi, haavanhoitotaitojen ylläpito ja työn organisointi.

Oman osaamisen arviointi koostuu osaamista kuvaavista ilmaisuihin, joista muodostettiin alaluokat: osaaminen huonoa, osaaminen kohtalaista ja osaaminen hyvää. Haavanhoidon osaamisen huonoksi kokevat kuvailevat osaamistaan epävarmaksi, suhteellisen heikoksi, huonoksi ja todella huonoksi. Haavanhoidon menetelmien koetaan kehittyvän jatkuvasti ja omaa osaamista ei pidetä ajantasaisena. Haavanhoidon osaamisen kohtalaiseksi kuvailevat kokevat, että haavanhoidon perustiedot ovat hallussa. Osaamisen koetaan olevan varmempaa, jos hoidettava haava on uusi ja tuore. Vanhan ja katteisen haavan hoidossa koetaan osaamisessa olevan puutteita. Osaamiseen toivotaan lisää varmuutta. Haavanhoidon osaamisen hyväksi kokevat, että osaamisessa olisi kehitettävää, koska tuotteiden ja työmenetelmien kerrotaan kehittyvän jatkuvasti.

Haavanhoitotaitojen ylläpito muodostuu kolmesta alaluokasta: haavanhoitojen säännöllinen tekeminen, haavanhoitojen käytännön harjoittelu ja haavanhoidon koulutus. Haavanhoitojen säännöllisen tekemisen katsotaan kehittävän omaa haavanhoidon osaamista. Jatkuvalle haavanhoitojen tekemisellä mahdollistetaan tietojen ja taitojen ylläpitäminen. Haavanhoidon nähdään olevan alue, jota oppii vain tekemällä. Haavanhoitojen käytännössä harjoittelu haavanhoitajan kanssa koettaisiin tärkeäksi haavanhoidon osaamisen kehittämisessä. Haavanhoitajan kanssa tapahtuvaa käytännön harjoittelua toivotaan järjestettävän.

Haavanhoito on sellainen alue, jota pitäisi tehdä koko ajan, että tuntuma ja tietämys pysyy.

Haavanhoidon koulutuksiin osallistuminen on ollut vähäistä. Koulutuksiin ei ole osallistuttu lainkaan tai osallistuminen on ollut vähäistä. Aktiivisesti koulutuksiin osallistujia hoitajia on vain muutama. Haavanhoidon koulutus nähdään tärkeänä oman osaamisen kehittämisessä. Haavanhoidon koulutuksia toivotaan järjestettävän säännöllisesti. Erityisesti työpaikkakoulutusta toivotaan järjestettävän. Koulutusta halutaan järjestettävän osastotunneilla ja palaverien yhteydessä. Tuotekoulutusta uusista tuotteista ja tuotteiden käytöstä toivotaan järjestettävän. Erityisesti toivotaan haavanhoitajan järjestämää koulutusta. Haavanhoitaja voisi toimia muiden hoitajien kouluttajana.

Ehkä enemmän vaikka työpaikkakoulutusta

Työn organisoinnin yläluokka muodostettiin kolmesta alaluokasta: haavanhoidon toteuttamisen suunnittelu, resurssit ja yhteiset toimintatavat. Erityisesti päivystyksessä haavanhoidon toteuttamisen suunnittelun koetaan vahvistavan haavanhoidon toteuttamista ja tukevan osaamista. Esimerkkinä mainittiin valmiiksi katsotut hoitotuotteet, jolloin tuotteiden etsimiseen ei kuluisi aikaa. Riittävien resurssien nähdään parantavan haavanhoidon oikeaoppista toteuttamista. Haavanhoitoon olisi varattava riittävästi aikaa, koska haavanhoitoon tulee perehtyä hyvin ja se tulisi tehdä rauhassa.

Meillä ensiavussa on niin kiire, ettei haavanhoitoon ehdi kunnolla keskittyä.

Yhteisten toimintatapojen suhteen nähdään olevan kehitettävää. Erimielisyyttä on siitä, kuka haavoja hoitaa. Halutaan, että aina samat hoitajat hoitavat haavoja, jolloin hoitokäytänteet olisivat yhteneväiset. Toisaalta taas koetaan, että haavanhoito on vain muutaman ihmisen varassa ja kakkien pitäisi saada hoitaa haavoja säännöllisesti. Myös koulutuksia toivottiin tasapuolisesti kaikille.

7 PÄÄTELMÄT JA POHDINTA

Opinnäytetyön tulokset tuottivat tietoa, jonka avulla arvioitiin haavanhoidon toteutumista ja hoitajien haavanhoidon osaamista. Lisäksi tuotetun tiedon avulla selvitettiin, miten haavanhoidon osaamista voitaisiin kehittää.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten mukaan haavanhoito on hyvin monenlaisia toimintoja ja osaamista vaativa hoitotyön alue, joka koostuu näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisesta ja osaamisesta, haavanhoidon kliinisestä toteutumisesta ja osaamisesta, potilaan ohjauksen toteutumisesta ja osaamisesta sekä haavanhoidon osaamisen kehittamisestä.

Tulosten mukaan hoitajat arvioivat haavanhoidon osaamisensa enimmäkseen huonoksi, vaikka heillä on runsaasti monipuolista tietoa haavanhoidon eri osa-alueilta. Tätä tulosta tukee Bell ja McCarthyn (2010, 9) tutkimuksen tulos. Myös he esittävät, että hoitajilla on paljon tietoa haavanhoidosta, mutta tietoja ei aina kuitenkaan osata hyödyntää käytännössä.

Tulosten mukaan hoitajilla olisi paljon tietoa haavanhoidon kliinisestä toteutumisesta ja osaamisesta. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen koostuvat osa-alueista, jotka ovat infektioiden torjunta, haavan paranemisen arviointi, haavatuotteen valinta, haavakivun hoito ja haavanhoidon kirjaaminen.

Tuloksissa korostui haavan ja haavan paranemisen arvioinnin monipuolisuus. Haavan erilaisia syntymekanismia ja haavatyyppejä tunnistetaan ja arvioidaan hyvin. Haavan paranemista arvioidessa huomioidaan paranemiseen vaikuttavia taustatekijöitä, kuten potilaan sairauksia tai ravitsemustilaa.

Ravitsemustila on tärkeässä roolissa haavan paranemisprosessissa (Aavanen 2013, 34) ja haava on altistava tekijä vajaan ravitsemuksen kehittymiselle (Käypä hoito 2014). Aavasen (2013, 45, 34) tutkimuksessa hoitajat tiesivät hyvän ravitsemuksen merkityksen haavapotilaan terveyden edistämiseen, mutta haavapotilaiden

ravitsemuksessa todettiin siitä huolimatta olevan puutteita. Tarvittaisiinkin lisää koulutusta, että ravitsemustilaa osattaisiin huomioida oikealla tavalla. Myös tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat tiedostivat ravitsemuksen merkityksen olevan tärkeässä osassa haavan paranemisprosessissa, mutta yhtä lailla ilmeni myös se, ettei ravitsemustilaa arvioida riittävän monipuolisesti ja toisinaan se jää arvioimatta kokonaan.

Haavan paranemista arvioitaessa haavan kuntoa arvioidaan monipuolisesti. Haavan kokoa ja syvyyttä, haavan pohjan väriä, katteisuutta ja eritystä arvioidaan hyvin. Erityksen laatua osataan myös jonkin verran kuvailla. Myös Tikle (2016, 107–108) esittää, että hoitajat arvioivat haavan eritystä haavanhoidon yhteydessä. Erityksen tyyppiä, määrää tai hajua ei kuitenkaan aina osata kuvailla oikein.

Tässä opinnäytetyössä ei selvinnyt, että hoitajat arvioisivat säännöllisesti haavan infektoitumista tai tunnistaisivat hyvin haavainfektion merkit. Haavainfektion merkkejä seurataan vain vähän. Myös Deeth ja Grothier (2016, 69) sekä Newton (2017, 48) esittävät, että hoitajat kokevat haavainfektioiden tunnistamisen haasteellisena. On silti mahdollista, että haavainfektion merkkejä seurataan käytännössä paremmin kuin tämän opinnäytetyön tulokset antavat ymmärtää. Välttämättä vastauksissa ei vain ole huomattu tuoda asiaa laajemmin esille.

Haavan paranemista arvioidaan hyvin, mutta paranemisen vaiheita ei siitä huolimatta aina osata tunnistaa. Tuloksista ei selvinnyt, että hoitajat käyttäisivät haavan paranemisen arvioinnin avuksi kehitettyjä valmiita arviointimenetelmiä. Myös Dowsett (2008, 20) Deeth ja Grothier (2016, 69), sekä Ousey ym. (2016, 69) esittävät tutkimuksissaan, että suuri osa hoitajista arvioi haavan paranemista, mutta paranemisen vaiheiden tunnistamisen avuksi kehitettyjä arviointimenetelmiä ei käytetä. Valmiiden menetelmien käyttö auttaisi tunnistamaan haavat joiden paraneminen on pitkittänyt.

Haavan paranemisen vaiheiden tunnistamisen vaikeus aiheuttaa hankaluutta haavanhoitotuotteiden valinnassa, koska oikeanlaista tuotetta ei tavallisesti osata valita itse. Tätä tulosta tukevat Bell ja McCarthyn (2010, 7–9) sekä Newtonin (2017, 48) tutkimukset, joiden perusteella hoitajilla on puutteita haavasidosten tuntemuksessa

ja valinnassa. Haasteita aiheuttavat haavasidoksen valinta ja vaihtaminen tarkoituksemukaisempaan sidokseen haavan paranemisen edetessä. Tuotteen valintaa ei osata tehdä näyttöön perustuvien tietojen perusteella. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan näyttöön perustuvaa tietoa käytetään harvoin, vaikka hoitajat tietävät, että tutkittua tietoa pitäisi käyttää. Tutkitun tiedon sijaan haavanhoidosta päätettäessä apuna käytetään kollegoiden mielipiteitä. Myös Jalonen ja Ylönen (2016, 17) esittävät, että haavanhoidossa hoitajien tieto ja osaaminen eivät ole näyttöön perustuvien tietojen mukaisia, vaan pohjautuvat useimmiten kollegoilta opittuun tietoon.

Opinnäytetyön tulosten perusteella vääränlainen haavasidos tunnistetaan haavakivun aiheuttajaksi. Tätä tulosta tukevat useat aikaisemmat tutkimukset. Vääränlainen sidosvalinta ja haavaan kiinni kuivunut sidos aiheuttavat potilaalle huomattavaa kipua. (Bell & McCarthy 2010, 7; Solowiej & Upton 2012, 25; Butcher & White 2014, 56.)

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan haavakipua ja haavan käsittelyn aiheuttamaa kipua osataan hoitaa monin eri keinoin. Tuloksista ei voida kuitenkaan päätellä miten potilaan kipua arvioidaan. McCluskeyn ja McCarthyn (2012, 46) mukaan hoitajat arvioivat säännöllisesti potilaan haavakipua käyttämällä haavakivun arviointiin kehitettyjä mittareita. Tämän opinnäytetyön tuloksista ei selviä käytetäänkö arvioinnin apuna kivun arviointiin kehitettyjä mittareita, kuten VAS -kipujanaa. Kyselylomakkeen haavakivun hoitoa käsittelevän kysymyksen paremmalla asettelulla olisi vastauksissa saatu monipuolisemmin tietoa kivun arvioinnista. Tuloksista voidaan kuitenkin päätellä, että kivun arviointia tehdään jatkuvasti, koska kipulääkitystä ja kipulääkityksen riittävyttä arvioidaan, lääkityksen riittävydestä konsultoidaan lääkäriä ja potilaan kivusta kirjataan potilaskertomukseen.

Haavanhoidon kirjaamisen osaaminen edellyttää hoitajalta hyvää rakenteisen kirjaamistavan ja komponenttien hallintaa (Kinnunen 2007, 77). Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella haavanhoidon kirjaukset tehdään rakenteisesti kudoseheyskomponenttia käyttäen. Haavan arviointia koskevia kirjauksia tehdään monipuolisesti ja tarkasti kuvailemalla haavan kokoa, ulkonäköä, eritystä, katteisuutta ja haavan reunoja. Kirjaamisen merkitys hoidon jatkuvuuden turvaamisen kannalta ymmärretään. Lyhyellä ja selkeällä ilmaisutavalla kirjauksessa pyritään helpottamaan

haavatilanteen arviointia seuraavan hoitajan hoitaessa haavaa. Opinnäytetyön tulosta tukee Kinnusen (2013, 85) tutkimus, jonka perusteella aikaisempiin vuosiin verrattuna hoitajat kirjaavat haavanhoidossa enemmän haavan koosta sekä haavaympäristön ja haavan reunojen kunnosta. Ymmärrys kirjauksen tarkoituksesta ja tärkeydestä on lisääntynyt. Laadukas kirjaaminen mahdollistaa haavanhoidon vaikuttavuuden ja hoidon jatkuvuuden arvioinnin.

Haavanhoidon vaikuttavuutta ja jatkuvuutta tukee potilaan hyvä ohjaaminen. Potilaan ohjaamisesta hoitajilla on yleensä hyvät perustiedot ja taidot, mutta ohjauksen arvioinnin osaamisessa, tavoitteiden asettamisessa sekä tuloksellisuuden arvioinnissa olisi vielä kehitettävää. (Eloranta ym. 2014, 64.) Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat käyttävät erilaisia ohjausmenetelmiä varsin monipuolisesti. Tuloksista ei suoraan käynyt ilmi, miten potilaiden ohjaustarpeen arviointi toteutuu. Se tuloksista kuitenkin selvisi, että osa hoitajista oli huomannut potilaiden motivoinnin omaan hoitoonsa parantavan hoidon tuloksia ja olevan kustannustehokasta. Tästä voi päätellä, että ainakin osittain ohjausta osataan tehdä myös tavoitteellisesti ja ohjauksen vaikuttavuutta osataan arvioida. Eloranta ym. (2014, 64) korostavat, että koulutuksessa ja hoitotyön kehittämisessä olisi tärkeä kehittää ohjauksen vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointia.

Koulutuksen tärkeys oman osaamisen kehittämisessä tiedostetaan hyvin. Siitä huolimatta haavanhoidon koulutukseen osallistuminen on ollut vähäistä. Osa hoitajista ei ole osallistunut lainkaan haavanhoidon koulutuksiin. Säännöllistä erityisesti työpaikalla tapahtuvaa koulutusta toivotaan järjestettävän kaikille. Hollinworth (2009, 3–5) korostaakin, että juuri säännöllisellä haavanhoidon koulutuksella on mahdollista tuoda muutoksia hoitajien osaamiseen. Myös McCluskey ja McCharty (2012, 47) kertovat, että haavanhoidon tietojen päivittäminen on oleellinen osa osaamisen kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella etenkin tuotteista ja niiden käytöstä toivotaan lisää koulutusta. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotuotteiden vaikuttavuudesta sekä niiden oikeanlaisesta käytöstä halutaan lisäkoulutusta (Aavanen 2013, 34; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12–14). Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella omia haavanhoidon tietoja ja taitoja halutaan lisäksi parantaa ja ylläpitää haavanhoitojen säännöllisellä tekemisellä ja käytännössä harjoittelemalla. Haavanhoitaja voisi toimia käytännön harjoittelun ohjaajana.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen ensimmäinen eettinen asia on tutkimuksen aiheen valinnan eettisyys. Aiheen valinnan hyödyllisyys tukee tutkimuksen eettisyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Tämän opinnäytetyön aiheen valinta oli eettisesti perusteltua, koska erilaiset haavat, haavapotilaiden määrä ja yhä vaativammat haavanhoidot lisääntyvä jatkuvasti (Jokinen 2009). Tästä syystä hyvän haavanhoidon varmistamiseksi hoitajien haavanhoidon osaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Koska aiheesta on tehty vähän kansallisia tutkimuksia, oli lisätutkimukselle tarvetta. Näin ollen oli perusteltua olettaa, että hoitajien haavanhoidon osaamisen tutkimisesta on hyötyä tutkimukseen osallistuville hoitajille, kohdeorganisaatiolle, yleisesti hoitajille ja alan opiskelijoille.

Eettisesti tärkeää on tutkimuksen kohderyhmän itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus. Tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuvia hoitajia informoitiin saatekirjeellä (liite 3), jossa kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi halutessaan kieltäytyä. Saatekirjeessä kerrottiin myös opinnäytetyön tarkoituksesta ja siitä mihin tietoa tullaan käyttämään. Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot kerrottiin saatekirjeessä, jotta kyselyyn osallistujat saivat tarvitessaan ottaa heihin yhteyttä (Pollit & Beck 2008, 176–177).

Tutkimukseen osallistujille kerrottiin, että opinnäytetyön valmistuttua kaikki tutkimuksen kyselylomakkeet hävitetään. Opinnäytetyön tekemisen aikana kyselylomakkeita ei luovutettu ulkopuolisille. Tutkimukseen osallistuneiden nimettömänä pysyminen varmistettiin siten, että kohdeorganisaatiota ei mainita nimeltä opinnäytetyöraportissa eikä tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja selvitetty tutkimuksessa. Kohdeorganisaatio on kohtalaisen pieni ja taustatietojen perusteella opinnäytetyön tuloksia ja tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyksiä saatettaisiin organisaation sisällä mahdollisesti tunnistaa ja yhdistää. Kohdeorganisaatiosta haettiin opinnäytetyön tekemiseen lupa sekä laadittiin kirjallinen sopimus opinnäytetyön tekemisestä kohdeorganisaation, ammattikorkeakoulun ja opinnäytetyön tekijöiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 149; Pollit & Beck 2008, 177; Vilka 2015, 47.)

Hyvään tutkimuseetiikkaan kuuluu, että toisten tekemiä tutkimuksia ei kopioida. Tämän vuoksi opinnäytetyön raporttiin tehtiin tarkat lähdemerkinnät. Lisäksi valmis

opinnäytetyön raportti tarkistettiin kopioinnin tunnistamiseen tarkoitetulla Urkund -ohjelmalla. Näin varmistettiin, että opinnäytetyön raportti ei sisällä kopioitua tekstiä. Tulosten tarkastelussa ja johtopäätösten teossa omat tulkinnat esitettiin selkeästi omina ja kunnioitettiin aiheesta aikaisemmin tehneiden tutkijoiden tulkintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96; Vilka 2015, 42.)

Tutkimuseettisesti on erittäin tärkeää, että tutkimustuloksia ei vääristellä. Mahdolliset omat ennakkokäsitykset tutkittavasta aiheesta eivät saa ohjata aineiston analyysiä ja tulosten tarkastelua. Tämän opinnäytetyön tulosten analyysi tapahtui täysin kyselyyn vastanneiden ehdoilla. Ennen työn aloittamista omat ennako-odotukset tutkittavasta aiheesta kerrottiin ja analyysivaiheessa kiinnitettiin tietoisesti huomiota ennakkokäsityksiin. (Pollit & Beck 2008, 551; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.) Tulokista ja tulosten tulkinnoista keskusteltiin kohdeorganisaation vastuuhenkilön kanssa ennen tulosten julkistamista. Näin varmistettiin, ettei julkaistava opinnäytetyön raportti sisällä mitään organisaation toimintaa haittaavia asioita. (Vilka 2015, 46.)

Vilka (2015, 46) korostaa, että tutkimusraportissa on kerrottava tutkimusryhmän jäsenten työ- tai virkasuhde tutkittavaan asiaan tai toimeksiantajaan. Tämä on tärkeä tieto tutkimustulosten lukijoille ja käyttäjille sekä tärkeää tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä pohdittaessa. Yksi opinnäytetyöryhmän jäsenistä on hoitajana yksikössä, jonne tutkimus tehdään. Jäsen ei osallistunut tutkimuksen kyselyyn vastaajana.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan laadullisen tutkimuksen arviointikriteereillä, joita ovat vahvistettavuus, uskottavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys. Tämän työn vahvistettavuus varmistettiin kirjaamalla tutkimuksen kulku tarkasti opinnäytetyön raporttiin. Näin tutkimuksen kulkua pystytään seuraamaan ja tutkimus pitäisi pystyä toistamaan ja tulosten olisi oltava lähes samankaltaisia. Laadullisen tutkimuksen tulosten tarkasteluun ja johtopäätöksiin vaikuttavat kuitenkin aina tutkijoiden omat käsitteellistämiset ja tulkinnat, joten toisen tutkijan on lähes mahdotonta päästä täysin samoihin tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.)

Opinnäytetyön uskottavuutta vahvistettiin sillä, että tutkimuksen aineiston kerääminen, vastausten analysointi ja tulokset on kuvattu mahdollisimman tarkasti opinnäytetyön raportissa. Sisällönanalyysiä ei ole kuitenkaan kokonaan kuvattu, koska tutkimuksen aineisto oli niin suuri, että opinnäytetyön raportti olisi muodostunut liian laajaksi. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien suuri määrä ja laaja tutkimusaineisto kuitenkin osaltaan vahvistivat uskottavuutta ja mahdollistivat tulosten yleistettävyyden. Koska lähes kaikki hoitajat osallistuivat tutkimukseen, eivät vastaajat valikoituneet niin, että haavanhoidon hyvin hallitsevat vastaavat tai vastaavasti haavanhoidon heikosti osaavat jättävät vastaamatta. Vastaajien rehellisyyttä ei pystytä kuitenkaan arvioimaan. Ei voida tietää, ovatko vastaajat kaunistelleet vastauksiaan tai aliarvioineet omaa haavanhoidon osaamista. Toisaalta tutkimukseen osallistuneet hoitajat arvioivat tulosten olevan hyvin paikkansapitäviä. Näin ollen voidaan päätellä, että hoitajat vastasivat rehellisesti. Tämä lisää tutkimuksen uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129; Vilkkä 2015, 4.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 128–129) tähdentävät, että tutkimuksen luotettavuuden uhkana voi olla puutteellinen kyselylomake. Tämän vuoksi tutkimuksen kyselylomake laadittiin huolella ja testattiin pilotoitokyselyillä. Kyselylomake osoittautui hyvin toimivaksi, koska vastausprosentti oli korkea ja vastusten perusteella saatiin kerättyä suuri määrä aineistoa. Opinnäytetyön edetessä ja tulosten tarkastelussa huomioitiin, että vain yhden kysymyksen kohdalla kysymysten tarkennus olisi saattanut antaa monipuolisempia vastauksia.

Kattava teoreettinen viitekehys vahvistaa tämän opinnäytetyön uskottavuutta. Aiheeseen perehdyttiin perusteellisesti ja opinnäytetyön raportin kirjoittamiseen käytettiin paljon aikaa. Tämän opinnäytetyön ryhmän kaikilla jäsenillä oli myös omakohtaista kokemusta haavanhoidosta, joka osaltaan tuki aiheen käsittelyä. Myös tiedonhaku selvitettiin tarkasti opinnäytetyön raportissa. Tiedonhaussa käytetyistä tietokannoista, hakutuloksista ja käytetyistä lähteistä laadittiin taulukko, jotta lukija voisi paremmin arvioida työssä käytettyjä lähteitä, niiden luotettavuutta ja tutkimuksen uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129; Vilkkä 2015, 4.) Opinnäytetyön uskottavuutta voidaan katsoa vahvistavan myös se, että opinnäytetyötä tehtiin kol-

men opiskelijan yhteistyönä, ja kaikkien mielipiteet aiheesta ja tuloksista olivat yksimielisiä. Aineistoa analysoitaessa kaikki pyrkivät olemaan paikalla. Mikäli joku oli estynyt olemaan paikalla, hän sai esittää mielipiteensä myöhemmin.

Tulosten siirrettävyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen organisaatioon (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Tämän opinnäytetyön tulosten siirrettävyyttä heikentää se, että tutkimus tehtiin yhden terveyskeskuksen ja päivystyksen hoitajille. Siirrettävyyttä heikentää myös se, että tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja ei selvitetty. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietojen perusteella lukijan olisi helpompi arvioida vastaajien työkokemuksen ja asiantuntijuuden yhteyttä osaamiseen ja tulosten siirrettävyyteen. Tutkimukseen osallistuneet kuvailtiin niin, että osallistujien henkilöllisyyttä ei pystytä tunnistamaan tai yhdistämään tutkimustuloksiin. Tulosten siirrettävyyttä vahvistaa puolestaan se, että kohdeorganisaation nimeä ei ole mainittu opinnäytetyönraportissa. Kohdeorganisaation nimen julkistamien voi aiheuttaa ennakkokäsityksiä ja tällöin lukijan on vaikeampi arvioida tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan refleksiivisyys eli omien lähtökohtien tunnistaminen tutkijana sekä omien tutkimusaiheeseen ja tutkittavaan kohderyhmään liittyvien olettamusten ja ennakkokäsitysten jatkuva arviointi ja käsittely (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129; Pollit & Beck 2008, 551). Ryhmän jäsenten kesken keskusteltiin omista lähtökohdista. Kaikki ryhmän jäsenet olivat tutkimuksen tekemisessä aloittelijoita ja kokemattomuus tutkimuksen tekemisessä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Kaikilla oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tämän vuoksi hoitajien haavanhoidon osaamisesta oli myös omia olettamuksia ja ennakkokäsityksiä, joita arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Minkään ennakkokäsityksen ei annettu vaikuttaa tulosten analysointiin ja tarkasteluun.

7.3 Yhteenveto ja tulosten hyödynnettävyys

Tutkimustehtävät olivat:

1. Miten hoitajat arvioivat haavanhoidon toteutumista ja osaamistaan?
2. Miten haavanhoidon osaamista voitaisiin kehittää?

Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajien haavanhoidon toteutumisesta ja osaamisesta saatiin muodostettua hyvä ja paikkansapitävä kuvaus. Haavanhoidon osaamisen kehittämiseksi saatiin toteutettavissa olevia kehittämissuhteita.

Tulokset osoittivat seuraavia asioita:

- Haavanhoito on hyvin monipuolista osaamista vaativa hoitotyön alue, joka koostuu näyttöön perustuvasta toiminnasta, haavanhoidon kliinisistä toiminnoista, potilaan ohjauksesta sekä haavanhoidon osaamisen kehittämisestä.
- Hoitajat arvioivat haavanhoidon osaamisensa enimmäkseen huonoksi. Hoitajilla on kuitenkin paljon tietoa haavanhoidosta ja hoitajien tiedot haavanhoidon eri osa-alueilta ovat hyvät.
- Näyttöön perustuvaa tietoa käytetään harvoin, vaikka hoitajat tietävät, että tutkittua tietoa pitäisi käyttää. Tutkitun tiedon sijaan päätöksenteon tukena käytetään kollegoiden mielipiteitä.
- Koulutus nähdään tärkeänä oman osaamisen kehittämisessä. Säännöllistä erityisesti työpaikalla tapahtuvaa koulutusta toivotaan järjestettävän kaikille. Haavanhoidon tietoja ja taitoja halutaan parantaa ja ylläpitää haavanhoitojen säännöllisellä tekemisellä ja käytännössä harjoittelemalla.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää osana hoitajien osaamiskartoitusta ja hoitajien haavanhoidon osaamisen kehittämisessä. Tuloksia voidaan hyödyntää haavanhoidon koulutusten suunnittelussa ja toteuttamisessa. Koulutuksissa tulisi painottaa hoitajien näyttöön perustuvaa tietoa ja vahvistaa itsenäistä päätöksenteon osaamista. Hoitajien haavanhoidon käytännön harjoittelun suunnittelussa ja toteu-

tuksessa tulisi hyödyntää haavanhoitajan ammattitaitoa. Haavanhoitajan pitämä yksilökoulutus olisi tehokasta haavanhoidon osaamisen kehittämiseksi. Tällöin jokainen saisi omaa henkilökohtaista ohjausta ja jokaisen olisi helpompi tuoda esiin oman osaamisensa vahvuuksia ja heikkouksia. Säännöllistä haavanhoitajan kanssa toteutettavaa koulutusta ja yhteistyötä voisi organisaatiossa hyödyntää, jotta mahdolliset uudet haavanhoidon tekniikat ja tuotetiedot omaksuttaisiin ja niitä osattaisiin käyttää oikein haavanhoidossa.

7.4 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö tehtiin kolmen opiskelijan yhteistyönä. Ryhmätyöskentelyä helpotti työn tekeminen käyttäen Microsoft OneDriven pilvipalvelua. Työskentelyn avuksi luotiin myös oma ryhmä pikaviestipalvelu WhatsAppiin, jonka välityksellä mielipiteiden jakaminen onnistui nopeasti. Yhteisen ajan löytäminen työn tekemiseen koettiin hyvin haasteellisena ja enimmäkseen työtä tehtiin kukin oman aikataulunsa mukaan. Aineiston analyysivaiheessa pyrittiin siihen, että jokainen ryhmän jäsen olisi paikalla. Analyysivaihe oli kuitenkin tuntimäärältään niin suuri, että jokainen ryhmän jäsen ei pystynyt olemaan paikalla koko aikaisesti. Poissaoleva sai esittää mielipiteensä myöhemmin.

Opinnäytetyön tekeminen oli monivaiheinen ja pitkä prosessi. Työ aloitettiin syksyllä 2017 laatimalla opinnäytetyön suunnitelma, joka valmistui ja hyväksyttiin joulukuussa 2017. Suunnitelman teoreettista viitekehystä tarkennettiin ja laajennettiin varsinaisessa opinnäytetyön raportissa tammi- ja helmikuussa 2018. Helmikuun lopussa toteutettiin opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen kysely. Maaliskuussa kysely analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineistomäärä oli suuri ja analyysin tekoon ja tulosten tarkasteluun kului aikaa kuukausi ja työtunteja kertyi runsaasti. Työn muokkaamiseen ja viimeistelyyn jätettiin paljon aikaa. Työn viimeistely aloitettiin jo kuukausi ennen palautuspäivää, joka oli toukokuun alussa 2018.

Opinnäytetyön tekeminen oli odotettua työläämpi projekti. Aihealue oli laaja ja opinnäytetyön raportti rakentui melko laajaksi. Aiheen tiiviimmällä rajauksella olisi voitu

vaikuttaa työn laajuuteen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuitenkin tarjota työelämätaholle mahdollisimman kattava kuva hoitajien haavanhoidon osaamisesta. Opinnäytetyössä käsiteltävät haavanhoidon eri osa-alueet olivat kaikki oleellisia osaamisen alueita. Työn laajuudesta huolimatta opinnäytetyön raportoinnissa onnistuttiin hyvin aiheen käsittelyssä ja tutkimustehtäviin saatiin vastaukset.

Tuloksissa huomioitavaa oli, miksi niin moni hoitaja kokee haavanhoidon osaamisen huonoksi, vaikka heillä on paljon tietoa haavanhoidosta. Oman osaamisen kokemuksella on suuri vaikutus työn mielekkyyteen ja kykyyn suoriutua työstä (Hätönen 2011, 9). Myöhemmin voitaisiin tutkia, miksi hoitajat kokevat haavanhoidon osaamisensa huonommaksi, kuin heidän tietonsa käytännössä ovat. Samalla voitaisiin tutkia, mikä merkitys osaamisen kokemuksella on työn mielekkyyteen ja työssä suoriutumiseen.

Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee lisäämään hoitajien haavanhoidon osaamisen vaatimuksia, kun yhä vaativampia haavanhoitoja tullaan keskittämään enemmän perusterveydenhuoltoon. Hoitajien haavanhoidon osaamista tulee koulutuksen avulla kehittää. Työpaikkakoulutuksella tulee olemaan tärkeä merkitys. (Taavitsainen ym. 2016, 12.) Tämän tutkimuksen tulosten mukaan haavanhoidon osaamisen kehittäminen nähdään tarpeellisena. Haavanhoidon osaamista halutaan kehittää etenkin työpaikalla tapahtuvan koulutuksen avulla. Myöhemmin voitaisiin tutkia, miten työpaikalla tapahtuvaa haavanhoidon koulutusta voitaisiin kehittää.

LÄHTEET

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.

Aavanen, S. 2013. Kroonisen haavan hoidon osaaminen ja terveyden edistäminen –toimintatutkimus kotihoidossa. [Verkkojulkaisu]. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 29.10.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013030315054>

Anttila, VJ., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Bell, C. & McCarthy, G. 2010. The assessment and treatment of wound pain at dressing change. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 19(11), 4–8. [Viitattu 12.10.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Begido Gonzaga de Faria, G., Nascimento do Prado, T., Almeida Lima, E., Marisa Brunet Rogenski, N., Tomazini Borghardt, A., Massaroni, L. 2016. Knowledge and practice of nurses on the care of wounds. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Nursing. 10(12), 4532–4538. [Viitattu 17.10.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Butcher, M. & White, R. 2014. Remedial action in the management of wound-related pain. [Verkkolehtiartikkeli] Nursing Standard. 28 (46), 51–60. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Chadwick, P., Dowsett, W., Findley, S., Fletcher, J., Gethin, G., Gray, D., Harding, K., Timmons, J., Trueman, P. & Stuart, L. 2008. Best Practice Statement. Optimising wound care. [Verkkolehtiartikkeli]. Wounds UK. [Viitattu 25.2.2018]. Saatavana: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_8950.pdf

Deeth, M. & Grothier, L. 2016. Wound bed preparation: a survey of general nurses' understanding. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 25(12), 66–70. [Viitattu 25.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Dickinson, AM., Frescos, N., Firth, JC. & Hamblin, PS. 2016. The characteristics of wound pain associated with diabetes-related foot ulcers: a pilot study. [Verkkolehtiartikkeli]. Wound Practice and Research. 24(3): 138–148. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Dowsett, C. 2008. Using the TIME framework in wound bed preparation. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Community nursing. 13(6), 15–20. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijän näkökulmasta. *Hoitotiede*. 26 (1), 67–73.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen -Sairaanhoitajan tulevaisuus -hanke. [Verkojulkaisu]. Porvoo: Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Sairaanhoitajaliitto ry. [Viitattu 23.3.2018]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Erämies, T. 2017. Leikkaushaavan hoito. [Verkkosivu]. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveystieteen. Sairaanhoitajan tietokannat. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Terveystieteen tietokannassa. Vaatii käyttöoikeuden.
- Graves, N. & Zheng, H. 2014. The prevalence and incidence of chronic wounds: a literature review. [Verkkolehtiartikkeli]. *Wound Practice & Research*. 22(1), 4–19. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Given, J. 2010. Management of procedural pain in adult patients. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nursing Standard*. 25 (14), 35–40. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hakala, R., Tahvainen, S., Ikonen, T. & Siro, A. 2011. Sosiaali- ja terveystieteen perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. [Verkojulkaisu]. Opetushallitus. Raportit ja selvitykset. 2011:6. [Viitattu 4.4.2018]. Saatavana: http://www.oph.fi/download/132619_Osaava_lahivoitaja_2020.pdf
- Hart, S. 2007. Using an aseptic technique to reduce the risk of infection. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nursing Standard*. 21 (47), 43–48. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Haesler, E., Thomas, L., Morey, P. & Baker, J. 2016. A systematic review of the literature addressing asepsis in wound management. [Verkkolehtiartikkeli]. *Wound Practice and research*. 24 (4), 208–216. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Heikkinen, K. 2013. Potilasohjauksen sisältö. [Verkkolehtiartikkeli]. Anestesiahoitajan käsikirja. Terveystieteen. Sairaanhoitajan tietokannat. [Viitattu 2.3.2018]. Saatavana Terveystieteen tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hietanen, H. 2017. Säärihaavan konservatiivinen hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Sairaanhoitajan käsikirja. Terveystieteen. Sairaanhoitajan tietokannat. [Viitattu 2.3.2018]. Saatavana Terveystieteen tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajevaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitosuositus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 17.2.2018]. Saatavana: <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>
- Hollinworth, H. 2009. Wound related pain: evaluating the impact of education on nursing practice. [Verkkolehtiartikkeli]. EWMA Journal. 9 (1), 5–8. [Viitattu 17.10.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannassa. Vaatii käyttöoikeuden.
- Holopainen, A., Korhonen, T. & Korhonen, A. 2016. Sote-uudistuksen haasteet. Selvitys hoitotyöntekijän näkökulmasta. [Verkkojulkaisu]. Hoitotyön tutkimussäätiö. Raportti 1/2016. [Viitattu 3.4.2018]. Saatavana: sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/06/SOTE-uudistuksen-haasteet-selvitys-hoitotyöntekijöiden-näkökulmasta.pdf
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön. Helsinki: Fioca.
- Hughes, M. 2016. Wound infection: a knowledge deficit that needs addressing. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 25, 46–51. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Jalonen, L. & Ylönen, M. Näyttöön perustuva haavanhoito. 2016. Teoksessa: Tutkimusklubit hoitotyötä kehittämässä. C. Laaksonen, A. Kuukasjärvi & M. Ylönen. (toim.). [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 24.11.2017]. Saatavana: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166296.pdf>
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 1.painos.
- Jokinen, J., Sipponen, A., Lohi, J. & Salo, H. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. [Verkkoartikkeli]. Suomen Lääkärilehti. 64(24), 2187–2193. Yleiskatsaus. [Viitattu 8.4.2018]. Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Saatavana Terveysportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kinnunen, UM. 2007. Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu –tutkielma. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana: http://epublications.uef.fi/julkaisutyyppit/pro_gradut/4/
- Kinnunen, UM. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli –innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja

- kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä hoito. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. [Verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkäri-neuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim 2009. [Viitattu 29.10.2018]. Saatavana: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50079>
- Käypä hoito. 2014. Krooninen alaraajahaava. [Verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim. 2014. [Viitattu 29.10.2017]. Saatavana: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058>
- L. 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- L. 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. [Verkkajulkaisu]. Terveyden- ja Hyvinvoinnin Laitos. [Viitattu 29.1.2018]. Helsinki 2012. Saatavana: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. [Verkkajulkaisu]. Oulu: Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Väitöskirja. [Viitattu 01.2.2018]. Saatavana: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>
- Malanin, K. & Kuokkanen, H. 2016. Alaraajahaavan hoito. [Verkkoartikkeli]. Lääkäriin käsikirja. Terveysportti. Lääkäriin tietokannat. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Terveysportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Marston, M., Tang, J., Kirsner, R. & Ennis, W. 2016. Wound healing society 2015 update on guidelines for venous ulcers. [Verkkolehtiartikkeli]. Wound Repair & Regeneration. 24 (1), 136–144. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Cinahl -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Maukonen, M., Salonen, P., Rantanen A., Suominen, T. & Kaunonen, M. 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Hoitotiede. 23 (4), 273–284.

- McCluskey, P. & McCarthy, G. 2012. Nurses' knowledge and competence in wound management. [Verkkójulkaisu]. Wounds UK. 8 (2), 37–47. [Viitattu 24.10.2017]. Saatavana: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10426.pdf
- Munro, G. 2017. Causes and consideration with chronic wounds: a narrative review of the evidence. [Verkkolehtiartikkeli]. Wound Practice and Research. 25(2), 88–97. [Viitattu 20.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Newton, H. 2017. Cost-effective wound management: a survey of 1717 nurse. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 26 (12), 44–49. [Viitattu 12.10.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U. & Peltola, T. 2010. Vajaaravitsemusriskin seulonta. [Verkkoartikkeli]. Suomen Lääkärilehti. Katsausartikkeli. [Viitattu 1.3.2018]. Saatavana Medic tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ousey, K., Rippon, M. & Stephenson, J. 2016. Barriers to wound debridement: results of an online survey. [Verkkójulkaisu]. Wounds UK. 12 (4), 36–41. [Viitattu 25.2.2018]. Saatavana: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/barriers-to-wound-debridement-results-of-an-online-survey>
- Palokoski, M-R. 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. [Verkkójulkaisu]. Tampere: Tampereen Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 1.2.2018]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/94271/gradu01622.pdf?sequence=1>
- Pollit, DF. & Beck, CT. 2008. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins cop.
- Rochen, M., Sanders, J. & Gallgher, R. 2017. Service design: a database approach to the management of digital images of wounds in the hospital setting. [Verkkójulkaisu]. Wounds UK. 13(4). [Viitattu 8.4.2018]. Saatavana: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_12060.pdf
- Roden, A. & Sturman, E. 2009. Assessment and management of patients with wound-related pain. [Verkkolehtiartikkeli]. Nursing Standard. 23(45), 53–58. [Viitattu 17.10.2017]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Rowley, S., Clare, S., Macqueen, S. & Molyneux, R. 2010. ANTT v2: An updated practice framework for aseptic technique. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 19(5), 5–11. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma [Viitattu 3.3.2018]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1>
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestaisen kivun hoitotyö. [Verkkajulkaisu]. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana: http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf
- Solowiej, K. & Upton, D. 2012. Painful dressing changes for chronic wounds: assessment and management. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 21(20), 20–25. [Viitattu 2.2.2018]. Saatavana: Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Selvitys kuntien hoitotarvikejakelusta. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali – ja Terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:28. [Viitattu 12.10.9.2017]. Saatavana: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70294/URN_ISBN_978-952-00-3514-3.pdf
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2010. Avoimen haavan VPKM väriluokitus helpperi. [Verkkosivu]. [Viitattu 26.2.2018]. Saatavana: https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf
- Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi. [Verkkosivu]. [Viitattu 26.2.2018]. Saatavana: https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/painehaavahelpperi_a5_pysty-1.pdf
- Taavitsainen, V., Saaristo, H., Tossavainen, M-M., Liikkanen, H., Laurila, H., Flinkman, M., Saarikoski, R., Nevala, S., Ottela, E., Backlund, S., Keturi, M. & Vehovaara, R. 2016. Toimivaan työnjakoon! Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa. [Verkkajulkaisu]. KT Kuntatyönantajat. [Viitattu 10.4.2018]. Saatavana: <https://www.kt.fi/publications/2017-008>
- Tickle, J. 2016. Wound exudate: a survey of current understanding and clinical competency. [Verkkolehtiartikkeli]. British Journal of Nursing. 25 (2), 102–109. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Cinahl-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tolvanen, R. 2017. Haavan hoidon arviointi. [Verkkosivu]. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat. [Viitattu 29.1.2018]. Saatavana Terveysportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito: Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. [Verkkopublication]. [Cited 2.2.2018]. Available: https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

Vilka, H. 2015. Tutki ja Kehitä. 4. uud.p. Jyväskylä: PS-kustannus.

White, R. 2011. Hard-to-heal wounds: results of international survey. [Web publication]. Wounds UK. [Cited 25.2.2018]. Available: <http://www.wounds-uk.com/journal-articles/hard-to-heal-wounds-results-of-an-international-survey>

Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA). [Web page]. [Cited 3.11.2017]. Available: <http://finto.fi/ysa/fi/>

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä

Liite 5. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja luokittelusta

Liite 6. Aineiston luokittelu

Liite 1. Tiedonhaku hakukannoista

Tiedonhaku	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valikoitui lähteeksi
Medic; (Kaikki julkaisutyypit, kaikki kielet)	haava* haavanhoi* wound* "wound care" "wound care" AND nursing haava* AND hoitaj* Tarkennetut ha- kusanat	v. <u>2007-2018</u>	535 61 193 6 2 2	0 0 0 0 0 0 7
Cinahl	wound care AND nursing knowledge wound care wound care AND professional com- petence wound care AND nursing skills wound care AND knowledge Tarkennetut ha- kusanat	v. <u>2007-2018</u> Research arti- cle v. <u>2007-2018</u> v. <u>2012-2018</u> v. <u>2007-2018</u>	25 5353 2632 1 7 5	2 0 0 0 22
Melinda	"haavanhoito" "hoitajan AND osaaminen"	v. <u>2007-2017</u>	12 18	0 0

	"haavanhoito AND osaaminen"		5	1
Terveysportti: Sairaanhoitajan tietokannat	haava haavanhoito	v. <u>2007-2017</u>	236 39	4
Terveysportti: Lääkärin tietokannat	haava haavanhoito		834 58	4
Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt, Thesus		v. <u>2007-2017</u>	196	1 (YAMK)
Tutkimusartikkelien lähdeluettelot			15	7
SeAMK Finna				9
PubMed	"wound" AND "knowledge"	v. <u>2007-2017</u>	36	0
	"wound care" AND "knowledge"	v. <u>2012-2017</u>	175	0
Hoitotyön tutkimussäätiö: hoitosuosituksset				3
Google				8

LIITE 2. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Lomakkeessa on 12 avointa kysymystä haavanhoidosta. Pyydämme Teitä vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman laajasti. Lomakkeen täyttämiseen on hyvä varata aikaa 15-30 minuuttia. Vastauksille on viivoitettu tilaa jokaisen kysymyksen loppuun. Tarvittaessa voitte jatkaa vastausta lomakkeen toiselle puolelle.

Miten kuvailisit haavanhoito-osaamistasi?

Miten arvioit aseptiikan toteutuvan haavanhoidossa? Perustele.

Miten arvioit haavan paranemista?

Miten valitset haavanhoitotuotteen?

Miten hoidat potilaan haavakipua?

Miten arvioit potilaan ravinnonsaantia ja ravinnon merkitystä haavanhoidossa?

Miten ohjaat potilasta haavanhoidossa?

Miten ja mitä asioita kirjaat potilaan haavanhoidosta efficaan?

Miten kehittäisit haavanhoitoa vastaanotossa ja yhteispäivystyksessä?

Millaisiin haavanhoidon koulutuksiin olet osallistunut?

Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos käyttämästänne ajasta ja vastauksista!



LIITE 3. Saatekirje

Johanna Antila (johanna.antila@seamk.fi)
Heli Nurmela (heli.nurmela@seamk.fi)
Mari Sandberg (mari.sandberg@seamk.fi)
SeAMK
Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE**26.11.2017****Hyvä hoitaja**

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönä kyselytutkimuksen hoitajien haavanhoito-osaamisesta. Miten itse arvioit haavanhoidon osaamistasi? Kyselyn vastausten perusteella vastaanoton ja yhteispäivystyksen haavanhoidon osaamisesta saadaan tietoa, jonka pohjalta haavanhoitoa voidaan kehittää.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella, jossa on avoimia kysymyksiä. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömänä. Kun opinnäytetyö on valmis, kaikki vastaukset hävitetään.

Kyselylomakkeessa on tarkemmat ohjeet vastaamisesta. Vastausaikaa on kaksi viikkoa. Vastaukset palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle. Toivomme, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn. Kyselyn tuloksista kuulette toukokuussa. Suuri kiitos vastaajille jo etukäteen.

Ystävällisin terveisin

Johanna Antila, Heli Nurmela, Mari Sandberg

Liite 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaisut kysymykseen: Miten arvioit aseptiikan toteutuvan haavanhoidossa? Perustelee	Pelkistäminen
<p>-toteutuu ensiavussa huonosti, koska usein on kiire</p> <p>-aseptiikka kohtalaista</p> <p>-pyrkimys on hyvään aseptiikkaan</p> <p>-valitettavasti kaikilla hoitajilla ei ole aseptista omaatuntoa.</p> <p>-aseptiikka toteutuu hyvin, koska sitä on paljon käyty läpi</p> <p>-käsien desinfiointi</p> <p>-käsien des + hanskojen vaihto työvaiheiden vaihtuessa</p> <p>-huomioin aseptiikan niin, että pyrin vaihtamaan käsineet ainakin siinä vaiheessa kun edelliset siteet poistan ja haavan puhdistamisen jälkeen</p> <p>-hanskoja menee paljon</p> <p>-hanskapareja kuluu useampi hoidon aikana</p> <p>-aina oma suojaus</p> <p>-suusuoja, essu</p> <p>-essunvaihtoa ym.</p> <p>-joskus essu + suusuoja unohtuu</p> <p>-pintojen desinfiointi</p> <p>-puhdistan pöydän, jolle laitan puhtain käsinein haavanhoidossa tarvittavat välineet</p> <p>-työpöytäpintojen+kahvat+valaisin ja kaikkien desinfiointi aina potilaan jälkeen</p> <p>-hyvin suunniteltu tekeminen parantaa aseptiikkaa, esim. apupöydän valmistelu, tarvikkeiden sijoittelu</p> <p>-mikäli tiedän varmasti mitä haavalle laitetaan, olen valmistautunut, aseptiikka on hyvää</p>	<p>ensiavussa aseptiikka toteutuu kiireen vuoksi huonosti</p> <p>aseptiikan toteutuminen kohtalaista pyritään hyvään aseptiikkaan</p> <p>aseptista omaatuntoa ei ole kaikilla</p> <p>aseptiikka toteutuu hyvin</p> <p>käsien desinfiointi ja hanskojen vaihto työvaiheiden välissä</p> <p>hanskojen vaihto usein hoidon aikana</p> <p>oma suojaus</p> <p>suusuojan ja essun käyttö</p> <p>essun ja suusuojan unohtaminen</p> <p>työtasojen ja pintojen desinfiointi ennen haavanhoidoa</p> <p>välineiden laitto esille puhtain käsinein</p> <p>työtasojen ja pintojen desinfiointi haavanhoidon jälkeen</p> <p>hoidon suunnittelu etukäteen parantaa aseptiikkaa</p> <p>tavaroiden sijoittelu apupöydälle valmiiksi</p> <p>valmistautuneena aseptiikka hyvää</p>

-tulostan haavanhoito-ohjeet etukäteen, ettei kesken tarvitse koneelle mennä	hoito-ohjeiden tulostus etukäteen
-onko puhdas vai steriilisti hoidettava haava	hoidetaanko haava puhtaasti vai steriilisti
-puhtaat, steriilit välineet	käytetään puhtaita ja steriilejä välineitä haavanhoidossa
-kroonikoiden, haavaliinojen käyttö	käytetään haavaliinoja hoidossa

Liite 5. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja luokittelusta

PELKISTETTY ILMAISU kysymykseen: Miten arvioit aseptiikan toteutuvan haavanhoidossa	ALA-LUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
ensiavussa aseptiikka toteutuu kiireen vuoksi huonosti aseptiikka toteutuu hyvin aseptiikan osaaminen kohtalaista pyritään hyvään aseptiikkaan aseptista omaatuntoa ei ole kaikilla	Aseptiikan toteutumisen arviointi	Infektioiden torjunta	Haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen
käsien desinfiointi hanskojen vaihto työvaiheiden välissä hanskojen vaihto usein hoidon aikana essun ja suusuojan käyttö työtasojen ja pintojen desinfiointi ennen haavanhoitoa työtasojen ja pintojen desinfiointi haavanhoidon jälkeen tavaroiden sijoittelu pöydälle valmiiksi hoito-ohjeiden tulostus etukäteen tavaroiden kerääminen etukäteen hoidon suunnittelu etukäteen parantaa aseptiikka välineiden laitto esille puhtain käsinein tuotteiden säilyttäminen ohjeen mukaan käytetään puhtaita ja steriilejä välineitä haavanhoidossa	Tavanomaiset varotoimet		

Liite 6. Aineiston luokittelu

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Tutkitun tiedon käyttö	Tiedon soveltaminen	Näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen ja osaaminen
Valmiit hoito-ohjeet		
Kollegoiden neuvot		
Aseptiikan toteutuminen	Infektioiden torjunta	Haavanhoidon kliininen toteutuminen ja osaaminen
Tavanomaiset varotoimet		
Haavan ulkonäön arviointi	Haavan paranemisen arviointi	
Haavan erittäminen		
Haavainfektion merkkien tunnistaminen		
Arviointimenetelmät		
Haavan paranemisen vaiheet		
Haavatyypin tunnistaminen		
Ravitsemuksen merkitys		
Vajaaravitsemuksen ehkäiseminen		
Ravitsemustilan arviointi		
Potilaslähtöiset tekijät		Haavatuotteen valinta
Haavan luonne ja sijainti		
Haavatuotteen ominaisuudet		
Tuotteen saatavuus ja hinta		
Haavakivun arviointi	Haavakivun hoito	
Haavakivun hoitomenetelmät		
Riittävä kipulääkitys		
Säännöllinen kivunhoito		

Potilaan esitiedot	Haavanhoidon kirjaaminen	
Rakenteinen kirjaaminen		
Haavanhoidon jatkuvuus		
Haavasidoksen vaihto		
Haavan arvioinnin kirjaaminen		
Tiedonsaannin turvaaminen	Potilaan voimavarojen tukeminen	Potilaan ohjaamisen toteutuminen ja osaaminen
Hoitoon sitoutumisen motiivointi		
Omaisien huomioiminen ohjauksessa		
Kirjallinen ohjaus	Ohjaamisessa käytettävät menetelmät	
Suullinen ohjaus		
Havainnollistaminen		
Oma persoona	Hoitajan ohjausvalmiudet	
Asenne		
Kielelliset taidot		
Teoreettiset tiedot		
Osaaminen huonoa	Oman osaamisen arviointi	Haavanhoidon osaamisen kehittäminen
Osaaminen kohtalaista		
Osaaminen hyvää		
Haavanhoitojen säännöllinen tekeminen	Haavanhoitotaitojen ylläpito	
Haavanhoitojen käytännön harjoittelu		
Haavanhoidon koulutus		
Haavanhoidon toteuttamisen suunnittelu	Työn organisointi	
Resurssit		
Yhteiset toimintatavat		