
HAAVAN JA HAAVAKIVUN HOITO ISKEMISTÄ HAAVAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOIDOSSA

Susanna Säisä

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Susanna Säisä			
Työn nimi Haavan ja haavakivun hoito iskemistä haavaa sairastavan potilaan hoidossa			
Päiväys	24.3.2011	Sivumäärä/Liitteet	33/6
Ohjaaja(t) Pirjo Rytönen ja Merja Jokelainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä			
Tiivistelmä Tutkimuksessa selvitettiin Ylä-Savon SOTE:n kuntayhtymän vastaanottopalvelujen sairaanhoitajien ja kotihoidon hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa valtimoperäistä, hapenpuutteesta eli iskemiasta johtuvaa kroonista alaraajahaavaa sekä haavakivua. Lisäksi selvitettiin lisäkoulutuksen tarvetta iskemiasta johtuvan kroonisen alaraajahaavan ja haavakivun hoitoon. Tutkimus tehtiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena ja aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita jaettiin kaikkiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kuntiin yhteensä viisikymmentä kappaletta. Täytettyjä kyselylomakkeita palautui 33 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 66. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajilla on vähäisesti kokemusta iskemiasta johtuvasta kroonisen haavan hoidosta ja kokivat tarvetta lisäkoulutukselle. Kivunhoidon osaamista hoitajilla oli tulosten perusteella vähänlaisesti ja lisäkoulutuksen tarvetta oli kohtalaisesti. Hoitohenkilökunta käytti kipumittaria vaihtelevasti. Potilastietoihin kirjaaminen kipumittarin käytöstä oli yleistä. Kivunlievityksen annettiin potilaalle joskus. Kivunlievityksen arviointia ja kirjaamista hoitajista teki suurin osa. Opinnäytetyön tuloksia ei voida yleistää vähäisen vastaajamäärän vuoksi. Tulokset kuitenkin kertovat toimeksiantajalle, että vastaanottopalveluiden sairaanhoitajat ja kotihoidon hoitohenkilökunta tarvitsevat lisäkoulutusta iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoitoon sekä kivunhoitoon. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan kyselyä potilaille, miten he kokevat haavan hoidon ja kivunhoidon.			
Avainsanat Iskemiasta johtuva haava, haavakipu			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Susanna Säisä			
Title of Thesis The care of a patient suffering from the wound and pain of an ischemic ulcer			
Date	24.3.2011	Pages/Appendices	33/6
Supervisor(s) Pirjo Rytönen and Merja Jokelainen			
Project/Partners Ylä-Savo District SOTE			
<p>Abstract</p> <p>The aim of this research was to clarify the reception nurses and home care services staff of the Upper Savo SOTE district's capacity to treat an artery originating, lack of oxygen i.e chronic ischemia lower limb ulcer as well as ulcer pain. In addition the need for extra training in the treating of a lower limb ulcer and pain due to chronic ischemia.</p> <p>The study was conducted as a quantitative survey and data was collected using a structured questionnaire. Questionnaires were distributed to all of the Upper Savo SOTE local district municipalities, a total of fifty places. 33 completed questionnaires were returned, so the response percent was 66.</p> <p>The study showed that nurses have little experience in the treatment of chronic wounds due to ischemia and felt the need for additional training. On the basis of the research results the nurses had had little knowledge in the treatment of pain and there was a moderate need for extra training. The nursing staff used the pain meter variably. The writing up of the use of the pain meter to patient records was common. The patient was given painkillers sometimes. The assessment and recording of pain relief was for the most part done by the nurses.</p> <p>The results of the thesis can't be generalized because of the low number of respondents. The results, however, tell the client that the reception nurses, home care nurses and paramedical staff need additional training in the treatment of chronic wounds and pain resulting from ischemia. A further topic for research is suggested a questionnaire to patients to ask how they feel about the treatment of wounds and pain.</p>			
Keywords Wound resulting from ischemia, wound pain			

SISÄLTÖ
TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	IHO.....	7
	2.1 Ihon tehtävä.....	8
	2.2 Ihon paraneminen.....	8
3	HAAVA.....	9
	3.1 Haavaluokituksia	9
	3.2 Alaraajahaavan syntymisen riskitekijöitä.....	10
4	ALARAAJAISKEMIA.....	11
	4.1 Krooninen alaraajaiskemial.....	11
	4.2 Kriittinen alaraajaiskemial.....	11
	4.3 Iskemiasta johtuvan haavan hoito.....	13
5	KIVUN HOITO	14
	5.1 Krooninen kipu.....	14
	5.2 Kivun arviointi	15
	5.3 Kroonisen haavakivun arviointi ja hoito.....	17
6	TUTKIMUSONGELMAT	19
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	20
	7.1 Tutkimusmenetelmä	20
	7.2 Tutkimuksen toteutus ja analysointi	20
8	TUTKIMUSTULOKSET	22
	8.1 Vastaajien taustatiedot	22
	8.2 Tiedolliset valmiudet ja lisäkoulutuksen tarve iskemisestä haavanhoidosta ..	22
	8.3 Tiedolliset valmiudet haavakivunhoidosta ja lisäkoulutuksen tarve	23
	8.4 Kivunhoidon toteutus	24
9	POHDINTA.....	27
	9.1 Tulosten tarkastelua	27
	9.2 Opinnäytetyö prosessina	29
	9.3 Tutkimuksen luotettavuus	29
	LÄHTEET.....	31

LIITTEET

- Liite 1 Tutkimuslupa
- Liite 2 Saatekirje
- Liite 3 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä krooninen alaraajahaava on edelleen yleistynyt ongelma. Valtaosa (37–76 %) näistä on laskimoverenkierron vajaatoiminnan aiheuttamia. Merkittävä osuus (9–22 %) alaraajahaavojen synnyssä on myös valtimoverenkierron häiriöillä. (Krooninen alaraajahaava 2007.)

Suomessa on kivun hoitomahdollisuuksista ja mekanismeista yhä enemmän tietoa. Kansalaisen perusoikeus on saada hyvää kivun hoitoa. Hyvään kivun hoitoon tarvittavat hoitomenetelmät, lääkkeet ja tietotaito ovat saatavilla, mutta kivun hoito on maassamme sattumanvaraista. (Haakana 2010.)

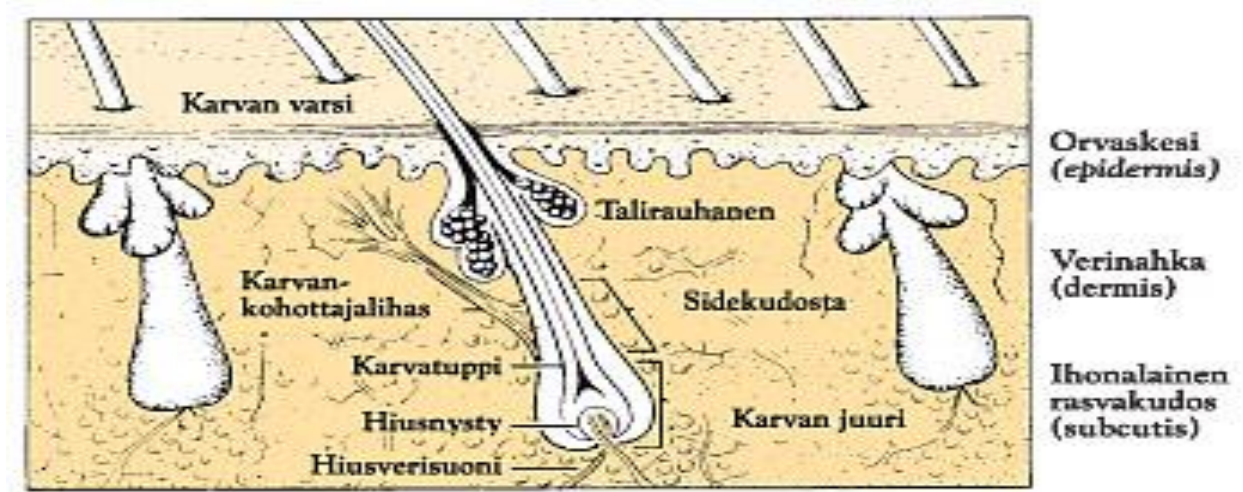
Potilaan sairastaessa kroonista alaraajahaavaa hyvään hoitotyöhön kuuluu riittävä kivunhoito. Hoitohenkilökunnan tulee tiedostaa kroonisen alaraajahaavan aiheuttama kipu. Kivun arviointi ja hoitajan myönteinen asennoituminen kivunhoitoon edesauttavat haavahoidosta aiheutuvaa kivunhoitoa. (Eronen & Kinnunen 2009.) Van Hecke ym. (2008) toteavat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajista 82 % raportoi, että kipua aiheutui haavasta tai sen hoitamisesta. Mutta vain kolmasosalla potilaista oli kipulääkitys käytössään.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vastaanottopalvelujen sairaanhoitajien ja kotihoidon hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa valtimoperäistä, hapenpuutteesta eli iskemiasta johtuvaa kroonista alaraajahaavaa. Tarkoituksena on myös selvittää millaisia valmiuksia hoitohenkilökunnalla on haavakivunhoidosta. Lisäksi selvitettiin lisäkoulutuksen tarvetta iskemiasta johtuvan kroonisen alaraajahaavan ja haavakivun hoitoon.

Vastaavanlaista tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty yhteisesti sairaanhoitajien vastaanotoille ja kotihoitoon. Lisäksi iskemisen alaraajahaavan hoidosta ja kivunhoidosta ei ole aikaisemmin tutkittua tietoa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella tehty. Oma kiinnostus kannusti tekemään tästä aiheesta opinnäytetyön, ammatillista kasvua tukien tämä työ on saanut minut perehtymään tarkemmin iskemiasta johtuvan haavan hoitoon ja kivunhoitoon.

2 IHO

Iho on ihmisen suurin elin, sen kokonaispaino on noin neljä kiloa ja pinta-alaltaan se on 1,5–2 neliometriä. Iho muodostaa suojan ulkoisilta vammoilta ja se pitää kudokset koossa. Se on altis ympäristön muutoksille ja vaikutuksille, kuten kulumiselle, veden sekä kemikaalien ärsyttävälle vaikutukselle. Kuvassa yksi nähdään, että ihossa on kolme kerrosta, joista uloimpana on verisuoneton orvaskeksi eli epidermis. Tämän alla on runsaasti verisuonia sisältävä verinahka eli dermis. Kaikkein alimpana on ihonalainen rasvakerros eli subkutis. Ihoon kuuluu myös erityisrakenteita, kuten karvat, kynnet ja rauhaset. (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 23.)



KUVA 1. Ihon rakenne (Iholiitto Ry.)

Ihon uloimman kerroksen, orvaskeden, paksuus vaihtelee kehon eri osissa. Paksuinta se on jalkapohjissa ja ohuinta silmäluomissa sekä taivekohdissa. Iho uusiutuu jatkuvasti hilseilemällä, koska uusia soluja syntyy kokoajan lisää sen alaosissa. Talirauhasten erite tali muodostuu kuolleista rauhassoluista ja se voitelee ihon vettä hylkiväksi ja notkeaksi. Iän mukana talin erityis vähenee ja iho tuntuu kuivalta. Iäkkäällä ihmisellä iho on halkeileva, kuiva, punoittava, hilseilevä ja kutiava. (Hannuksela, Karvonen, Reunala & Suhonen 2003, 22; Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 13; Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 23.)

Verinahka on enimmäkseen sidekudosta ja sen paksuus vaihtelee eri puolilla kehoa, lisäksi siinä on runsaasti verisuonia. Sidekudos kostuu kollageenisäikeistä, joka on kimmoisaa ja se lujittaa ihoa ottamaan vastaan iskuja ja venytystä. Verinahan tärkeä valkuainen on elastiini, joka vastaa ihon kimmoisuudesta. Ihon palautuminen veny-

tyksen jälkeen johtuu pääosin elastiinisäieverkosta. Glykosaminoglykaanien tehtävänä on sitoa vettä. Niillä on suuri merkitys myös solujen tarttumisessa. Glykosaminoglykaanien määrä vähenee iän myötä, jolloin vesipitoisuus ihossa vähenee. (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 23, 25.)

Ihonalaisen rasvakerroksen tehtävänä on toimia siteenä, joka kiinnittää ihon sen alla oleviin luihin, jänteisiin ja lihaskalvoihin. Ikä, hormonaalinen tila ja sijainti vaikuttavat rasvakerroksen paksuuteen. Naisilla ihonalainen rasvakudos sijaitsee eri kohdissa kuin miehillä, kuten reisissä ja vyötäröllä, kun taas miehillä enimmäkseen pelkästään vatsan kohdalla. (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 25–26.)

2.1 Ihon tehtävä

Ihossa on runsaasti kipua, painetta, lämpöä ja kutinaa aistivia hermopäätteitä ja niitä on eniten kasvojen alueella sekä jaloissa ja käsissä. Ihon tehtävä on suojata kudoksia auringon haitalliselta säteilyltä. Ihon tehtävä on kosketustunnon, lämmön, kylmäaistimusten ja kivun välittämisessä. (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 26–27.)

Ikääntyminen vaikuttaa ihon rakenteeseen ja toimintaan. Iho muuttuu joustamattommaksi ja sen verenkierto heikkenee. Verenkierron heikkeneminen hidastaa haavan paranemista ja hermopäätteiden vähenemisen vuoksi kivun aistiminen huononee. (Hannuksela ym. 2003, 21–22.) Hikirauhasten tehtävä on säädellä kehon lämpötilaa hikoilemalla (Kokkonen, Nylén & Reinikainen 2001, 26–27).

2.2 Ihon paraneminen

Ihoon syntyvä haava paranee huonosti etenkin diabeetikoilla. Tulehduksia tulee helpommin verensokerin vaihteluiden vuoksi. Vanhuksilla haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat korkean iän lisäksi myös eri sairaudet, ravitsemustilan muutokset, liikkumisen vähäisyys, inkontinenssi sekä hygieniaan vaikuttavat tekijät. (Hietanen ym. 2002, 41.)

Haavan paranemisen heikkenemiseen vaikuttavia sairauksia ovat muun muassa sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet esimerkiksi anemia, keuhkokuume ja keuhkoastma. Lisäksi imeytymissairaudet, kuten Chronin tauti, diabetes, munuaisten ja maksan vajaatoiminta vaikuttavat heikentävästi haavan paranemiseen. Lisäksi haavan paranemiseen vaikuttavat tunto- ja liikuntakyvyn puutoksia aiheuttavat sairaudet kuten neuropatia sekä syöpä ja reuma. (Hietanen ym. 2002, 41.)

3 HAAVA

Haavalla tarkoitetaan ihon tai sen alaisen kudoksen äkillistä vioittumista, irtoamista toisistaan tai kudoksen puutosta. Haavat ovat muodoltaan erilaisia, tähän vaikuttavat kuinka haava on syntynyt ja mihin kudokseen asti se ulottuu. Haavan muotoon vaikuttaa myös, onko haava suljettu kirurgisesti vai onko haava avoin. Haava voi olla seurausta sairauden, ihon tai limakalvon puutoksesta tai nekroottisen kudoksen irtoamisesta. (Hietanen ym. 2002, 17.)

Haavat jaetaan yleisimmin haavan aiheuttajan, paranemisajan tai iän perusteella akuutteihin tai kroonisiin haavoihin. Akuutti haava tarkoittaa tarkoituksenmukaista syntymistä leikkauksen seurauksena, tai vahingossa tai tarkoituksellisesti syntyneitä traumaattista haavaa. Haava määritellään akuutiksi, kun haava paranee normaalisti oletetussa ajassa ilman komplikaatioita. (Hietanen ym. 2002, 17, 19.)

Krooninen haava syntyy elimistön sisäisen sairauden tai ulkoisen trauman seurauksena. Haava määritellään pitkäaikaiseksi eli krooniseksi, mikäli se ei parane kahdesta kolmeen kuukauteen ja haava uusiutuu samaan paikkaan tai haavan paranemisaikaa on vaikea arvioida. Tulehtunut akuuttihaava voi muuttua krooniseksi, jos haavaa on hoidettu epätarkoituksenmukaisesti. Krooniseksi haavaksi määritellään myös streptokokki- infektion aiheuttamat haavat. Ne ovat pitkäaikaisia ja niiden uusiutuminen on yleistä. Pitkälle levinneenä syöpä heikentää haavan paranemista elimistön puolustuskyvyn heikentymisen vuoksi. (Hietanen ym. 2002, 22.)

3.1 Haavaluokituksia

Haavoja voidaan luokitella hyvin eri tavoin ja eri tarkoituksiin. Haavaluokituksia ovat tehneet eri alojen asiantuntijat eikä niitä voida käyttää sellaisenaan irrallisina apuvälineinä haavaa arvioitaessa. Haavaluokituksen käyttäminen antaa perustietoa haavan paranemisesta. Haavaa hoitavan hoitajan tulee ymmärtää ja tunnistaa millaisia oireita haava aiheuttaa. Lisäksi on hyvä tietää miten haava on tullut. (Hietanen ym. 2002, 22.)

Haavaluokituksia voidaan käyttää hoidon kiireellisyyden arvioinnissa, hoitoketjun eli toimintaohjeiden laatimisessa, hoitosuosituksissa, hoidon laatua mitattaessa sekä kustannusten laskemisessa. Yleisiä haavanhoitoluokituksia käytetään kirjaamisessa,

jossa kuvataan haavan paranemista, ominaisuuksia sekä puhtausastetta. (Hietanen ym. 2002, 22.)

Haavaluokitusten jaottelutapoja ovat akuutti eli äkillisesti syntynyt haava tai krooninen haava, jonka paraneminen on pitkittynyt. Asteluokitukset tai syvyysluokitukset kuvaavat haavojen vakavuutta. Haavan paranemista luokitellaan paranemisvaiheen tai tavan sekä kudostyyppin mukaisesti. Käytössä olevat sairaalainfektioluokitukset ja toimenpiteiden puhtausluokitus ovat infektioiden rekisteröintiä tai ennakointia infektion vaarasta. Eristys- ja varotoimenluokitukset ohjaavat aseptisiä hoitokäytäntöjä. Lisäksi ovat kuvailevat luokitukset, joissa tarkastellaan värien avulla haavapinnan kudosten muutosta. (Hietanen ym. 2002, 22–23.)

3.2 Alaraajahaavan syntymisen riskitekijöitä

Merkittävimpinä alaraajahaavan riskitekijöinä pidetään tupakointia ja diabetesta. Joidenkin arvioiden mukaan jopa neljänneksellä diabeetikoista on alaraajahaava. Lisäksi 50–70 prosentilla potilaista on taustalla sepelvaltimotauti tai aivohalvauksen jälkitila tai molemmat. Altistavina tekijöinä alaraajahaavan syntymiselle ovat sidekudossairaudet, kuten reuma, pahanlaatuiset kasvaimet ja verisuonitulehdus. (Aho, Vaalasti & Heikkilä, 2007.)

Diabeetikon riskiä saada alaraajahaava ovat suojatunnon heikkeneminen ja neuropatia sekä kudosten hapenpuute eli iskemia. Taustalla on usein valtimotauti. Lisäksi huono veren sokeritasapaino ja puutteellinen jalkojen hoito altistavat alaraajahaavan syntymiselle. Näkövammaisuus ja miessukupuoli altistavat myös alaraajahaavan syntymiselle. (Riikola & Ebeling, 2009.)

4 ALARAAJAISKEMIA

Iskemiällä tarkoitetaan hapenpuutetta, joka johtuu puutteellisesta valtimoverenkierrosta. Jalasta käytetään nimitystä iskeeminen jalka, jos jalkaterä ei saa riittävästi verta. (Rönnemaa 2009.) Krooninen alaraajaiskemia on vähitellen kehittyvä tila, jossa alaraajojen valtimoverenkierto on normaalia pienempi alaraajavaltimoiden valtimokovettumataudin eli ateroskleroosin vuoksi. Verta kuljettavat valtimot ahtautuvat ja sen vuoksi siitä aiheutuu kipua. (Mustajoki 2009.)

Noin viidellä prosentilla suomalaisista esiintyy valtimoperäinen haava. Suurin osa eli 70 % säärihaavoista aiheutuu laskimoperäisestä vajaatoiminnasta. Alaraajan valtimoverenkierron vaikeutuminen aiheuttaa suonitusalueelle iskemian tai esimerkiksi varpaan kuolion. Tunnusteltaessa pulssia alaraajasta se on hyvin heikko tai ei tunnu lainkaan, lisäksi raaja tuntuu viileältä ja on väriltään kalpea ja se voi olla myös sinertävä eli syanoottinen. (Hannuksela ym. 2003, 165–169.)

4.1 Krooninen alaraajaiskemia

Kroonisesta hapenpuutteesta johtuvan alaraajan verenkierron häiriön oireena on katkokävely. Lihakset jaloissa eivät saa happea ja tämän vuoksi jalkoihin tulee kipua. Rasituksessa, kuten kävellessä, jaloissa tuntuu kipua ja pysähtyminen tai lepo helpottaa sitä. Vanhuksilla katkokävelyä on harvoin, koska he liikkuvat luonnostaan vähän ja oleskelevat enimmäkseen vain sisätiloissa. (Venermo 2010.)

Suomessa noin viidennes yli 65-vuotiaista sairastaa alaraajan valtimotautia. Valtimotaudilla tarkoitetaan, että verisuonten seinämät paksuuntuvat ja siitä seuraa tukkeutumista. Koska tukkeutuneissa suonissa veri kiertää huonosti, katkokävelyoireita esiintyy noin kahdeksalla prosentilla potilaista. Katkokävelypotilaista kahdesta viiteen prosentilla alaraajan tukkiva valtimotauti etenee kriittiseksi iskemiaksi. Siihen sairastuu vuosittain arvioiden mukaan noin 2 500–5 000 suomalaista. Hoitamattomana sairaus etenee, ja vuosittain joudutaan tekemään noin 1 200 alaraajanamputaatiota. (Riikola, Lepäntalo & Venermo, 2010.)

4.2 Kriittinen alaraajaiskemia

Kun krooninen iskemia vaikeutuu entisestään, tarkoittaa se kriittistä iskemiaa ja tällöin vaarana on kuolio alaraajassa. Merkkinä kriittisestä iskemiasta voi olla haava,

joka ei ole parantunut kahdessa viikossa. Haava sijaitsee yleensä varpaan kärjessä tai jossakin muualla kuin painealueella, painealueita ovat päkiä ja kantapää. Jalka tuntuu viileältä tai kylmältä ja ihon väri on muuttunut poikkeavaksi. Haava on ulkonäöltään yleensä kuiva. Haavan ympäristö punoittaa, ja punoituksen keskellä on musta nekroottinen kate. Verenkierron häiriöstä ja hapenpuutteesta johtuva haava on usein hyvin kivulias, poikkeuksena diabeteksen aiheuttama haava, jossa potilaalla voi olla jalkojen tuntopuutoksia. Potilaista puolella on perussairautena diabetes. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010; Lepäntalo 2007.)

Iskemioita voidaan pitää kriittisenä, kun potilaalla ensimmäiset oireet kroonisesta alaraajaverenkiertohäiriöstä ilmaantuvat öisin leposärkynä. Oireita tulee esimerkiksi sängyssä maatessa ja lepokipua esiintyy öisin. Jalan roikottaminen sängyn reunan yli tai seisomaan nouseminen helpottavat kipua. (Venermo 2010.)

Lääkäri tunnustelee potilaalta nilkka-olkavarsipaineen, (ankle-brachial index, ABI), joka on selvästi alentunut eli alle 0.8, kun normaali painesuhde on yli 0.95. Systolisen verenpaineen ollessa nilkasta mitattuna alle 50 mmHg, on kyseessä jalan elintoimintojen kannalta kriittinen iskemia ja tällöin potilas on lähetettävä välittömästi verisuonikirurgin arvioitavaksi erikoissairaanhoidon. Normaalina verenpaineena pidetään nilkasta mitattuna 140mmHg ja olkavarresta mitattuna 110mmHg. $ABI = \frac{140mmHg}{110mmHg}$ jaettuna tulee painesuhteeksi 1.27. (Hannuksela ym. 2003; Vikatmaa 2005.)

Koska alaraajojen valtimoverenkierron häiriöihin liittyy korkea sydän- ja aivoinfarktiriski, tulee hoidon tavoitteina pitää rasvan eli kolesterolin kertymisen estämistä verisuoniin, potilaan itsemääräämisoikeuden säilyttämistä ja laitoshoidon välttämistä. Potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua tulee pitää yllä sekä lievittää kipua ja edistää haavojen paranemista. Amputaatiota, etenkin nilkan yläpuolelta, voidaan välttää oikeanlaisella hoidolla. (Alaraajojen tukkiva valtimotauti 2010.)

Sairaanhoitajalta edellytetään potilaan ohjauksessa kokonaistilanteen ymmärtämistä ja taitoa keskustella potilaan elämäntilanteesta. Potilaat toivovat sairaanhoitajalta empatiaa, luottamusta ja ymmärrystä. Lisäksi itsehoitovalmiuksien tukemisessa tarvitaan sairaanhoitajan tukea. (Briggs & Flemming 2007; Spilsbury ym. 2007.)

4.3 Iskemiasta johtuvan haavan hoito

Iskemiasta johtuvan valtimoperäisen haavan hoidossa on vältettävä kosteita kääreitä, koska ne viilentävät ihoa ja huonontavat edelleen valtimoverenkiertoa (Hannuksela ym. 2003, 169). Haavan paranemista edistävät turvotusten hoito ja monipuolisesta ruokavaliosta huolehtiminen, hyvä sokeritasapaino ja haavan perussyyn hoitaminen. Valtimoperäisen haavan hoidossa on tärkeää huomioida kipu, koska haava ja haavan hoito ovat kivuliaita. (Hietanen ym. 2002, 167.)

Valtimoperäisen haavan tärkein parannuskeino on valtimoverenkierron parantaminen pallolaajenuksella tai verisuonikirurgialla. Perusterveydenhuollon lääkäri konsultoi verisuonikirurgia, joka arvioi potilaan leikkaustarpeen. Jos potilas tupakoi, häntä kannustetaan lopettamaan tupakointi. (Hannuksela ym. 2003, 169.)

Kipulääkkeen valinnassa on oltava huolellinen, koska tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa munuaisvaurion diabeetikolle. Parasetamoli ja opiaattijohdannaiset sopivat suun kautta useimmille potilaille. Tarvittaessa voidaan käyttää myös lihakseen tai suoneen annettavaa kipulääkitystä. (Hietanen ym. 2002, 167.)

5 KIVUN HOITO

Kansainvälinen kipuyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, joka johtuu todellisesta tai mahdollisesta kudosvauriosta. Kipu voi olla oire sairaudesta, fyysisestä vammasta tai henkisestä pahasta olostä. Kipu voidaan jakaa keston mukaan akuuttiin tai krooniseen kipuun. Leikkausten, haavojen hoidon ja äkillisten traumojen eli tapaturmien seurauksena kipu on akuuttia. (Hietanen ym. 2002, 96.)

Kipu on aina henkilökohtaista ja yksilöllistä, ja sitä on vaikea kertoa toiselle niin, että kokee tulleen ymmärretyksi. Vain harvat ihmiset voivat elää elämänsä niin, etteivät olisi jossakin vaiheessa kokeneet kipua sekä siihen liittyvää kärsimystä ja epämukavuutta. Kipu on kokonaisvaltainen tuntemus, joka vaikuttaa ihmisen elämään, kuten työhön, mielialaan ja ihmissuhteisiin. Kun ihminen ei pysty ostamaan lääkkeitään taloudellisten syiden vuoksi, joutuu hän silloin tahtomattaan kärsimään kivusta. Yleisin hoitoon hakeutumisen syy on kipu. Nykyään kivunhoidosta, mekanismeista ja kipuun liittyvistä ilmiöistä ymmärretään paljon enemmän kuin ennen. (Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille 2010.)

5.1 Krooninen kipu

Kroonisella kivulla tarkoitetaan kivun jatkumista, vaikka haava olisi parantunut ja jatkuu pidempään kuin mitä kudosten normaalin paranemisen olisi pitänyt kestää. Lisäksi kipu on kestänyt yli 3–6 kuukautta. Krooninen kipu voi olla kudosvauriokipua eli nosiseptiivista tai hermoperäistä eli neuropaattista kipua. Mekanismeiltaan tuntematonta kivun aiheuttajaa sanotaan idiopaattiseksi. Se on pitkäkestoista. (Huotari 2007, 26–27.)

Krooniseksi kipu voi muuttua tapaturmien ja leikkausten aiheuttamassa hermovauriossa. Aavesäryssä eli raajassa, jota ei enää ole, voi olla kroonista kipua. Hapenpuutteesta johtuvista verenkiertohäiriöistä ja diabeteksen aiheuttamissa hermomuutoksissa esiintyy kroonista kipua. Sosiaaliset ja psyykkiset tekijät vaikuttavat kroonisen kipuun. (Hietanen ym. 2002, 96.)

Haavan aiheuttama krooninen kipu vähentää asiakkaan liikkumista sekä aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Tästä seuraa yleiskunnon heikkenemistä. Kipu vaikuttaa sosiaalisiin kontakteihin, jotka voivat vähetä. Lisäksi se aiheuttaa väsymistä ja voi johtaa

masennukseen. Nämä yhdessä hidastavat haavan paranemista. Hoitajien asiantuntevalla ja hyvällä kivunhoidon osaamisella tämä kierre voidaan estää tai pysäyttää. (Viljakainen 2006.) Krooninen haava voi aiheuttaa potilaalle monenlaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia kivun lisäksi (Briggs & Flemming 2007; Spilsbury ym. 2007).

5.2 Kivun arviointi

Kivun arviointi perustuu säännöllisyyteen ja kirjaamiseen. Kivun arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota sen voimakkuuteen, sijaintiin sekä luonteeseen. Lisäksi kivun vaikutusta henkilön toimintakykyyn tulee arvioida. (Kivun arviointi 2007.)

Kyrönlahden ja Varjakosken (2006) tutkimustulosten mukaan kivun arvioimiseen ja kirjaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kivun arvioinnin tulisi olla säännöllisempää ja kirjaamisessa tulisi huomioida kivunhoidon vaikuttavuus. Mikäli potilaalla ei ole kipua, tulisi tämä myös kirjata potilastietoihin. Kipumittarin käyttö ei ollut säännöllistä ja kivunarvioinnin lisäkoulutuksen tarve tuli ilmi tutkimuksessa.

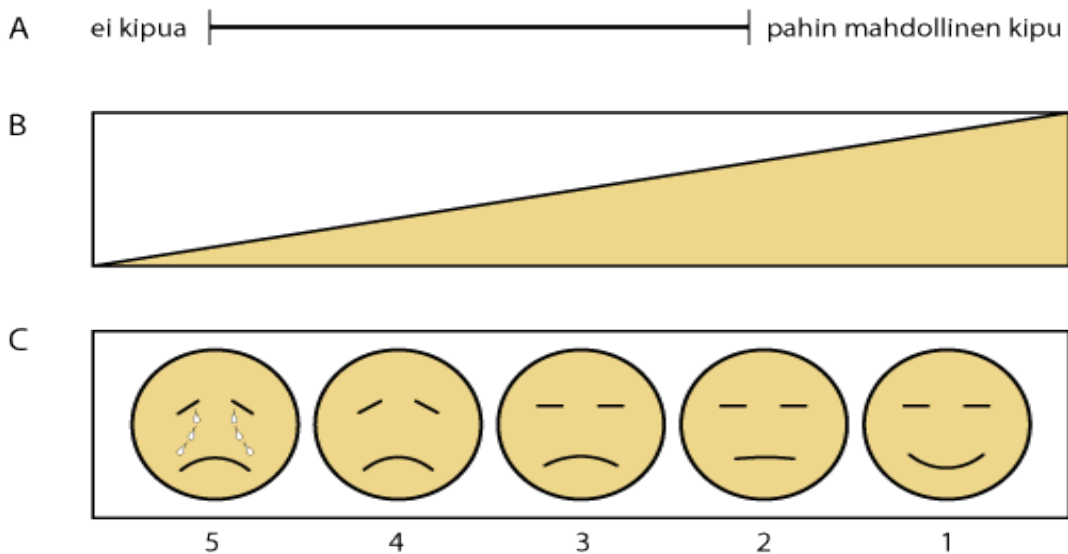
Kroonisen kivun arvioinnissa voidaan käyttää kipukyselyjä, kuten kipuhistorian kartoitettavaa lomaketta sekä kipupäiväkirjaa. Kipuhistoriassa pyritään selvittämään, milloin ja miten kipu on alkanut, miten se on muotoutunut, millaista kipu on voimakkuudeltaan, laajuudeltaan ja sijainniltaan. Millaisia ongelmia kipu aiheuttaa ja kuinka kipua kokeva on pyrkinyt sitä hoitamaan. Kipupäiväkirjaan merkitään milloin kipua esiintyy eli vuorokauden aika tai paikka, millaista kipu on ja pahentuuko vai helpottuuko se sekä miten hoidot auttavat. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 89.)

Kivunhoidon päämääränä hoitotyössä on potilaan elämänlaadun parantaminen ja kivun kroonistumisen estäminen. Hoitamaton akuutti kipu kroonistuu ja haavan paraneminen hidastuu. Kipupotilaita hoitavilta hoitotyöntekijöiltä, kuten sairaanhoitajilta ja lähihoitajilta, vaaditaan erityistä kykyä sanalliseen ja sanattomaan viestintään, luovuutta, hienotunteisuutta, taitoa kuunnella ja keskustella. (Korhonen 2006, 28–29.)

Hoitajien tieto, taito, kokemus ja asenne vaikuttavat kivun arviointiin. Hoitajat joutuvat haavaa hoitaessaan arvioimaan kipua. Arvioinnin tarkoituksena on määrittellä kivun syy, vaikutus potilaan toimintakykyyn, antaa tietoa hoidon vaikutuksesta, hoidon onnistumisesta ja epäonnistumisesta. Koska kipu on potilaalle subjektiivinen eli oma-kohtainen kokemus, on olennaista, että potilas itse kertoo kivustaan. Hoitajan on pystyttävä antamaan positiivista palautetta toimivasta kivunhoidosta. Puutteellisesta ki-

vunhoidosta on myös annettava palautetta. Kivunhoito kuuluu osana potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, jossa oikea lähestymistapa voi lievittää kipua ja kärsimystä huomattavasti. Joskus potilaat pelkäävät lääkkeiden sivuvaikutuksia, riippuvuuden syntymistä, tai he eivät miellä tuntemustaan kivuksi. Tällöin potilas saattaa jättää ottamatta kipulääkkeitään. (Korhonen 2006.)

Kuvassa kaksi on esitetty millaisia kipumittareita on olemassa. Kivun mittaamiseen on yleisesti käytössä visuaaliansalogiasteikko eli VAS-kipumittari. Se on vaakasuorana, jonka vasemmassa päässä on 0, joka tarkoittaa, ettei kipua ole laisinkaan, ja oikeassa päässä numero 10, joka tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. Potilas voi merkitä janaan numeron näiden lukujen välille, joka vastaa hänellä olevaa senhetkistä kivun voimakkuutta. Lisäksi käytössä on kipukiila, jonka kanta on 10 cm tai 50 cm. Kiilaan voidaan liittää liikuteltava pystysuora viiva, ja tätä viivaa siirtämällä potilas arvioi kipuaan. Toiselle puolelle kipukiilaa on merkitty numeroasteikko, josta hoitaja näkee numeerisen arvon. Lapsilla on käytössä ilmeasteikko, jossa toisella puolella on kasvokuvia iloisesta surulliseen, ja lapsi valitsee ne kasvot, jotka parhaiten kuvaavat hänen sen hetkistä kipuaan. (Vainio 2009.)



KUVA 2. Kolme erilaista kipumittaria (Vainio 2009)

Kipua mitataan aina ennen kipulääkkeen antamista, jotta tiedetään potilaan senhetkisen kivun voimakkuus. Toinen mittaus tehdään kipulääkkeen antamisen jälkeen, esimerkiksi puolen tunnin kuluttua, jolloin nähdään onko lääkkeestä ollut apua. Kivulle asetetaan enimmäisraja. Mikäli potilas arvioi levossa ollessaan kivuksi kipumittarin luvun kolme, hän tarvitsee silloin kivunlievitystä. Potilasohjauksessa varataan riittä-

västi aikaa kipumittarin käytön opettamiseen. Kipumittarin käyttö on yksi tapa arvioida kivun laatua ja määrää eli vaikeusastetta. (Korhonen 2006, 28–29.)

5.3 Kroonisen haavakivun arviointi ja hoito

Krooninen haava aiheuttaa lähes aina potilaalle kipua, mutta potilaiden mielestä kivunhoito ei ole aina riittävää (Ebbeskog & Emami 2005; Spilsbury ym. 2007; Van Hecke ym. 2008). Spilsburyn ym. (2007) tutkimuksen mukaan kroonista haavaa sairastavalla potilaalla on jatkuvaa kipua, jonka aste ja kesto ovat yksilöllisiä. Osalla myös fyysinen aktiivisuus ja vuorokauden aika vaikuttavat kivun voimakkuuteen. Lähes kaikki potilaat, joiden haavaa hoidetaan, tuntevat haavakivun. Kuitenkaan hoitohenkilökunta ei aina huomioi tätä. Sairaanhoitajista 82 % raportoi, että potilailla oli joko haavasta tai sen hoitamisesta aiheutuvaa kipua, mutta potilaista vain kolmasosalla oli kipulääkitys käytössään (Van Hecke ym. 2008). Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tiedostaa ja tunnistaa kroonisesta haavasta aiheutuvaa kipua sekä arvioida ja asennoitua myönteisesti sen hoitamiseen (Eronen & Kinnunen 2009).

Sairaanhoidajan tehtävänä on ottaa potilaan kanssa puheeksi arkielämään liittyvät haavan aiheuttamat rajoitukset ja etsiä yhdessä potilaan kanssa niihin ratkaisuja. Hoitajan haasteena onkin kiinnittää yhä enemmän huomiota hoitojen yhteydessä potilaan ohjaamiseen. Tärkeää on, että potilas ymmärtää oman osuutensa haavan hoidossa ja paranemisessa nykyistä paremmin. (Eronen & Kinnunen, 2009.)

Henkilökunnan asenteet vaikuttavat myös potilaan asennoitumiseen sairautensa hoitoon sekä sen pitkäaikaisuuden hyväksymiseen. Mikäli sairaanhoitaja pystyy vahvistamaan potilaan elämänhallintaa hoidon onnistumisen kannalta, syntyy hyviä tuloksia. (Briggs & Flemming 2007; Eronen & Kinnunen 2009.) Potilaan hoitotilanteessa on luontevaa ohjata potilasta sekä rohkaista häntä kivun ilmaisuun. Ohjaukseen varataan riittävästi aikaa, jotta potilaan kanssa voidaan keskustella. Samalla voidaan opettaa kipumittarin käyttö. (Korhonen 2006, 28–29.)

Suomalaisilla sairaanhoitajilla on tutkimustietoa saatavilla, mutta sen systemaattista käyttöä sekä arviointia tulisi lisätä käytännön työssä. Tulevaisuudessa hoitotyön suositukset voivat tuoda helpotusta hoitomallien ja ohjeiden laatimiseen sekä käyttöön. (Eronen & Kinnunen 2009.) Sairaanhoitajat, joilla itsellään on riittävästi tietoa ja luottavat omaan osaamiseensa kroonisen haavan hoidossa, antavat potilaille eniten ohjausta (Van Hecken ym. 2008). Hyvän potilasohjauksen keskeisiä tekijöitä ovat työn-

antajan järjestämä koulutus sekä toimivien ohjauskäytäntöjen miettiminen yhdessä (Eronen & Kinnunen 2009).

6 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyössäni selvitin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän vastaanotoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja kotihoidon hoitohenkilökunnan valmiuksia hapenpuutteesta johtuvan kroonisen alaraajahaavan hoitoon. Tarkoituksena on myös kuvata, millaisia valmiuksia hoitajilla on hapenpuutteesta johtuvan kroonisen haavan kivunhoitoon. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa toimeksiantajalle hoitohenkilökunnan osaamisesta hoitaa iskemistä haavaa ja haavakivunhoidon osaamisesta, jonka pohjalta he voivat tarvittaessa järjestää lisäkoulutusta.

1. Kuinka paljon hoitohenkilökunnalla on tietoa hapenpuutteesta johtuvan kroonisen haavanhoidosta?
2. Miten hoitohenkilökunta hoitaa haavakipua?
3. Onko hoitohenkilökunnalla tarvetta lisäkoulutukselle hapenpuutteesta johtuvan kroonisen haavanhoidosta?
4. Onko hoitohenkilökunnalla tarvetta lisäkoulutukselle haavakivunhoidosta?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Käytin opinnäytetyössäni määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja toteutin sen survey-tutkimuksena. Survey-tutkimus tarkoittaa, että kerätään tietoa standardoidussa muodossa tietyltä joukolta ihmisiä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi tähän kyselytutkimukseen, koska määrällisen tutkimuksen etuihin voidaan lukea perustuvuus aiempiin teoretietoihin. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 130.)

Koska työni käsittelee haavakivunhoitoa ja kroonisen iskemiasta johtuvan haavan hoitoa, oli teoretietoa hyvin löydettävissä kirjallisuudesta ja internetistä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli perusteltua, koska tutkimukseni perustuu aiempiin teorioihin ja tällä menetelmällä sain kattavamman kuvan haavan hoidon osaamisesta. Lisäksi strukturoidut kyselylomakkeet oli helppo jakaa neljään eri kuntaan ja säästin näin aikaani. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tavoittelin mahdollisemman suurta vastausmäärää.

7.2 Tutkimuksen toteutus ja analysointi

Kyselylomakkeet olivat sairaanhoitajien vastaanotoilla ja kotihoidossa kahden viikon ajan helmikuussa 2011. Ennen kyselylomakkeiden toimittamista anoin luvan tutkimuksen tekemiselle Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän johtavalta hoitajalta (liite 1). Kyselylomakkeet ja palautelaatikon vein Iisalmen, Vieremän, Kiuruveden ja Sonkajärven sairaanhoitajien vastaanotoille ja kotihoitoon. Kyselylomakkeiden jakamisesta hoitajille vastasivat osastonhoitajat tai vastaavat sairaanhoitajat.

Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (liite 2), jossa kerroin tutkimukseni tarkoituksesta, kyselyn ajankohdan sekä kyselylomakkeiden palautuspaikan. Lisäksi saatekirjeessä oli yhteystietoni, jotta vastaajilla oli mahdollisuus tarvittaessa ottaa minuun yhteyttä.

Aineiston keräsin strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 3). Lisäksi kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, joihin hoitajat vastasivat omin sanoin. Kysymyksien laadinnassa hyödynsin aiemmissä tutkimuksissa käytettyjä mittareita, joita muokkasin vastaamaan tämän opinnäytetyön tutkimusongelmia (ks. Katainen & Kumpulainen 2007, liite 4; Hirvonen 2007, liite 1). Muokkasin kysymysmuotoja ja vastausvaihtoehtoja.

toja useaan kertaan, jotta välttyin suoralta lainaamiselta. Apuna kysymysten asettelussa oli ohjaava opettaja. Esitetasin kysymykset yhdellä kyselyn ulkopuolisella lähihoitajalla, joka hoitaa haavoja työssään. Häneltä sain myös arviointia kysymysten asettelussa. Kyselylomakkeella keräsin tietoa ja vastaukset analysoin SPSS-ohjelmalla. Tulokset esitän prosenttein ja havainnollistan erilaisin taulukoin. Kysyin vastaajien taustatietoja, valmiuksia ja osaamista haavahoidosta ja haavakivunhoidosta.

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat sairaanhoitajat, jotka työskentelevät Iisalmen, Vieremän, Kiuruveden ja Sonkajärven vastaanottopalveluissa terveyskeskuksissa sekä sairaanhoitajat ja lähihoitajat Iisalmen, Vieremän, Kiuruveden ja Sonkajärven kotihoidoissa. Kyselyn perusjoukko on viisikymmentä hoitajaa (N=50).

Saatuani kyselylomakkeet takaisin, analysoin ne SPSS 19.0 -ohjelmalla. Avoimen kysymyksen analysoin laadullisesti. Lisäksi tulosten kuvaamiseksi laadin taulukoita.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä kolmekymmentäkolme (n=33) sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Kyselylomakkeita jaoin 50 kappaletta, näin ollen vastausprosentti oli 66 %. Vastaajilla työkokemusta terveydenhuollosta oli enimmillään 36 vuotta ja vähimmillään 2 vuotta. Vastaajista noin kolmanneksella (30 %) työkokemusta oli kahdesta kymmeneen vuotta, 12–20 vuotta terveydenhuollossa oli työskennellyt 21 %. Runsas kolmannes vastaajista eli 36 % oli työskennellyt terveydenhuollossa 21–30 vuotta. Runsaat kymmenen prosenttia (12 %) oli työskennellyt terveydenhuollossa 34–36 vuotta.

Kyselyyn vastanneiden hoitajien ikäjakauma oli 30 vuodesta 60 vuoteen. Ikäjakauma oli varsin tasainen. Iältään vastanneista oli 36 % 30–40 vuotiaita ja 42–50 vuotiaita oli 39 %. Vajaa kolmannes (24 %) olivat iältään 52–60 vuotiaita.

8.2 Tiedolliset valmiudet ja lisäkoulutuksen tarve iskemisestä haavanhoidosta

Kyselyyn vastanneista hoitajista vajaa puolet (39 %) sanoo tietävänsä paljon hapenpuutteesta eli iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoidosta. Hoitajista yli puolella (52 %) oli vähäistä kokemusta iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoidosta ja kokemusta ei lainkaan ollut kolmella hoitajalla (9 %). Yli puolella (58 %) hoitajista oli paljon tarvetta lisäkoulutukselle iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoidosta. Vähäistä koulutuksen tarvetta oli 39 % hoitajista ja yhdellä (3 %) ei ollut lainkaan tarvetta lisäkoulutukselle. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Tieto ja lisäkoulutuksen tarve iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoidossa (n=33)

	Paljon	Vähän	Ei yhtään
Tietoa iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoidosta	13 (39 %)	17(52 %)	3 (9 %)
Lisäkoulutuksen tarve iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoitoon	19 (58 %)	13 (39 %)	1(3 %)

8.3 Tiedolliset valmiudet haavakivunhoidosta ja lisäkoulutuksen tarve

Kyselyyn vastanneista hoitajista hieman vajaa puolet (46 %) vastaa, että heillä on paljon tietoa haavakivun hoidosta ja yli puolella (55 %) oli tietoa vähän. Hoitajista kukaan ei vastannut, ettei olisi yhtään tietoa haavakivun hoidosta. Runsaasti lisäkoulutuksen tarvetta haavan hoidosta aiheutuvaan kivunhoitoon oli vastanneista vajaalla puolella (46 %), kun taas runsaat puolet (52 %) hoitajista oli sitä mieltä, että lisäkoulutuksen tarvetta oli vähän. Yhdellä (3 %) vastaajista ei ollut lainkaan lisäkoulutuksen tarvetta haavan hoidosta aiheutuvaan kivunhoitoon. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Tieto ja lisäkoulutuksen tarve haavakivun hoidosta (n=33)

	Paljon	Vähän	Ei yhtään
Haavan hoidosta aiheutuvan kivunhoidon tietous	15 (46 %)	18 (55 %)	-
Lisäkoulutuksen tarve haavakivun hoitoon	15 (46 %)	17 (52 %)	1(3 %)

8.4 Kivunhoidon toteutus

Suurin osa (58 %) vastanneista sanoo, etteivät he käytä koskaan kipumittaria arvioidessaan haavakipua. Reilulla kolmanneksella (39 %) on käytössään kipumittari joskus ja pieni osa (3 %) vastaajista sanoo käyttävänsä kipumittaria aina arvioidessaan haavakipua. Kipumittarin käyttämisestä haavakivun arvioimiseen kirjattiin potilastietoihin tasaisesti. Seitsemän (21 %) vastaajista kirjaa aina kipumittarin käytön potilastietoihin ja seitsemän (21 %) kirjaa joskus kipumittarin käytön potilastietoihin. Kipumittarin kirjaamista potilastietoihin ei tee lainkaan yhdeksäntoista (58 %) vastanneista. Kirjaamatta jättäminen perustuu siihen, etteivät kaikki hoitajat käytä ollenkaan kipumittaria arvioidessaan haavakipua. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kipumittarin käyttö ja kirjaaminen (n=33)

	Aina	Joskus	Ei koskaan
Kipumittarin käyttö haavakivun arvioinnissa	1 (3 %)	13 (39 %)	19 (58 %)
Kipumittarin käytön kirjaus potilastietoihin	7 (21 %)	7 (21 %)	19 (58 %)

Kyselyssä oli avoin kysymys, millaista mittaria hoitajat käyttävät, mikäli sellainen on käytössä. Reilu kolmannes (39 %) käytti joskus tai aina (3 %) kipumittaria. Kahdeksalla hoitajalla oli käytössä kipumittari eli viivoittimen kaltainen jana jossa numeroasteikko yhdestä kymmeneen. Numeerisen mittarin lisäksi hoitajat kysyivät suullisesti potilaalta arviota kivusta. Neljällä hoitajalla oli käytössään VAS-kipumittari ja kahdella hoitajalla oli käytössään hymykasvoin varustettu mittari. Kiilan muotoista mittaria ei kukaan hoitajista maininnut vastauksissaan. Koska vastauksia oli vähän, pystyin laskemaan vastaukset ilman erillistä laskentaohjelmaa.

Haavan hoidon yhteydessä suun kautta annettavia kipulääkkeitä antaa aina potilaalle reilu kolmannes (36 %) vastanneista. Yli puolet (52 %) antaa kipulääkettä potilaalle joskus ja kaksitoista prosenttia ei anna koskaan kipulääkettä. Arviota kipulääkkeen vaikutuksesta kysyy potilaalta lähes kolme neljäsosaa (73 %) ja seitsemän hoitajaa (21 %) kysyy joskus potilaalta kipulääkkeen vaikutuksesta. Arviota kipulääkkeen vaikutuksesta ei kysy koskaan kaksi (6 %) vastaajista. Kirjausta tehdään potilastietoihin

vaihtelevasti. Reilusti yli puolet (64 %) kirjaa aina kipulääkkeen vaikutuksen potilastietoihin ja kirjaamisen tekee joskus vajaa kolmannes (27 %) vastanneista. Kolme (9 %) vastaajaa ei kirjaa koskaan kipulääkkeen vaikutusta potilastietoihin. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kipulääkkeen antaminen, vaikutuksen arviointi ja kirjaaminen (n=33)

	Aina	Joskus	Ei koskaan
Suun kautta kipulääkkeen antaminen	12 (36 %)	17 (52 %)	4 (12 %)
Arvio kipulääkkeen vaikutuksesta	24 (73 %)	7 (21 %)	2 (6 %)
Kipulääkkeen vaikutuksen kirjaus potilastietoihin	21 (64 %)	9 (27 %)	3 (9 %)

Haavan hoidon aikana kivunhoidon huomioimiseen käytti paljon aikaansa hieman vajaa puolet (49 %) vastanneista ja vähän aikaansa käytti hieman reilut puolet (52 %). Kukaan hoitajista ei vastannut, ettei käytä kivunhoidon huomioimiseen yhtään aikaa. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Kivunhoidon huomioiminen haavan hoidon aikana (n=33)

	Paljon	Vähän	Ei yhtään
Haavan hoidon aikana kivunhoidon huomioimiseen käytti aikaansa	16 (49 %)	17 (52 %)	-

Kyselyyn vastanneista reilu kolmannes (39 %) vastasi, että potilas osaa aina arvioida haavakipuaan ja yli puolet (55 %) hoitajista on sitä mieltä, että potilas osaa joskus arvioida haavakipuaan. Kaksi (6 %) vastaajaa oli sitä mieltä, ettei potilas osaa koskaan arvioida haavakipuaan. Haavakivun arvioinnin kirjaa potilastietoihin aina reilusti yli puolet (64 %) vastanneista ja joskus potilastietoihin kirjaa haavakivusta noin kol-

mannes (30 %) vastanneista. Haavakivun arviointia potilastietoihin ei kirjaa lainkaan kaksi (6 %) vastanneista. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Potilaan arvio kivusta ja haavakivun kirjaaminen potilastietoihin

	aina	joskus	ei koskaan
Potilas osaa arvioida kipuaan	13 (39 %)	18 (55 %)	2 (6 %)
Haavakivun arvioinnin kirjaaminen potilastietoihin	21 (64 %)	10 (30 %)	2 (6 %)

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut mielekästä mutta haastavaa. Kirjallisuudesta löytyi paljon tietoa ihosta, haavasta ja kivusta. Kun etsin tutkimustuloksia iskemias- ta johtuvasta haavan hoidosta, ei aineistoa löytynytkään yhtä hyvin. Tutkimustieto oli enimmäkseen ulkomaista. Hyödynsin ulkomaisia tutkimuksia tehdessäni opinnäyte- työtä. Suomalaisia tutkimuksia haavan hoidosta tai kivun hoidosta oli enimmäkseen tehty operatiivisille osastoille tai päivystyspoliklinikoille. Tutkittua tietoa löytyi hyvin kirjallisuudesta ja internetistä.

Aiemmissa tutkimuksissa (Eronen & Kinnunen 2009) on käynyt ilmi, että suomalaisilla hoitajilla on tutkimustietoa saatavilla, mutta sen käyttöä tulisi lisätä. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia hoitaessaan iskemiasta johtuvaa kroonista haavaa ja haavakipua. Tuloksista käy myös ilmi, että kipumittaria ei käytetä kovin paljoa. Tähän hoitohenkilökunta voisi enemmän kiinnittää huomiota. Lisäkoulutuksen tarve tuli esille haavanhoidosta ja kivunhoidosta.

9.1 Tulosten tarkastelua

Tavoitteena oli tehdä opinnäytetyö, josta hyötyvät ne hoitotyönhenkilöt, jotka omassa työssään hoitavat hapenpuutteesta johtuvia kroonisia haavoja. Opinnäytetyön tarkoi- tuksena oli tuottaa tietoa siitä, kuinka perehtynyttä hoitohenkilökunta on haavanhoi- toon ja haavakivunhoitoon. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää lisäkoulutuksen tarvetta haavan hoitoon ja kivunhoitoon.

Kirjallisuudesta löytyi paljon perustietoa haavasta ja haavanhoidosta. Kivusta ja ki- vunhoidosta löytyi tietoa jonkin verran. Kivun arviointi perustuu säännöllisyyteen ja kirjaamiseen (Kivun arviointi 2007). Hyvään hoitotyöhön kuuluu arvioida kipua sään- nöllisesti jokaisella haavanhoitokerralla ja kirjata tieto potilastietoihin. Näin seuraava hoitaja voi jatkaa samansuuntaisesti kivunhoitoa. Kyselyyn osallistuneilla hoitajilla on vaihtelevasti kivunhoidon osaamista. Suuri osa huomioi potilaan kivun ja mutta kipu- mittarin käyttö oli vähäistä. Potilastietoihin kirjaamista tehtiin usein. Kirjaaminen on erittäin tärkeä osatekijä hoitotyön jatkuvuuden kannalta.

Hoitajien tieto, taito, kokemus ja asenne vaikuttavat kivun arviointiin. Hoitajat joutuvat haavaa hoitaessaan arvioimaan kipua. Kivunhoito kuuluu osana potilaan kokonaisval- taiseen hoitoon, jossa oikea lähestymistapa voi lievittää kipua ja kärsimystä huomattavasti.

tavasti. (Korhonen 2006). Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tiedostaa ja tunnistaa kroonisesta haavasta aiheutuvaa kipua sekä arvioida ja asennoitua myönteisesti sen hoitamiseen (Eronen & Kinnunen 2009). Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että heillä on vähän tietoa hapenpuutteesta johtuvasta kroonisesta haavan hoidosta. Kuitenkin suurella osalla hoitohenkilökuntaa oli pitkä työkokemus taustalla. Koulutuksen tarve tuli ilmi selkeästi kysyttäessä tietämystä haavan- ja kivunhoidosta. Työnantajalla on merkittävä rooli hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamisessa.

Suomalaisilla sairaanhoitajilla on tutkimustietoa saatavilla, mutta sen systemaattista käyttöä sekä arviointia tulisi lisätä käytännön työssä. Tulevaisuudessa hoitotyön suositukset voivat tuoda helpotusta hoitomallien ja ohjeiden laatimiseen sekä käyttöön. (Eronen & Kinnunen 2009.) Sairaanhoitajat, joilla itsellään on riittävästi tietoa ja luotavat omaan osaamiseensa kroonisen haavan hoidossa, antavat potilaille eniten ohjausta (Van Hecken ym. 2008). Vaikka suurimmalla osalla kyselyyn vastanneilla hoitajilla on pitkä työkokemus, antaa lisäkoulutus lisää varmuutta haavan hoitoon. Koulutuksen myötä potilasohjausta tulisi enemmän. Lisäksi kipumittarin käyttökin voisi tulla enemmän hyödynnetyksi.

Tutkimuksen tulosten mukaan yli puolella hoitajista on vähän kokemusta iskemiasta johtuvasta haavan hoidosta. Yli puolella vastaajista oli tarvetta lisäkoulutukselle haavanhoitoon. Kivunhoidon osaamista yli puolella hoitohenkilökunnalla oli tulosten perusteella vähän ja paljon tietoa oli lähes puolella vastanneista. Vastauksista selvisi, että kivunhoidon lisäkoulutuksen tarvetta oli melko tasaisesti. Lähes puolet tarvitsisi paljon lisäkoulutusta ja hieman yli puolet vastanneista tarvitsi lisäkoulutusta vähän.

Hoitohenkilökunta käytti kipumittaria vaihtelevasti. Suurin osa vastaajista ei käyttänyt kipumittaria lainkaan. Mikäli kipumittaria käytettiin, sen kirjaaminen potilastietoihin oli yleistä. Kipulääkettä annettiin potilaalle joskus. Erääseen vastauslomakkeeseen oli lisätty kommentti ”potilaat ottavat kipulääkkeen jo kotona, koska silloin se ehtii vaikuttaa.” Kivunlievityksen arviointia ja kirjaamista hoitajista teki suurin osa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voin suositella toimeksiantajalle lisäkoulutuksen järjestämistä henkilökunnalle iskemiasta johtuvan kroonisen haavan hoitoon sekä kivunhoitoon. Jatkotutkimus aiheeksi ehdottaisin kyselyä potilaille, jossa kysyttäisiin kokemuksia haavanhoidosta, miten se vaikuttaa arkeen ja millä tavalla potilas tulee toimeen haavakipunsa kanssa. Ovatko potilaat kokeneet saaneensa riittävästi kivunhoidosta ohjausta?

9.2 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyön tekemisen aloitin syksyllä 2010 aiheen valinnalla ja suunnitelman teolla. Haavan hoidosta aiheutuva kivunhoito on kiinnostanut minua jo kauan, joten aiheen valinta oli helppo. Haavan hoito on vaativaa osaamisaluetta ja aiheen rajaamiseen meni aikaa ja tähän sain apua toimeksiantajalta. Alun perin kysely oli suunnattu vastaanotoilla työskenteleville sairaanhoitajille, mutta kyselystä olisi tullut liian suppea. Ohjaavien opettajien opastuksella laajensin kyselyä kotihoitoon.

Luotettavan ja kattavan tuloksen saaminen edellyttää suurempaa otantaa. Vastauksien määrä ja palauttaminen ajallaan yllätti minut positiivisesti. Vaikka opinnäytetyön valmistumisaikataulu on tiukka ja kyselylomakkeiden jakaminen kuntiin ja vastausten analysointi oli aikaa vievää, olen suoriutunut tehtävästä kohtalaisessa ajassa. Alkuperäinen suunnitelma opinnäytetyön valmistumiselle oli joulukuu 2010, mutta työkiireet ovat vieneet ajastani suuren osan.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus perustuu siihen, kuinka hyvin onnistutaan mittaamaan tutkittavaa ilmiötä. Tämä tarkoittaa sopivien tutkimusmenetelmien ja aineiston käsittelytapojen valintaa. Lisäksi luotettavan mittarin valinta vaikuttaa luotettavuuden syntymiseen. (Lukkarinen 2000.)

Mielestäni tämä tutkimus onnistui hyvin, koska vastausprosentti oli korkea. Vastauksien määrä kuvaa sitä, että hoitohenkilökunta oli kiinnostunut aiheesta ja koki tarpeelliseksi vastata kyselyyn. Kysymysten asettelu onnistui, koska palautuneissa kyselylomakkeissa kaikkiin kysymyksiin oli vastattu. Lisäksi kyselyyn varattu aika oli riittävä. Luotettavuus tässä opinnäytetyössä tulee esille samankaltaisina tuloksina verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin.

Käytössä on erilaisia luotettavuuden arviointia helpottavia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–228.) Mittaustulosten toistettavuus eli reliabelius tukee tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisäksi esitestaamalla kyselylomakkeen yhdellä ulkopuolisella lähihoitajalla. Lisäksi luotettavuutta on arvioitu vertaamalla, ovatko aikaisemmin suoritettut kyselyt tuottaneet samansuuntaisia tuloksia. Aikaisempia kyselyjä ovat olleet opinnäytetyöt, joita olen lukenut. Kivunhoidosta

on tehty useita opinnäytetöitä ja vertaamalla näiden opinnäytetyön tuloksia omaan opinnäytetyöhöni, ovat vastaukset samansuuntaisia.

Tutkimusta arvioidaan myös pätevyyden eli validiuden kannalta. Validius tarkoittaa, että tutkimusmenetelmällä tai mittarilla on kyky mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kun halutaan arvioida validiutta eri näkökulmista, on käytössä tutkimusasetelmavalidius, rakennevalidius ja ennustevalidius. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–228.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja nimetöntä. Anonymiteetti säilyi, koska kyselylomakkeisiin ei tullut tunnistetietoja, eikä kyselyyn vastaajia voitu tunnistaa vastausten perusteella. Täytetyt vastauslomakkeet säilytetään kunnes opinnäytetyö on valmis ja tämän jälkeen vastauslomakkeet hävitetään silppurilla.

LÄHTEET

Aho, T., Vaalasti, A., Heikkilä, E. 2007. Krooninen alaraajahaava. Käypähoito [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00068>

Briggs, M. & Flemming, K. 2007. Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. (4). [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=108&sid=44fae733-92e8-4770-823b-46c646d99611%40sessionmgr113&vid=7>

Ebbeskog, B. & Emami, A. 2005. Older patients experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient. *Journal of Clinical Nursing*. (10).

[viitattu 10.8.2010]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=108&sid=44fae733-92e8-4770-823b-46c646d99611%40sessionmgr113&vid=6>

Eronen, P. & Kinnunen, P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. *Sairaanhoitaja*. (11). [viitattu 10.8.2010]. Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2009/asiantuntija-artikkeli/kroonista_haavaa_sairastavan_pot/

Haakana, S. 2010. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry [viitattu 13.12.2010]. Saatavissa: <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/default.asp?PageID=P01>

Hannuksela, M., Karvonen, J., Reunala, T. & Suhonen, R. 2003. *Ihotaudit*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. *Haava*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Huotari, A.-M. 2007. Tunnista ja hoida haavakipu. *Haava*. (2), 26–27.

Iholiitto Ry. 2010. Terveen ihon rakenne. [viitattu 24.10.2010]. Saatavissa:

http://www.iholiitto.fi/ihotietoa/terveen_ihon_rakenne/

Kivun arviointi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2007. [viitattu 24.10.2010].

Saatavissa:

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,27692,7551,17559,17560>

Kokkonen, T., Nylen, M. & Reinikainen, T. 2001. *Ihopotilaan hoito ja tukeminen*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Korhonen, M. 2006. Haavapotilaan kivunhoito – sairaanhoitajan näkökulma. *Haava*. (2), 28–29.

Kyrönlampi, A. & Varjakoski, L. 2006. Kivun hoidon merkitys kuntoutumisessa: Kivun kirjaaminen ja sairaanhoitajien kokemukset kipumittarin käytöstä. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia [viitattu 17.03.2011]. Saatavissa:

http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6766/stadia_1165920972_0.pdf?sequence=1

Lepäntalo, M. 2007. Alaraajaiskemia. *Duodecim*. (123). [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96694.pdf>

Lukkarinen, H. 2000. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli.

Oulun yliopisto [viitattu 12.01.2011]. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514254627/html/c2663.html>

Mustajoki, P. 2009. Valtimotauti (ateroskleroosi). *Duodecim*. Terveyskirjasto [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095

Riikola, T. & Ebeling, T. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. *Duodecim*. Terveyskirjasto [viitattu 16.03.2011]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00087

Riikola, T., Lepäntalo, M. & Venermo, M. 2010. Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa. *Duodecim*. Terveyskirjasto [viitattu 26.9.2010.] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=khp&p_artikkeli=khp00093

Rönnemaa, T. 2009. Valtimoverenkierron häiriöt jaloissa diabeetikolla. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 24.9.2010]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01727&p_haku=iskeeminen%20haava

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Porvoo: WSOY oppimateriaalit Oy.

Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Iglesias, C., Nixon, J. & Mason, S. 2007. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. (5). [viitattu 24.9.2010]. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=108&sid=44fae733-92e8-4770-823b-46c646d99611%40sessionmgr113&vid=5>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. 2007. Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito [viitattu 24.9.2010]. Saatavissa:

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

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verisuonikirurgisen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2010. Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Käypähoito [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50083>

Suomen Kivuntutkimusyhdistys. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa:

http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/default.asp?PageID=P03&PPI_ID=1

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Van Hecke, A., Gryndonck, M., Beele, H., De Bacquer, D. & Defloor, T. 2008. How evidence-based is venous leg ulcer care? A survey in community settings. *Journal of Advanced Nursing*. (2). [viitattu 26.9.2010]. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=108&sid=44fae733-92e8-4770-823b-46c646d99611%40sessionmgr113&vid=5>

Venermo, M. 2010. Kroonisen alaraajaiskemian määritelmä. Käypä hoito [viitattu 26.9.2010.] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/nix01503>

Vikatmaa, P. 2005. Nilkka-olkavarsipaineen mittaus. Lääkäripäivät. HYKS [viitattu 7.10.2010.] Saatavissa:


http://www.fimnet.fi/cl/laakaripaivat2005/222/1530_Vikatmaa_Pirkka.ppt

Viljakainen, M. 2006. Kiusallinen ja kallis säärihaava. Terveystoimittaja. (3), 20–22.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
2.2.2011

Viranhaltija	Johtava ylihoitaja	Pykäliä	16/2011
Palveluyksikkö	Terveyden ja sairaanhoidon palvelut	Dnro	67/2011
Toimielin	Yhtymähallitus	Päätösluokka	13.00.00
Asiaotsikko	TUTKIMUSLUPA - SUSANNA SÄISÄ		
Päätöstehtävä (sis. mahdollisen valmistajan esityksen)	Savonia ammattikorkeakoulu sairaanhoitajaopiskelija Susanna Säisä hakee tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on Haavan ja haavakivun hoito iskeemistä haavaa sairastavan potilaan hoidossa. Työn tarkoituksena on selvittää vastaanotto- ja hoitopalvelujen sairaanhoitajien ja kotihoidon hoitohenkilökunnan valmiuksia hoitaa valtimoperäistä, hapenpuutteen aiheuttamaa iskeemistä haavaa sekä haavakivua. Lisäksi selvitetään lisäkoulutuksen tarvetta hoitaa iskeemistä johtuvaa kroonista haavaa ja haavakivua. Tutkimusmenetelmä on strukturoitu kysely. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueelta tutkimuksen kohderyhmänä ovat sairaanhoitajat, jotka työskentelevät Iisalmen, Vieremän, Kluruvodon ja Sonkejärven vastaanotto- ja hoitopalveluissa terveyskeskuksissa. Opinnäytetyö on osa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän haavaohoitotyöryhmän toiminnan kehittämistä.		
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa sairaanhoitajaopiskelija Susanna Säisälle tutkimussuunnitelman mukaisesti.		
Peruste	Hallintosääntö 48 §.		
Nähtävillisyys	Iisalmen terveyskeskus 3.2.2011.		
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus		
Tiedoksi	Tuulikki Lämsä, Leena Leinola, Päivi Rätty, toimitusjohtaja, yhtymähallituksen puheenjohtaja		
Tiedoksi ltk	Yhtymähallitus		
Sauja	Susanna Säisä		
Valmistelija ja yhteystiedot			
Allakirjoitus ja Nimenselvitys	 Anne Mikkonen johtava ylihoitaja		

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL - (Majakatu 2)
74101 IisalmiPuhelin
(01) 1 27 231Kotisivut: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjasto@ylsasavonsote.fi
alimmi.sukunimi@ylsasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
2.2.2011

Oikaisuvaatimusohjeet

Oikaisuvaatimusajankohta	Päätökseen tyytymättömän voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä sellä, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviranomaisen nimi	Viranomaisen nimi oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite: Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä / Kirjasto PL 4 (Meijerikatu 2), 74101 Iisalmi Sähköposti: kirjasto@ylsasavonote.fi Puhelin: (017) 27 231
Oikaisuvaatimustaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätökseen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun päätöksellä on esitelty yleisesti nähtävillä. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytellä. Seitsemän päivän kuluessa kirjasta lähtökäytännöstä, saantitodistukseen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.
Pöytäkirjan nähtävissä esittämisen	Pvm Iisalmien terveyskeskus 3.2.2011.
Tiedoksianto osanosaiselle 1)	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjallisesti (luovutettu 95 §): Asianosainen Susanna Salas Anneltu postin kautta (luovutettu), pvm / tiedoksiantaja 4.2.2011/uv <input type="checkbox"/> Luovutettu osanosaiselle Asianosainen Pakko, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus Vastaanottajan allekirjoitus <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittamiseksi	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tarkoin allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimittettava oikaisuvaatimustoimistolle ennen oikaisuvaatimuksen päättymistä.
Lisä tietoja	

Lisätään päätökseen liitteeseen

1) Töytäkirjan esittämisen, jos päättös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntain 92 §:n 1 momentissa tarkoitettulle osanosaiselle. Tunnustettu alue läylylään myös viranomaiselle jätävään rekisterikappaleeseen.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 IisalmiPuhelin
(017) 27 231Kotisivu: www.ylasavonote.fi
Sähköposti: kirjasto@ylsasavonote.fi
alunimi.sukunimi@ylsasavonote.fi

SAATEKIRJE

Kyselyaika 11.- 25.2.2011

Hyvä vastaaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Savonia- ammattikorkeakoulusta, Iisalmen yksiköstä ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Kivunhoidon osaaminen iskemistä haavaa sairastavan potilaan hoidossa”.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää vastaanotoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja kotihoidon hoitohenkilökunnan valmiuksia hapenpuutteesta johtuvan kroonisen haavanhoitoon. Lisäksi selvitän haavakivunhoidon osaamista.

Vastauksenne ovat tärkeitä. Toivon, että varaisitte hetken aikaa vastaamalla kyselylomakkeen kysymyksiin. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Ketään ei voi tunnistaa vastauksista. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset näkee vain opinnäytetyöntekijä. Kyselylomake hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kyselylomakkeita varten on varattu palautuslaatikko, johon voitte pudottaa kyselylomakkeet. Palautuslaatikko on kotihoidon toimistossa ja sairaanhoitajien vastaanotoilla osastonhoitajan huoneessa. Mikäli haluatte, voitte nitoa tai teipata kyselylomakkeen taitettuna.

Halutessanne lisätietoja, voitte ottaa minuun yhteyttä sähköpostilla tai puhelimitse.

Susanna Säisä

susanna.k.saisa@student.savonia.fi

p. 040-7465506

**HAAVAN JA HAAVAKIVUN HOITO ISKEEMISTÄ HAAVAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOI-
DOSSA**

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN KANNALTA ON TÄRKEÄÄ ETTÄ VASTAATTE JOKAI-
SEEN KYSYMYKSEEN.

OLKAA HYVÄ JA YMPYRÖIKÄÄ YKSI VAIHTOEHTO TAI KIRJOITAKAA VASTAUKSENNE
SIIHEN VARATTUUN TILAAN.

1. Ikänne

vuotta

2. Työkokemuksenne terveydenhuollossa

vuotta

3. Kuinka paljon teillä on tietoa hapenpuutteesta johtuvasta kroonisesta (iskeemisestä) haa-
vanhoidosta?

1 paljon

2 vähän

3 ei yhtään

4. Kuinka paljon teillä on tarvetta lisäkoulutukselle hapenpuutteesta johtuvan kroonisen (is-
keemisen) haavanhoidosta?

1 paljon

2 vähän

3 ei yhtään

5. Kuinka paljon teillä on tietoa haavan hoidosta aiheutuvasta kivunhoidosta?

1 paljon

2 vähän

3 ei yhtään

6. Miten paljon teillä on tarvetta lisäkoulutukselle haavakivunhoidosta?

- 1 paljon
- 2 vähän
- 3 ei yhtään

7. Miten paljon teillä on aikaa kivunhoidon huomioimiseen hoitaessanne haavaa?

- 1 paljon
- 2 vähän
- 3 ei yhtään

8. Kuinka usein käytätte kivunhoidon arvioinnissa kipumittaria?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 en koskaan

9. Jos käytätte kipumittaria, niin millaista mittaria käytätte?

10. Kuinka usein kirjaatte kipumittarin käytön potilastietoihin?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 en koskaan

11. Kuinka usein potilaat osaavat arvioida haavakipuaan?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 en koskaan

12. Kuinka usein kirjaatte haavakivun arvioinnin potilastietoihin?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 ei koskaan

13. Kuinka usein annatte potilaalle p.o. kipulääkkeitä lievittämään haavakipua?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 en koskaan

14. Kuinka usein arvioitte kipulääkkeen vaikutusta kysymällä potilaalta kivusta lääkehoidon jälkeen?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 en koskaan

15. Kuinka usein kirjaatte kipulääkkeen vaikutuksen potilastietoihin?

- 1 aina
- 2 joskus
- 3 en koskaan

OLKAA HYVÄ JA TARKISTAKAA ETTÄ OLETTE VASTANNEET KAIKKIIN KYSYMYKSIIN.
KIITOS MIELENKIINNOSTANNE JA AJASTANNE.

www.savonia.fi

