



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoitajien aseptinen toiminta haavanhoidossa

Mälkiä, Jaana

2011 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Hoitajien aseptinen toiminta haavanhoidossa

Jaana Mälkiä
Hoitotyönkoulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo
Hoitotyönkoulutusohjelma

Tiivistelmä

Jaana Mälkiä

Hoitajien aseptinen toiminta haavanhoidossa

Vuosi	2011	Sivumäärä	40
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Haartmanin päivystyssairaalassa vuodeosastojen hoitohenkilökunnan aseptista toimintaa haavojenhoidossa. Tavoitteena oli saada yleisnäkemyksiä siitä miten hoitohenkilökunta käytännössä toteuttaa aseptista työskentelytapaa, käsihuuhteen, sekä suojakäsineiden käyttöä tehdessään haavanhoitoa. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa sairaalan haavatyöryhmälle, joka voi käyttää saatua kyselytulosta haluamallaan tavalla kehittäessään omaa toimintaansa.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla syyskuussa 2011. Kyselylomakkeita jaettiin vuodeosastoille 95 kappaletta ja saatuja vastauksia oli 44 (n=44) eli osallistumisprosentti 41 %. Kyselylomakkeessa oli 23 monivalintakysymystä, lomakkeen kysymyksistä 1-6 käsittelivät vastaajan taustatietoja. Kysymykset 7-11 käsittelivät aseptiikkaa haavanhoitoa toteutettaessa ja lomakkeen kysymykset 12- 16 kartoittivat hoitajien käsihuuhteen käyttöä. Lomakkeen viimeisen osion kysymykset 7- 22 käsittelivät suojakäsineiden käyttöä haavanhoidon aikana. Kysymys 23 oli avoin kysymys jossa tiedusteltiin haavanhoidon koulutustarvetta. Kyselylomakkeet analysoitiin Excel taulukkolaskentaohjelman avulla.

Kyselyn mukaan lähes kaikki vastaajat noudattivat aseptisia työskentelytapoja aloittaen puhtaasta ja edeten likaiseen. Suurin osa vastaajista noudatti hyvää käsihygieniaa. Käsihuuhteen käyttötarkoitukset olivat hyvin vastaajien tiedossa. Haavanhoidon suorittamisajankohta siivouksen jälkeen oli vastaajille selkeästi epäselvä. Suojakäsineiden oikea käyttö oli hyvin vastaajien tiedossa. Käsihuuhdetta vastaajat käyttivät melko hyvin suojakäsineiden vaihdon yhteydessä. Haavaa hoitaessaan hoitajista suurin osa käytti useammat suojakäsineet. Vastauksista ilmeni että moni hoitaja pesee kädet myös vedellä ja saippualla käsihuuhteen käytön lisäksi. Vastauksista ilmeni myös, että sairaalassa järjestettävää haavanhoitokoulutusta toivottiin lisää. Osastoilla olevan haavanhoitoon perehtyneen hoitajan toiminta koettiin myös erittäin hyväksi ja tarpeelliseksi.

Asiasanat; Aseptiikka, Haavanhoito, Käsihygienia, Suojakäsineet

Laurea University of Applied Sciences
Porvoo
Nursing training program

Abstract

Jaana Mälkiä

Nurses aseptic function in wound care

Year	2011	Pages	40
------	------	-------	----

The purpose of this study was to identify the Haartman emergency hospital's nursing staff aseptic function in wound care. The objective was to get an overview of how the nursing staff carried out an aseptic way of working, hand disinfectant and use of protective gloves in wound care practice. The purpose was to provide information also to the hospital's wound care team. They can use the questionnaire results as they wish in developing their own activities.

The thesis used data collected from a questionnaire in September 2011. The survey forms were divided into wards, and 95 copies of the responses was 44 (n = 44), the participation rate of 41%. The questionnaire had 23 multiple choice questions. Questions 1-6 addressed the defendant's background information. Questions 7-11 dealt with the implementation of aseptic wound treatment and a form for questions 12 to 16 surveyed nurses' use of hand disinfectant. Form, questions 7 to 22 dealt with the use of gloves. Question 23 was an open question which asked about the need for wound care education. Questionnaires were analyzed in an Excel spreadsheet program.

Almost all respondents followed the aseptic working methods, starting with a clean and dirty proceeding. The majority of respondents had a good knowledge of hand hygiene. Hand disinfectant uses were well known to the respondents. Wound treatment completion period after cleaning the defendants were clearly uncertain. Proper use of protective gloves was well known to the respondents. Disinfectant spends enough while when changing protective gloves was almost well known. Wound performing the majority of the nurses used a number of protective gloves. The responses revealed that many of the attendants will wash hands with soap and water, and always use hand disinfectant after. The responses also hoped that the hospital arranged training in wound care for more.

Keywords: Aseptic, Wound care, Hand hygiene, Protective gloves

Sisällys

1	JOHDANTO	6
2	KÄSIHYGIENIA ja ASEPTINEN TYÖSKENTELY	7
	2.1 Käsien desinfektio käsihuhteella	7
	2.2 Käsien saippua-vesipesu	8
	2.3 Käsien ihon hoito	9
	2.4 Kynnet, sormukset ja kellot hoitotyössä	9
	2.5 Aseptinen työjärjestys	10
3	SUOJAKÄSINEIDEN KÄYTTÖ HAAVANHOIDON AIKANA	11
4	HAAVANHOIDON LAADUKAS TOTEUTTAMINEN	11
	4.1 Haavan käsittely sidosten vaihdon yhteydessä	13
	4.2 Kirurginen haava	14
	4.3 Haavan puhdistaminen	14
	4.4 Oikean haavanhoitotuotteen valinta	15
	4.5 Haavaympäristön ihonhoito	16
	4.6 Haavojen ennaltaehkäisy	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET	17
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT	17
	6.1 Kyselylomakkeen sisältö	18
	6.2 Opinnäytetyön toteuttamisympäristö	19
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	19
	7.1 Hoitajien tietoperusta aseptiikasta haavaa hoidettaessa	22
	7.2 Käsihuhteen käyttö haavanhoidon aikana	23
	7.3 Suojakäsineiden käyttö haavahoidon aikana	24
	7.4 Onko haavahoitoon liittyvää koulutusta mielestäsi tarpeeksi tarjolla	25
8	POHDINTA	26
	8.1 Tulosten tarkastelu	26
	8.2 Kyselyn tulosten luotettavuus	28
	8.3 Opinnäytetyön eettisyys	28
	8.4 Päätelmät ja kehittämissuhteet	29
	Lähteet	31
	Liitteet	34
	Liite 1. Kyselylomake	34
	Liite 2. Saatekirjelmä	38
	Liite 3. Tutkimuslupa	39
	Liite 4. Käsihuuhdekulutus	40

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli haavanhoidossa. Haavat lisäävät huomattavasti potilaan inhimillistä kärsimystä ja ne myös aiheuttavat arviolta 100-200 miljoonan euron kustannukset Suomen terveydenhuollossa. Haavanhoidon toteuttamisessa keskeistä on hyvä käsihygienia, suojakäsineiden oikeaoppinen käyttö ja ennen kaikkea riittävä käsihuuhteen käyttö. Aseptiikka on olennainen osa hoitajan toimintaa ja aseptisen työjärjestyksen tulee olla jokaiselle hoitajalle itsestäänselvyys. Haavanhoidossa aseptinen työjärjestys korostuu entisestään kuten myös hyvän käsihygienian noudattaminen. Hoitajien onkin hyvä aina tietyin väliajoin herättää omaa aseptista omaatuntoaan. (Karhumäki, Jonsson, Saros 2007; 61.)

Sanalla haava tarkoitetaan joko tapaturmaista haavaa (vulnus), sairauden vuoksi syntynyttä haavaa (ulcus) tai paineen seurauksena syntynyttä haavaa (decubitus). (Papp, Härmä 2005; 239-244.) Tavoitteena haavanhoidossa on aina haavan paraneminen. Haavat jaetaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Akuutit haavat liittyvät tapaturmiin, leikkauksiin ja infektioihin. Kroonisella haavalla tarkoitetaan pitkäaikaista, joko sisäisen tai ulkoisen tekijän aiheuttamaa haavaa. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi laskimoiden ja valtimoiden vajaatoiminta, diabetes, syöpä ja vaskuliitit. (Eronen, Kinnunen 2009.) Ulkoisista tekijöistä tavallisin lienee pitkäaikaisen vuodelevon aiheuttama ihoon ja kudoksiin kohdistuva paine. Akuutit haavat voivat myös kroonistua infektioista tai väärästä hoidosta johtuen, joista yleisimpiä ovat alaraaja haavat ja painehaavaumat sekä diabeetikoiden jalkahaavat, nämä yhdessä kattavat 80 % kaikista ongelmahaavoista. Ongelmahaavat muodostavat suuren haasteen hoidollisesti ja taloudellisesti terveydenhuolto järjestelmäämme. Ongelmahaavojen laadukas ja kustannustehokas hoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja yhtenäisiä hoitolinjoja jotka perustuvat tutkimusnäyttöön ja kliiniseen kokemukseen. (Juutilainen 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Haartmanin päivystyssairaalassa vuodeosastojen hoitohenkilökunnan aseptista toimintaa haavojenhoidossa. Tavoitteena on saada yleisnäkemys siitä miten hoitohenkilökunta käytännössä toteuttaa aseptista työskentelytapaa, käsihuuhteen, sekä suojakäsineiden käyttöä tehdessään haavanhoitoa. Kartoitusta (n=44) toteutettiin kyselylomakkeen avulla sairaalan neljälle päivystystä tukevalle vuodeosastolle. Kartoituksen tulokset esitetään Haartmanin sairaalan haavatyöryhmässä. Tulokset jäävät haavatyöryhmän käyttöön.

2 KÄSIHYGIENIA ja ASEPTINEN TYÖSKENTELY

Käsihygienialla tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään estämään ja vähentämään infektioita ja niitä aiheuttavien mikrobien siirtymistä käsien välityksellä. Käsihygienia on olennainen osa infektioiden torjuntaa. Oikein toteutettua käsihygieniaa pidetään yhtenä tärkeimmistä ja tehokkaimmista keinoista ehkäistä haavainfektioita. Siksi siihen on kiinnitettävä hoitotyössä erityistä huomiota ja katkaista näin infektioiden leviämismahdollisuus. Käsihygieniaan kuuluu käsien saippuapesu, kynsien siisteys, käsien ihonhoito, käsien desinfektio ja suojakäsineiden käyttö. (Hietanen ym. 2005; 67-68.) Käsihygienian noudattaminen kuuluu jokaisen vastuullisen terveydenhuollon työntekijän ammatti-identiteettiin. Yleisin mikrobien leviämistapa on terveydenhuollon hoitohenkilökunnan käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta. Oikein toteutettu käsihygienia katkaisee tämän leviämisreitit varsin tehokkaasti, se on myös useissa tutkimuksissa selvästi osoitettu. (Syrjälä, Teirilä 2010; 177,166.- Laine 2007; 18.) Käsihygienian noudattaminen on yleensä hyvää hoidettaessa tiedossa olevia ongelmamikrobin kantajia (MRSA, ESBL, TRPA yms.). Käsihygienian noudattaminen unohtuu kuitenkin helposti muita potilaita hoidettaessa ja joku potilaista voi kuitenkin olla diagnosoimaton kantaja jonka mikrobia ei ole vielä havaittu. (Kainulainen 2010; 147.)

2.1 Käsien desinfektio käsihuuhteella

Käsien desinfektion tarkoituksena on poistaa käsistä tartuntaa aiheuttavia mikrobeja ja estää niiden siirtyminen potilaasta toiseen. Desinfektio tehdään aina töihin tultaessa ja lähtiessä, eri työvaiheiden välillä, sekä aina ennen ja jälkeen potilaskontaktin. Desinfektio täytyy muistaa tehdä aina myös kirurgisen suu- nenäsuojuksen, suojakäsineiden sekä suojavaatetuksen riisumisen jälkeen. Käsien desinfektiohieronta vaatii oikeaa tekniikkaa ollakseen tehokasta. (Jonsson ym. 2005; 62,63.) Kädet desinfioidaan hieromalla niihin alkoholipohjaista desinfiointivalmistetta. Tärkeintä on käsien desinfiointi oikein. Käsihuuhteen teho perustuu hieronnan yhteydessä alkoholin haihtumiseen ja näin teho on parempi, kuin jos kädet ovat pitkään kosteat. Käsihuuhteen käyttö on usein vaivattomampaa kuin käsien saippua pesu. Käsihuuhte tulisi sijoittaa jokaisen potilasvuoteen päätyyn telineeseen tai hoitajat voivat käyttää taskupulloa, jolloin huuhte on aina paikalla silloin kun sitä tarvitaan. Myös potilaita tulee ohjata käsihuuhteen käyttöön. (Syrjälä ym. 2006;615, 616.)

Käsihuuhdetta annostellaan kuivalle iholle ja riittävä määrä, yleensä kaksi painallusta (3-5ml) silloin iho kestää vähintään 30 sekuntia kosteana. Huuhdetta ei saa kuivata pois paperilla, eikä käsiä saa räpsytellä kuin oltaisiin lentoon lähdessä nopeuttamaan kuivumista. (Pentti 2009.) Huuhdetta hierotaan kauttaaltaan käsiin sormenvälejä, sormenpäitä tai peukaloa unohtamatta. Käsiä hierotaan kunnes kädet ovat kuivat. (Transmeri 2007.) Suomessa käsi-

huuhteen vaikuttavana aineena on 80 % - etanoli. Monissa Keski- Euroopan maissa käytetään isopropanolia tai n- propanolia, mutta niiden haju on etanoliin verrattuna epämiellyttävä. Käsihuhteen vaikutus perustuu proteiinien denaturaatioon, joka muuttaa mikrobin valkuaisaine rakenteen. Alkoholeista viruksiin tehoaa parhaiten etanoli. (Syrjälä ym. 2010; 168.)

Jos käsihuhteen hieromisen jälkeen käsien iholla tuntuu kirvelyä, on ihossa todennäköisesti pieniä rikkoumia. Ihovaurio ei aina ole silmin havaittavissa, mutta käsihuhteella voi näin huomioida ihon kuntoa. Usein työntekijät lopettavat käsihuhteen käytön ja siirtyvät saippuapesuun, joka ei aiheuta kirvelyä mutta heikentää ihon kuntoa entisestään. (Syrjälä ym. 2006; 103-105.) Käytännön kokemuksen perusteella käsihuhteen kirvelevä vaikutus menee ohi muutamassa päivässä, kun siinä oleva glyseroli muovaa sarveissolukon pintakerroksen tiiviimmäksi. Käsihuhteen käyttö pitää käsien ihon kunnossa ilman perusvoidettakin. Käsihuhteen käyttö saattaa tehdä kädet tahmeiksi. Pikainen 5-15 sekunnin huuhtelu haalealla vedellä poistaa tahmeuden. On myös hyvä kokeilla eri valmistajien käsihuhteita ja valita käyttökävyyttä ja tahmeutta silmälläpitäen sopivin tuote käyttöön. Tämän takia tulisikin yksiköissä olla saatavana useampia käsihuuhdevalmiste vaihtoehtoja, jotta kaikille löytyisi sopiva vaihtoehto. Tämä tekee osaltaan myös käsihuhteen käytön työntekijöille miellyttävämmäksi. (Syrjälä ym. 2010; 170,171.)

Huplin ja Routamaan (2007) tekemän tutkimuksen mukaan syynä hoitotyöntekijöiden käsihuhteen käyttämisen vähyyteen oli huoli huuhteen aiheuttamasta ihon kuivumisesta ja mahdollisista terveyshaitoista. Tutkimuksen mukaan käsihygienian tärkeyden ymmärtämistä ja puutteellista toteuttamista estäviä tekijöitä ovat uskomukset ja väärinymmärrykset, sekä käsihygieniakoulutuksen puute. Käsihygienian noudattamista on tutkittu myös opiskelijoiden näkökulmasta ja tutkimuksen mukaan opiskelijoiden käsihygienian toteutusta ohjaavat vallitsevat käytännöt ja kouluissa opetetut ja ennen kaikkea harjoittelussa opitut tavat, eikä tutkimuserusta. Opiskelijoilla on todettu olevan käsidesinfektion ja suojakäsineiden käytön perimmäinen tarkoitus kuitenkin epäselvää. (von Schantz 2005.)

2.2 Käsien saippua-vesipesu

Käsien pesu vedellä ja saippualla vähentää ihon väliaikaista mikrobiflooraa ja sen leviämistä ympäristöön. Näkyvä lika pestään käsistä ja pesun jälkeen kuivat kädet desinfioidaan alkoholipitoisella käsihuhteella. (Hietanen ym. 2005; 68.) Kädet pestään vedellä ja nestemäisellä perussaippualla vain, jos ne ovat näkyvästi likaiset, WC-käynnin jälkeen ja Clostridium difficile infektioiden, sekä muiden vatsatautiin yhteydessä ja jos poikkeuksellisesti on koskettu kehonneiteitä ilman käsineitä. Saippuapesu on bakteerien itiöiden poistamisessa tehokkaampi kuin käsihuuhde. Tutkimusten mukaan käsien pesuun käytetään aikaa alle 10 sekuntia vaikka riittävän tehon saamiseksi saippuapesuun aikaa tulisi käyttää noin 60 sekuntia. Alle 10 sekun-

nin pesussa käsien mikrobimäärä vähenee korkeintaan puoleen, mutta se voi myös lisääntyä. Sen sijaan hieromalla 3-5 ml käsihuhdetta 30 sekunnin ajan käsien mikrobien määrä vähenee promilleen lähtötasosta. (Syrjälä ym. 2010; 167.) Pesuaineen ei tulisi sisältää desinfiioivia aineita. Vesi saippua- pesun jälkeen kädet kuivataan hyvin, koska kosteat kädet levittävät bakteereja ja viruksia. Käsien kuivaukseen käytetään kertakäyttöistä käsipaperia, koska se vähentää mikrobien määrää iholta. (Jonsson ym. 2005; 62,63.) Vesi saippua- pesun jälkeen käytetään aina käsihuhdetta. Käsihuhdetta käytetään aina kuiviin käsiin, koska käsihuhde ei imeydy märkiin käsiin (HUS- ohjeistus 2006).

Käsien peseminen on kuulunut myös ihmisen uskonnolliseen ja kulttuuriperintöön, sillä onkin usein paljon syvällisempi merkitys kuin pelkkä lian poisto käsistä. Suunniteltaessa käsihygienian edistämiskampanjoita on hyvä muistaa ottaa huomioon uskonnolliset ja kulttuuriset näkökulmat. Käsien pesu on joissakin kulttuureissa kuulunut uskonnollisiin rituaaleihin ja käsien pesulla on myös symbolisia merkityksiä. Terveystieteiden nykysuosittelun mukainen käsien pesu vain silloin kun kädet ovat näkyvästi likaiset saattaa olla vaikeaa ymmärtää joissakin kulttuureissa, joissa näkyvän lian käsitteen tulkinta on erilaista ja käsien pesulla tarkoitetaan puhdistautumista niin sisäisesti kuin ulkoisesti. Islamilaisessa maailmassa alkoholin käyttö on kiellettyä, mutta ulkoisesti käsien desinfiointiin se on sallittua. Saudi-Arabian sairaaloissa käsihuhdetta käyttö on jokaisen työntekijän velvollisuus. (Syrjälä ym. 2010; 165.)

2.3 Käsien ihon hoito

Käsien ihon hyvä kunto on perusedellytys hoitotyön tekemiselle ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa. Iho muodostaa suojaavan kerroksen kehon ja ulkomaailman välille. Sen takia on ehdottoman tärkeää pitää se hyvässä kunnossa. Käsihuhuhteisiin on lisätty 1-2 % glyserolia, sekä muita ihonhoitoaineita ylläpitämään ihon rasvapitoisuutta. Suomessa käytettävät käsihuhuhteet ovat etyylialkoholipohjaisia. Käsihuhde aiheuttaa paljon vähemmän iho-ongelmia kuin saippuapesu. Etenkin talvella käsien iho kuivuu herkemmin ja silloin perusvoiteen käyttö on suositeltavaa. Perusvoide olisi hyvä levittää käsiin ennen nukkumaan menoa ja tarvittaessa voi laittaa käsiin puuvillahansikkaat. Tutkimuksissa on osoitettu myös, että perusvoiteen käyttö ei heikennä käsihuhdetta tehoa. Perusvoide edistää myös ihon pysyvän mikrobiflooran säilymistä ja näin ylläpitää ihon mikrobimuodostusta. Työnantajalla on velvollisuus hankkia sopivia perusvoiteita henkilökunnan käyttöön. (Syrjälä ym. 2006; 104.)

2.4 Kynnet, sormukset ja kellot hoitotyössä

Kynsien alla ja kynsien seudussa viihtyvät suurin osa käsien mikrobeista. Siksi kynsien kunnosta huolehtiminen on tärkeä osa käsihygieniaa. Kynnet tulisi pitää lyhyinä ja kynsien alustat tulee puhdistaa säännöllisesti. Teko- ja rakennekynsien käyttö ei ole sallittu potilastyössä.

(Syrjälä ym. 2006; 620.) Rakennekynsien on raportoitu aiheuttaneen useita hengenvaarallisia infektioita (Kainulainen 2010.) Laki potilaan oikeuksista sanoo ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon” Tämä ei salli toimintaa joka voi vaarantaa potilaan hengen. (Finlex 1992.) Tekokynnet ovat riski myös työntekijälle itselleenkin (Kainulainen 2010). Tuoreen kynsilakan ei ole tutkimuksissa todettu lisäävän mikrobien määrää. Lohkeileva tai yli neljä vuorokautta vanhassa lakassa on taas todettu runsaasti mikrobeja. Hoitajan halutessa lakata kynnet on ne lakattava niin usein, että lakka pysyy hyväkuntoisena ja sen pinta tasaisena. Kaikki korut vaikeuttavat hyvän käsihygienian toteutumista käsihuuhe ei pääse vaikuttamaan korujen alle. Sormusten alla on enemmän mikrobeja kuin muualla käsissä. (Syrjälä ym. 2006; 104, 621.) Helsingin kaupungin sairaaloissa on laadittu Helsingin kaupungin ohje käsihygienian kaikista osa-alueista intranettiin.

2.5 Aseptinen työjärjestys

Aseptinen työjärjestys etenee suunnitelmallisesti puhtaasta likaiseen. Kaikki osaston toiminat suunnitellaan tämän järjestyksen mukaisesti (lääkärinkierrot, leikkausvalmistelut, haavahoidot ja siivous). Haavojenhoitoa suunniteltaessa on myös huomioitava, että haavat hoidetaan ennen siivousta tai kaksi tuntia siivouksen jälkeen. On tutkittu, että pölyhiukkasten laskeutumiseen siivouksen jälkeen menee aikaa kaksi tuntia. (Karhumäki ym. 2009; 59,60.) Haavahoidossa aseptinen työjärjestys etenee niin, että ensin hoidetaan potilaat joilla on puhdas haava ja viimeisenä infektoituneet haavat. Yksittäisen potilaan kohdalla jolla on useampi haava puhtaat haavat hoidetaan ensin ja sen jälkeen siirrytään likaisempiin haavoihin. Siirryttäessä haavasta toiseen ja työvaiheesta toiseen vaihdetaan puhtaat suojakäsineet ja desinfioidaan kädet. (Iivanainen, Skarp, Alahuhta. 2007; 25.)

Aseptinen omatunto tarkoittaa hoitotyössä ammattilaisen omaksumaa sisäistettyä toimintatapaa, jonka mukaan hoitaja toimii aina noudattaen aseptista työjärjestystä, sekä sitoutumista aseptiseen työskentelyyn riippumatta siitä mitä toiset työntekijät sanovat tai tekevät. (Karhumäki ym. 2009;59.) Kun aseptinen omatunto toimii, ei olla riippuvaisia toisten valvonnasta. Esine on joko puhdas tai likainen ja väline on joko steriili tai epästeriili. Hoitaja tietää ja osaa käytännön työskentelytavat, joilla pyritään estämään infektioiden leviämistä sekä tietää infektioiden merkityksen yksittäiselle potilaalle ja työyksikölle. Hän osaa arvioida työpaikan aseptisiä oloja ja tehdä korjausehdotuksia sekä tarvittaessa hakea asiantuntija apua ja opastaa muita aseptiseen työskentelyyn. (Jonsson, Karhumäki, Saros 2005; 54.) ”Aseptiset työtavat on tärkeää omaksua osaksi päivittäistä työskentelyä ja niitä tulee noudattaa kiireenkin keskellä” (Eronen ym. 2009.)

3 SUOJAKÄSINEIDEN KÄYTTÖ HAAVANHOIDON AIKANA

livanaisen ym. tekemän tutkimuksen Aseptiikan toteutuminen haavahoidossa (2007) mukaan suurin osa hoitajista käytti käsihuuhdetta ennen haavasidosten avaamista, ennen haavan paikallishoitoa ja haavanhoidon päätyttyä. Suojakäsineitä käytettiin aina suositusten mukaisesti, mutta eri työvaiheiden välillä käsien desinfektio ja suojakäsineiden vaihtaminen oli puutteellista. Yleisin käsihygieniaan liittyvä harhakäsitys on, että suojakäsineet korvaavat käsihuuhteen. (livanainen ym. 2008.) Suojakäsineiden oikealla käytöllä voidaan merkittävästi vähentää käsiin kertyviä mikrobeja ja estää niiden siirtymistä. Suojakäsineet ovat potilas- ja työvaihekohtaisia. Käsineet puetaan aina kuiviin puhtaisiin desinfiointeihin käsiin. Käsissä olevat mikrobit lisääntyvät nopeasti kosteissa ja lämpimissä olosuhteissa käsineen sisällä. Käsineiden riisumiseniikkaan tulee myös kiinnittää huomiota. Käsineitä riisuttaessa käsineen ulkopinnalta tulee helposti mikrobeja käsiin ja siksi on tärkeää desinfioida kädet käsineiden riisumisen jälkeen. Käsineitä tulee aina käyttää niin, että ne suojaavat sekä potilasta ja työntekijää. (Syrjälä ym. 2006; 621-622.) Käsineitä ei käytetä uudelleen eli ne ovat kertakäyttöisiä, eikä niitä saa pestä tai desinfioida. Kertakäyttökäsineitä pestäessä ja desinfiotaessa niiden pintamateriaali muuttuu ja mikrobit tarttuvat siihen entistä tiukemmin. Käsineiden tarpeetonta käyttöä on vältettävä työpäivän aikana eikä niitä saa käyttää osaston käytävällä kuljettaessa. (Syrjälä ym. 2010; 176,177.)

Tärkeimmät käsinemateriaalit ovat vinyyli, lateksi, nitrili ja neopreeni. Mikään näistä materiaaleista ei läpäise viruksia tai muita mikrobeita, jos käsine on ehjä. Tämä on osoitettu suojakäsineiden mikrobien läpäisevyyttä osoittavissa tutkimuksissa. (Meurman 2007.) Suojakäsine valitaan käyttötarkoituksen mukaan. Terveystieteiden tutkimuksissa käytettävien suojakäsineiden pitää olla standardien mukaiset. Käsinepuuteri eli maissitärkkelys on hyvä kasvualusta bakteereille sokeripitoisuutensa vuoksi myös silloin kun puuteri leviää ympäristön pinnoille käsineitä riisuttaessa. Tämän vuoksi tulisi käyttää vain matalaproteiinisiä ja puuterittomia suojakäsineitä leikkauksissa ja tutkimuksissa. (Ratia, Routamaa 2010; 161,163.) Helsingin kaupungin sairaalan hygieniayksikkö on laatinut yksityiskohtaiset ohjeet suojakäsineiden käytöstä Helsingin kaupungin intranettiin, josta jokainen työntekijä voi ne lukea helposti.

4 HAAVANHOIDON LAADUKAS TOTEUTTAMINEN

Haavanhoito oikein toteutettuna on pitkäjännitteistä ja aikaa vievää. Haavojen paranemisessa on yksilöllisiä eroja jotka aiheutuvat joko potilaasta itsestään tai ulkoisista tekijöistä. Paranemisen heikentymisen aiheuttaa yleensä selvästi alentunut elimistön toimintakyky tai ulkoi-

set tekijät kuten virulentin bakteerin pääsy haavaan tai puutteellinen haavan käsittely. Näin ollen optimaaliseen haavan paranemiseen on aina pyrittävä. (Haukipuro, Wiik. 2005; 235.) Potilaasta lähtöisin oleviin tekijöihin potilas voi myös itse vaikuttaa itsehoitotiedoilla ja taidoilla, sekä asenteellaan. Ulkoisiin tekijöihin potilas ei yleensä voi itse vaikuttaa. Ulkoisia tekijöitä ovat hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot, sekä vallitseva hoitokulttuuri johon kuuluvat aseptiikka ja haavanhoidon toteuttaminen. Haavan paikallishoito on monesta eri asiasta koostuva kokonaisuus jonka eri osa-alueita ovat haavan puhdistus, kuolleen kudoksen poistomenetelmä, haavaeritteen hallitseminen ja haavaympäristön hoito. Tärkeää on myös oikea haavanhoitotuotteen valinta ja kivunhoito. (Hietanen ym. 2005; 27, 65, 66, 74, 77.) Erilaisten hoitovalmisteiden kirjo on laaja, ja Suomessa on yli 300 erilaista haavanhoitoon tarkoitettua valmistetta. (Jokinen, Sipponen, Lohi, Salo 2009.) Käytössä on myös monia erilaisia haavan puhdistusmenetelmiä kuten biologinen eli toukat, alipainehoito (VAC), ultraäänihoito, sekä kirurginen (revisio) puhdistus. (Hietanen 2011).

Haavanhoitoympäristön tulee olla puhdas, rauhallinen ja valoisa. Valolähteenä olisi hyvä olla liikuteltava lamppu jonka voi kohdistaa hoidettavan alueeseen. Haavaa hoidettaessa ovet ja ikkunat pidetään kiinni ja haavanhoito suunnitellaan huolellisesti etukäteen. Haavanhoitoon on varattava tarpeeksi aikaa ja kaikki haavanhoidossa tarvittavat välineet kerätään valmiiksi käden ulottuville. Haavanhoitaminen edellyttää aina hyvää käsihygieniaa ja aseptista työskentelytapaa huolimatta siitä onko potilaalla infektio tai ei. Haavanhoidon prosessiin kuuluu kaikki, alkaen haavahoitajan työergonomiasta aseptiseen työskentelyyn, tuotteiden asianmukaiseen käyttöön ja oikein valittuihin haavanhoitotuotteisiin. Haavanhoitokäytännöt sisältävät, myös haavan paranemisen arvioinnin, hoitolinjaukset, sekä kirjaamisen. Ammattitaitoisen toiminnan taustalla on hyvä peruskoulutus, hoitajan työkokemus, henkilökohtainen mielenkiinto ja jatkuva itsensä kouluttaminen, sekä tutkitun tiedon käyttö haavanhoidossa päätöksenteon pohjana. (Hietanen ym. 2005; 27- 66.)

Haavanhoidon toteuttaminen jaetaan steriiliin ja puhtaaseen tekniikkaan. Steriilissä haavanhoidossa kaikki käytettävät tuotteet ovat steriilejä, myös suoja käsineet. Steriilissä haavanhoidossa käytetään tehdaspuhdasta esiliinaa ja suu- nenäsuojainta. Steriilisti hoidetaan kaikki alle 24 tuntia vanhat leikkaushaavat. Ortopediset haavat hoidetaan steriilisti kolme vuorokautta leikkauksen jälkeen. Puhdasta tekniikkaa käytetään kaikkien muiden haavojen hoidossa. Puhdasta tekniikkaa käytettäessä valitaan tehdaspuhtaat haavanhoitotuotteet, suojakäsineet, suojaessu. (Iivanainen 2010; 34.) Kirurginen suu- nenäsuojus on tarpeellinen hoidettaessa eristyspotilaan haavoja, runsaasti erittäviä haavoja, ja myös jos hoitotilanteessa on riski eriteroiskeisiin. Kirurgista suu- nenäsuojusta voidaan myös käyttää suojaamaan potilasta hoitajien uloshengitysilmassa olevilta taudinaiheuttajabakteereilta. (Routamaa ym. 2010; 158.)

Potilaalle on tärkeää selvittää mitä tehdään ja miksi, sekä ohjataan ja tuetaan potilasta riittävästi myös itse suoriutumaan haavanhoidosta niin sairaalassa kuin kotona. Tärkeää on myös kertoa potilaalle käsihygienian ja aseptiikan periaatteet. Potilaan kotiutuessa on annettava haavanhoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti mukaan. Potilasta myös ohjataan tarkkailemaan omaa haavaansa. (Koli 2011.) Hoitaja tukee potilaan hoitomotivaatiota, joka on parempi silloin kun elämä on merkityksellistä ja mieliala on hyvä. Haasteena onkin kiinnittää huomiota potilaan ohjaamiseen hoitojen yhteydessä, ja potilas saadaan ymmärtämään omahoidon osuus haavan hoidossa ja sen paranemisessa. (Eronen ym. 2009.) Potilaan hoitoon sitoutumisella on tärkeä merkitys haavan paranemiselle. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa esim. tiedon- taidon- ja motivaationpuute. Haavan aiheuttama ahdistus ja stressi ovat myös asioita jotka hidastavat haavan paranemista. Stressi vapauttaa kortisolia ja estää haavan parantumista liuottamalla kollageeniä. (Hietanen 2011.)

Kivunhoito on ensisijaisen tärkeää haavapotilaiden kohdalla. Kivunhoidon tarkoituksena on kivunlievityksen lisäksi vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta. Kivunhoidolla voidaan myös vaikuttaa haavanhoidon aiheuttamia fysiologisia seurauksia kuten verenpaineen ja pulssin nousua, sekä lihasspasmeja. Kivun kroonisoituminen voidaan, myös estää nopealla ja tehokkaalla kivunhoidolla. Tärkeää on muistaa ottaa huomioon, että jotkin lääkeaineet, kuten esimerkiksi astmaan käytettävät lääkkeet, reumaan ja paksusuolen tulehdukseen käytettävät lääkkeet, solusalpaajat, NSAID-kipulääkkeet ja statiinit estävät verisuonten uudismuodostusta ja voivat haitata paranemista. Jotkut lääkeaineet puolestaan stimuloivat verisuonten endoteelia ja voivat edistää paranemista, esim. flavonoidit, kofeiini, vitamiinijohdannaiset ja verisuonia laajentavat lääkkeet. (Hietanen ym. 2005; 154)

4.1 Haavan käsittely sidosten vaihdon yhteydessä

Haavasiteiden käsittely aloitetaan aina desinfioimalla kädet käsihuuhteella. Ensin puetaan suojaesiliina ja suu- nenäsuojus. Sen jälkeen kädet desinfioidaan uudelleen ja suojakäsineet puetaan aina kuiviin desinfioituihin käsiin. Sidokset poistetaan haavalta juuri ennen puhdistamista, ettei haava jäähdy. Haavan lämpötila ei saa laskea haavanhoidon aikana. Siteiden poistamisessa käytetään aina puhtaita instrumentteja. Samalla kun sidoksia poistetaan haavan päältä, havainnoidaan haavan kuntoa onko haava mahdollisesti erittänyt, kuinka sidokset ovat pysyneet paikoillaan, sekä väriä ja eritteiden hajua. Poistetut sidokset laitetaan suoraan roskapussiin. Kiinni tarttuneet sidokset irrotetaan suihkuttamalla kehonlämpöisellä juomakelpoisella vedellä, kostuttamalla keittosuolaliuoksella (NaCl) tai pehmittämällä sidoksia irti haavapinnasta hellävaraisesti ihoöljyn avulla (esim. Ceridal®). Haavanhoitotuotetta ei tule vaihtaa toiseen ilman kirjattuja perusteluja. Haavan hoidossa on tärkeää pitkäjänteisyys ja suunnitelmallisuus. (Hietanen ym. 2005; 70.)

4.2 Kirurginen haava

Kirurgisesti ommellun haavan epitelisaatio alkaa jo muutaman tunnin kuluttua ompelemisesta. Epitelisaatio kestää kokonaisuudessaan 24-48 tuntia. Tämän jälkeen haava on vesitiivis eikä infektoidu enää ulkoapäin. Haavaan kertyy myös kollageenia, joka tekee siitä kestävä. Haava pidetään peitettynä ensimmäiset 24 tuntia. Jos haava erittää ja sidokset kastuvat läpi, ne vaihdetaan pohjia myöten steriilisti (suu- nenäsuojus, suojaesiliina, desinfioituihin käsiin steriilit käsineet, steriilit taitokset ja välineet). Sidoksia ei vahvisteta, koska veri on hyvä bakteerien elatusaine ja kosteassa ja lämpimässä ne lisääntyvät nopeasti. Haavasidokset saa poistaa 24 tunnin kuluttua leikkauksesta tehdaspuhdainten käsineiden avulla. Sen jälkeen potilas voi mennä suihkuun ja haavan saa kastella. Jos haava erittää, peitetään se imevillä, hengittävillä sidoksilla, jotka vaihdetaan aina kun ne ovat kostuneet tai kuitenkin vähintään kerran vuorokaudessa. Kuivalle haavalle voi tarpeen vaatiessa laittaa kevyen siteen tai teipin. Puhdasta haavaa tulisi käsitellä mahdollisimman vähän. (Koli 2011.)

4.3 Haavan puhdistaminen

Ennen haavan mekaanista puhdistusta ja sidoksen vaihtoa on hyvä tarkastella haavapohjan/ -pinnan vitaliteettia, silloin tarkastellaan merkkejä haavapohjan verenkierrosta. Kalpea haavapohja kertoo huonosta verenkierrosta, helakan punainen taas terveestä granulaatiokudoksesta. Infektion merkkejä ovat turvonnut ja aristavat haavanreunat, pahanhajuinen erite ja haavan vuotoherkkyys. Tulee myös muistaa mahdollisuus pahanlaatuisuuteen jolloin merkkeinä ovat epätavallinen kudos ja kudoksen reunat. (Hietanen ym. 2007; 29.) Haava puhdistetaan huuhtelemalla tai suihkuttamalla. Haavanhuuhtelun tarkoituksena on poistaa kudoseritteitä ja hoitoainejäämiä haavasta. Kehonlämpöinen lähes 30 asteinen juomavesi soveltuu lähes kaikenlaisten haavojen puhdistukseen. Keittosuolaliuosta (NaCl) tai Ringerin liuosta voidaan myös käyttää kaikissa olosuhteissa haavan puhdistukseen. Vaihtoehtoisesti erityisesti kroonisten haavojen puhdistuksessa voidaan myös käyttää erilaisia haavanpuhdistusliuoksia (Pron-tosan®, Dermacyn®) tai haavanpuhdistuspyyhkeitä (Koli 2011).

Erittäviin, fibriinikatteisiin ja nekroottisiin haavoihin on hyvä käyttää suihkutusta vedellä. Haavaa ei tarvitse huuhdella erikseen keittosuolaliuoksella vedellä suihkuttamisen jälkeen. Suihkutettaessa haavaa tulee muistaa, ettei haavaa saa suihkuttaa muutamaa minuuttia kauempaa (1-3 min.), koska vesi läpäisee solukalvon ja pääsee solun sisäiseen nestetilään jolloin solut turpoavat ja rikkoutuvat. Tämä taas aiheuttaa erityyksen lisääntymisen ja kudosturvotusta, sen takia haavanpohjalle jäävä vesi tulee imeyttää heti suihkutuksen jälkeen taitoksiin. Haava puhdistetaan sitä lyhytaikaisemmin, kevyemmin ja harvemmin mitä puhtaampi ja epitelisoivampi se on. (Hietanen ym. 2005; 70, 71.)

Haavaa voidaan puhdistaa tarvittaessa myös mekaanisesti jolloin kuollut kudoks poistetaan haavasta pienillä saksilla, atuloilla, kauhalla, rengaskyretillä tai veitsellä. Haavan reunoilla oleva vaalea kovettumavalli poistetaan veitsellä kevyesti vuolemalla. Mekaaninen puhdistus tehdään haavaan päivittäin tai muutaman päivän välein aina sidosvaihdon yhteydessä. Mekaaninen puhdistus vaatii ammattitaitoa tunnistaa haavassa oleva kudoks, jottei puhdistuksella vaurioiteta tervettä kudosta. Haava voidaan puhdistaa myös kemiallisesti. Kemialliseen haavan puhdistukseen käytetään antiseptisiä liuoksia, antimikrobivoiteita tai vetyperoksidiliuosta. Antiseptinen aine tappaa bakteereita ja auttaa siten elimistön omaa puolustuskykyä puhdistamaan haavaa ja se saa aikaan nekroottisen kudoksen irtoamisen haavasta. Antiseptisiä aineita käytetään haavan puhdistuksessa yleensä kosteina kompresseina. Monet perinteisistä antiseptisistä aineista ovat kuitenkin kudostoksisia ja voivat aiheuttaa bakteeriresistenssiä, josta syystä niiden käyttöä haavan puhdistuksessa on harkittava tarkkaan. Entsyymaattisessa haavan puhdistuksessa haavaan laitetaan haavanhoitovalmiste, jonka sisältämät entsyymit hajottavat nekroottista kudosta vahingoittamatta kuitenkaan elävää kudosta. Entsyymit katkaisevat kollageenisäikeitä verenkierrottoman ja terveen kudoksen väliltä ja vaativat aktivoitua kseen kosteutta. (Koli 2011.)

4.4 Oikean haavanhoitotuotteen valinta

Haavasidoksen valinnassa tärkeintä on tunnistaa minkä laatuinen haava on kyseessä. Haavasiteitä on monia erilaisia, ja haavalle tulee valita siihen parhaiten sopiva sidos. Sidettä valittaessa on tiedettävä siteen käyttötarkoitus, vaikuttava aine, vaikutusmekanismi, mihin käytetään, millaiseksi tuote ja haava muuttuvat käytössä ja kauanko sidosta käytetään. Siteen valintaan vaikuttaa myös haavadiagnoosi, potilaan sairaudet, yliherkkyydet ja lääkitykset, sekä hoidon tavoite, taloudellisuus, helppokäyttöisyys ja käyttömukavuus. (Koli 2011.) Haavasidoksia käytetään suojaamaan ja puhdistamaan haavaa, tyrehtyttämään verenvuotoa, sekä ehkäisemään ja hoitamaan haavainfektiota. Sidosvalinnan tavoitteena onkin taata haavalle ihanteellinen parantumisympäristö. Sidosten tavoitteena ei ole korvata haavan mekaanista puhdistusta tai haavanpesua. Useilla sidoksilla voidaan kuitenkin harventaa näitä toimenpiteitä ja vähentää sidosten vaihtoväliä. Haavanhoitotuotteen käyttöohje on syytä aina lukea hyvin ja käyttää tuotetta ohjeen mukaisesti. Oikean hoitotuotteen ja sidoksen valinta on moniammatillista yhteistyötä ja valintaa helpottamaan on laadittu erilaisia ohjeistuksia. (Hieta-nen 2009; 64.) Tietynlaisen haavanhoitotuotteen paremmuudesta toiseen verrattuna haavan paranemisen kannalta ei ole tieteellistä näyttöä. Haavanhoitotuotteen tulee olla potilaalle käytössä miellyttävä, haavapintaa vahingoittamaton, haavaan tarttumaton ja kustannuksiltaan kohtuullinen. (Käypähoito suositus 2007.)

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. on laatinut (2006) avoimen haavan väriluokituksen (musta, keltainen, punainen ja vaaleanpunainen) helpottamaan haavanhoitotuotteen valintaa. Väri-

luokituksessa on suositeltu jokaiselle värille omaa hoitoperiaatetta. Mustasta haavasta puhutaan kun haavan pohjassa on mustaa, harmaata tai ruskeaa elotonta kudosta. Paikallishoidon periaate on poistaa kuollut kudos entsyymaattisesti tai muilla kuollutta kudosta hajottavilla tuotteilla. Keltaisessa haavassa haavapohjalla on vaaleaa pehmeää kuollutta kudosta tai sitkeää paksua kudosta fibriiniä. Keltaista haavaa ei tule kuitenkaan sekoittaa infektoituneeseen haavaan. Hoitoperiaatteena on keltaisen kudoksen hajottaminen sekä poistaminen puhdistamalla mekaanisesti tai entsyymaattisilla tuotteilla. Punainen haava on se mitä avoimen haavan haavanhoidossa tavoitellaan. Haavapohja on puhdas ja siinä on granulaatiokudosta. Hoidon periaatteena on suojata herkkä haavapohja ja haava puhdistetaan tarvittaessa keittosuolalla tai vesijohtovedellä. Vaaleanpunaisessa haavassa ihon pintakerros eli epiteeli alkaa kasvaa haavan reunoilta ja pohjasta.

4.5 Haavaympäristön ihonhoito

Ilman imeviä sidoksia haavasta tihkuva haavaerite leviää terveelle iholle ja silloin haava vettyy eli maseroituu. Tämä altistaa haavan suurenemiselle ja haavaympäristön ihon rikkoutumiselle. Haavaympäristön suojaamisella pyritään estämään haavaeritteen ja kosteiden sidosten aiheuttamaa vettymistä. Myös sidosten kiinnittämiseen tulee kiinnittää huomiota, vältetään ihoon tarttuvia teippejä ja suositetaan hellävaraisesti kiinnittyviä materiaaleja. Haavaa ympäröivän ihon paras suoja on valita haavan erityksen mukainen imevä sidos ja tarvittaessa imevä sidos vaihdetaan useaan kertaan päivässä. (Hietanen ym. 2005; 70.) Haavaympäristön suojaamiseen on useita eri mahdollisuuksia, kuten haavaa ympäröivän ihon suojaaminen ihonsuoja-aineella esim. Cavilon®, sinkkipitoisella voiteella tai rasvaisella perusvoiteella. Tärkeää on muistaa poistaa vanhat rasvajäämät ja eritteet myös haavan ympäriltä. (Hietanen 2011.)

4.6 Haavojen ennaltaehkäisy

Haavojen ennaltaehkäisy ja terveydenedistäminen ovat toiminnan lähtökohtia hoitotyössä. Sairaanhoidajat kohtaavat joka päivä työssään potilaita joilla on riski saada krooninen haava tai joilla sellainen jo on. Hoitajan on tärkeä tuntea kroonisten haavojen riskit ja paranemista edistävät tekijät. Eronen ja Kinnunen (2009) viittaavat Sairaanhoidajalehdessä kirjoittamaansa artikkelissa Gunningberg (2004), Pancorbo-Hidalgo ym. (2007), Moore & Price (2004) tekemiin tutkimuksiin, joissa on todettu, että ennaltaehkäisymenetelmien käyttö on puutteellista ja satunnaista verrattuna hoitajien tietoon ja osaamiseen. Tutkijoiden mukaan haavojen ehkäisy on tärkeämpää kuin hoito. Käytännössä painehaavojen ehkäisy menetelmät eivät ole vielä riittävän systemaattisia. Tulevaisuuden haasteena on käytäntöjen ja toimintatapojen yhdenmukaistaminen, ja sitä myötä potilaiden hoidon laadun paraneminen. Edellä mainittujen tutkijoiden mukaan eniten käytettyjä ennaltaehkäisy menetelmiä ovat asentohoidot, ihon rasvaukset, erilaiset haavasidokset sekä painehaavapatjat ja -tyyny. Riskimittarin käyttö,

ihon hankauksen ja kitkan vähentäminen, hygienia, ravitsemushoito ja ihon kosteuden huomiointi sekä potilaan ohjaus olivat vähäisiä tai menetelmiä ei tutkimusten mukaan käytetty lainkaan. Haavanhoitoon liittyvät koulutukset ja henkilökunnan erikoistuminen haavanhoitoon parantavat haavanhoidon laatua ja tuloksia oleellisesti. Haavanhoidon laadun kannalta oleellisin tekijä on eri ammattiryhmien systemaattinen koulutus. (Juutilainen, Niemi 2007.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyössä tarkoituksena on kartoittaa Haartmanin päivystyssairaalassa vuodeosastojen hoitohenkilökunnan aseptista toimintaa haavojenhoidossa. Tavoitteena on saada yleisnäkemyksiä siitä miten hoitohenkilökunta käytännössä toteuttaa aseptista työskentelytapaa, käsihuuhteen, sekä suojakäsineiden käyttöä tehdessään haavanhoitoa. Tarkoituksena on tuottaa tietoa sairaalan haavatyöryhmälle, joka voi käyttää saatua kyselytulosta haluamallaan tavalla kehittäessään omaa toimintaansa. Opinnäytetyön kysymykset ovat seuraavat.

1. Millainen on hoitajien tietoperusta aseptisesta haavanhoidosta?
2. Kuinka hoitajat käyttävät käsihuuhdetta haavanhoidon aikana?
3. Miten hoitajien suojakäsineiden käyttö toteutuu haavanhoidon aikana?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena Haartmanin sairaalassa, kyselylomakkeet jaettiin sairaalan neljälle päivystystä tukevalle vuodeosastolle (osastot 3-6). Kysely kohdistettiin osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille ja perushoitajille, myös osastoilla olevat opiskelijat ja varahenkilöt saivat vastata kysymyksiin. Kysely- eli survey-tutkimuksen tarkoituksena on saada koottua tietyin kriteerein valitulta joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin. (Anttila 2006; 35.) Opinnäytetyön kysely oli lähestymistavaltaan kvantitatiivinen eli määrällinen. Aineisto, joka kerätään, käsitellään kvantitatiivisesti. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009; 140, 193-194.) Kyselylomake on perinteinen tapa kerätä tutkimusaineistoa. Usein kyselylomake aloitetaan taustakysymyksillä. Ne toimivat tavallaan lämmittelykysymyksinä varsinaiseen aiheeseen sen jälkeen tulevat varsinaiset kysymykset. Kyselylomakkeen pituus tulee miettiä huolellisesti kohderyhmän mukaan. Lomakkeen laadinnassa on huomioitava vastaajien ajankäyttö mahdollisuutta vastatessaan kyselyyn ja lomakkeen pituus määräytyy myös tämän mukaan. (Valli 2007;

102,103.) Kyselylomakkeen laadinnassa oli toteutettu teorian tietoa ja kysymykset oli pyritty suunnittelemaan loogisesti eteneväksi kokonaisuudeksi. Lomakkeessa oli käytetty nominaaliasteikkoa. Nominaaliasteikkoa käytettäessä vastaaja valitsee jonkin hänelle sopivan vaihtoehdon useista mahdollisuuksista. Vaihtoehdoista ei mitään voida pitää toisen edellä olevana. (Anttila 2006; 54) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, mutta mahdollisimman monen vastauksen saamiseksi opinnäytetyön tekijä kävi jokaisella osastolla pitämässä pienen esittelyn opinnäytetyön sisällöstä ja samalla jätti kyselylomakkeet ja palautuslaatikkoon osastoille. Anonymiteetin säilymiseksi vastaukset palautettiin suljetussa kirjekuoressa vastauslaatikkoon.

6.1 Kyselylomakkeen sisältö

Kyselylomakkeen (Liite 1.) kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, joissa vastaaja valitsee valmiista numeroiduista vastausvaihtoehdoista mielestään oikean vastausvaihtoehdon. Monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata samaan kysymykseen niin että vastauksia voidaan vertailla tämä tapa tuottaa vähemmän kirjavia vastauksia. Monivalintakysymyksillä saatuja vastauksia on myös helpompi analysoida ja käsitellä tietokoneella. (Hirsijärvi ym. 2009; 190.) Kyselylomakkeen kysymykset 1-6 käsittelivät vastaajan taustatietoja. Seuraavat kysymykset oli jaoteltu tutkimuskysymysten mukaisesti. Kysymykset 7-11 käsittelivät aseptiikkaa haavanhoitoa toteutettaessa. Tutkimuskysymykseen kaksi perustuivat seuraavat kysymykset 12- 16, jotka kartoittivat hoitajien käsihuuhteen käyttöä. Kolmanteen tutkimuskysymykseen perustuivat lomakkeen kysymykset 7- 22, jotka käsittelivät suojakäsineiden käyttöä. Kysymys 23 oli avoin kysymys jossa kysyttiin vastaajilta mielipidettä haavanhoitokoulutuksen määrästä, sekä tarpeesta ja siihen sai ilmaista vapaasti omia toiveitaan koulutuksista.

Lomakkeen laadinnassa oli tarkoitus saada siitä selkeä ja muotoilla kysymykset niin että ne olivat yksiselitteisiä. Lomakkeen saatekirjelmässä (Liite 2.) kerrottiin kyselyn tarkoitus ja tarkeys, sekä mihin mennessä kyselylomake oli palautettava. Kirjelmässä kerrottiin myös anonymiteetin säilymisestä ja kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta, sekä kirjelmän lopussa oli opinnäytetyön tekijän ja ohjaavan opettajan yhteystiedot. Kyselylomakkeet analysoitiin taulukkolaskentaohjelman avulla. Saatuja tuloksia kuvaillaan määrinä (n) ja prosentteina taulukoiden muodossa. (Hirsijärvi ym. 2009; 67.) Kyselylomakkeen avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä jonka tarkoituksena on saada tutkittava ilmiö tiivistetyksi ja näin pystytään tekemään yleistyksiä joiden avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä kerätystä aineistosta. (Alasuutari 2007; 168.)

Kyselyn toteuttamista varten haettiin tutkimuslupa (Liite 3). Kyselylomakkeita jaettiin jokaiselle neljälle vuodeosastolle 20 kpl, sekä varahenkilöstön toimistoon 15 kpl yhteensä lomakkeita jaettiin 95 kpl. Lomakkeita osastolle jätettäessä pidettiin pieni esittelyn kyselyn aihees-

ta. Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Vastausajan päätyttyä palautettuja lomakkeita oli 44 (n=44) vastausprosentti ollessa 41 %.

6.2 Opinnäytetyön toteuttamisympäristö

Haartmanin sairaala aloitti toimintansa Meilahden sairaala-alueella syksyllä 2009. Sairaalan osastot muuttivat sinne Marian sairaalasta. Haartmanin sairaala on Helsingin Kaupungin sairaala mikä hoitaa Helsingin eteläisen, keskisen ja läntisen alueen päivystysluonteista hoitoa tarvitsevia aikuisia. Päivystyspoliklinikalla toimii aikuisten terveyskeskuspäivystys ja sairaalapäivystys. Sairaalassa on päivystys- ja valvontaosasto, jossa on 14 paikkaa päivystys- ja valvontatarkkailua vaativille potilaille. Päivystyksen toimintaa tukevia vuodeosastoja on neljä, joiden painopisteet ovat kardiologia, ongelmamikrobit, konservatiivinen kirurgia ja päihderiippuvaisten potilaiden akuuttihoito. Vuodeosastoilla on 22 - 24 sairaansijaa ja yhteensä vuodeosastoilla on 94 sairaansijaa. Sisätautien ajanvarauspoliklinikka toimii osaston 3 yhteydessä. Sairaalassa palvelevat myös HUSLAB ja HUS Röntgen, sekä Helsingin alueen hammaslääkäri päivystys. Vuonna 2010 päivystyspoliklinikalla asioi lähes 69 000 potilasta. Hoitoaika vuodeosastoilla on keskimäärin 6,6 vrk. Henkilökuntarakenne on 70 % sairaanhoitajia ja 30 % perushoitajia, sekä henkilökuntamitoitus vuodeosastoilla on 0,83 hoitajaa/ potilas. (Helsingin kaupunki 2010.)

Haartmanin sairaalaan perustettiin haavatyöryhmä keväällä 2010 ja työryhmän ensimmäinen kokous pidettiin 24.5.2010. Haavatyöryhmään kuuluu lääkäri, hygieniahoitaja, ylihoitajat, sekä yksi haavayhdyshenkilö jokaisesta yksiköstä. Haavatyöryhmän tavoitteena on yhtenäistää Haartmanin sairaalan haavanhoito ja tuotteet kaupungin strategiaa noudattaen. Haavatyöryhmä toimii moniammatillisesti potilaiden haavahoidossa yhdessä koko sairaalan henkilöstön kanssa. Työryhmä järjestää henkilökunnalle haavanhoitokoulutusta, seuraa haavanhoidon toteutumista, sekä auttaa haavahoidollisten ongelmien ratkaisussa. Ryhmä perehtyy uusimpaan haavanhoitotietouteen sekä - tuotteisiin ja tuo tutkittua tietoa käytäntöön. (Heli Intranet, työryhmät 2011.)

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselylomakkeessa ensimmäisenä tiedusteltiin vastaajien taustatietoja. Vastaajilta kysyttiin taustatiedoissa ikäryhmää ja koulutustaustaa. Sukupuolta ei kysytty anonymiteetin säilymisen vuoksi, koska sairaalassa vuodeosastoilla työskentelee vain muutama mieshoitaja. Vastaajista ikäryhmään 18-35v kuului (11) 25 %, seuraavaan ikäryhmään 36-45v kuului (7) 16 %, ikäryhmään 46-55v kuului (10) 23 % ja ikäryhmässä 56-65v oli (16) 36 % vastaajista.

Koulutustaustaltaan vastaajista perushoitajia oli (11) 25 %. Sairaanhoidajia vastaajista oli (29) 67 % ja sairaanhoitajaopiskelijoita oli (4) 9 %. Lähihoitajaopiskelijoita vastaajissa ei ollut yhtään.

Taulukko 1.

Vastaajien työkokemus vuosina (n= 44)

Työkokemus	f	%
Alle 1 vuosi	2	4.5 %
1-5 v.	7	16 %
6-10 v.	4	9 %
11-15 v.	5	11 %
16-20 v.	3	7 %
yli 20 v.	22	50 %

Työkokemus hoitoalalla vaihteli alle vuodesta yli 20 vuotta hoitotyössä olleisiin. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän kohtaan. Yllä olevassa taulukossa on esitetty työkokemus vastaajien määrinä ja prosentteina.

Taulukko 2.

Vastaajien saama ammatillinen lisäkoulutus haavanhoitoon liittyen (n= 44)

Lisäkoulutus viimeisen 5v ajalta	f	%
Sairaalan järjestämät koulutukset	24	54.5 %
Suomen haavahoitoyhdistyksen koulutukset	5	11 %
Avoimen AMK: haavanhoitokoulutukset	2	4.5 %
Haavanhoitotuoteyritysten järjestämät koulutukset	20	45.5 %
Ei mitään	7	16 %
Muuta, mikä koulutus	4	9 %

”Muuta mikä koulutus” vaihtoehtoon oli vastannut (4) 9 % ja vastauksina oli seuraavat: osaston sisäiset koulutukset, osaston haavahoitajan pitämät tietoisuuskurssit, netistä luetut haavanhoito-ohjeet ja haavanhoitajan opastus käytännössä.

Taustatietojen seuraavana kysymyksenä oli kuinka usein vastaaja hoitaa haavoja työssään. Vastaajista päivittäin haavoja hoitaa työssään (6)13.5 %. Viikoittain haavoja hoitaa (21) 48 %. Kuukausittain vastaajista (6) 13.5 % hoitaa haavoja. Satunnaisesti haavoja työssään hoitavia (11) 25 %.

Taulukko 3.

Millaisia haavoja vastaajat hoitavat työssään (n=44)

Millaisia haavoja hoidat työssäsi	f	%
Painehaavaumia/ säärihaavoja	42	95.5 %
Kirurgisia haavoja	19	43 %
Väkivallan aiheuttamia haavoja	6	13.5 %
Muita, Mitä?	8	18 %

Taustatietojen viimeisenä kysymyksenä oli millaisia haavoja vastaajat hoitavat työssään. Tässä kysymyksessä vastaaja sai valita useamman vaihtoehdon. Viimeisenä vaihtoehtona olleeseen ”muuta, mitä” vastasi (8) 18 % ja vastauksina oli seuraavat: naarmuja, nirhaumia, kaatumisen aiheuttamia haavoja ja asfaltti-ihottumaa.

7.1 Hoitajien tietoperusta aseptiikasta haavaa hoidettaessa

Taulukko 4.

Hoitajien tietoperusta aseptisesta haavanhoidosta

Kysymys	1. vaihtoehto n (%)	2. vaihtoehto n (%)	3. vaihtoehto n (%)
Haavasta poistetut käytetyt sidokset voi laittaa	Väliaikaisesti vuodepöydälle 1 (2 %)	Suoraan roskiin 43 (98 %)	Lattialle
Kuinka usein haavanhoidossa käytetyt instrumentit vaihdetaan	Kerran viikossa	Kun niissä on näkyvää likaa	Joka haavanhoidon jälkeen 44 (100 %)
Siivouksen jälkeen haavanhoito suoritetaan aikaisintaan	Puolen tunnin kuluttua 11 (25 %)	Tunnin kuluttua 25 (57 %)	Kahden tunnin kuluttua 7 (16 %)
Aseptinen työkentelytapa haavaa hoidettaessa tarkoittaa seuraavaa	Missä järjestyksessä tahansa	Aloitetaan puhtaasta siirrytään likaiseen 40 (91 %)	Aloitetaan likaisesta ja siirrytään puhtaaseen 4 (9 %)
Kesken haavanhoidon lisää tarvikkeita haattaessa	Haavan voi jättää avoimeksi 4 (9 %)	Haava suojataan puhtaalla sidoksella 40 (91 %)	käytetyt sidokset sopivat suojaksi

Edellä olevat kysymyslomakkeen kysymykset liittyvät aseptiikkaan haavanhoitoa suoritettaessa. Kysymykset olivat kolmen vaihtoehdon sisältäviä monivalintakysymyksiä joista yksi oli oikea vaihtoehto. Yllä olevassa taulukossa on esitetty vastaukset lukuina ja prosentteina

7.2 Käsihuhteen käyttö haavanhoidon aikana

Taulukko 5.

Vastaajien käsihuhteen käyttö tavat ja määrä

Kysymys	1. Vaihtoehto n (%)	2. Vaihtoehto n (%)	3. Vaihtoehto n (%)
Otan käsihuuhdetta aina	Yhden painalluksen n. 2 ml 6 (13.5 %)	Kaksi painallusta n. 4 ml 38 (86.5 %)	En käytä huuhdetta ollenkaan
Pesen kädet vedellä työvuoron aikana	Aina kun olen kosketanut potilasta 8 (18 %)	En ollenkaan, käytän käsihuuhdetta	Vain hoitaessani ripulipotilaita 36 (82 %)
Käsihuhteen käytön jälkeen	Odotan, että kädet ovat kuivuneet 38 (86 %)	Kuivaan ylimääräisen huhteen pois paperilla	Heiluttelen käsiä ilmassa nopeuttaakseni kuivumista 6 (14 %)
Osastolla käsihuuhdepullot on sijoiteltu	Helposti saataville 44 (100 %)	Minulla on oma pullo taskussa	Käsihuuhdetta ei ole ollenkaan
Käsihuuhde soveltuu myös	Eritetahrojen poistamiseen	Välineiden desinfektioon	Ainoastaan käsien desinfointiin 44 (100 %)

Tässä osiossa kartoitettiin hoitajien käsihuhteen käyttöä ja tietoutta käsihuhteen käyttövoista, sekä käsihuhteen saatavuutta osastolla.

7.3 Suojakäsineiden käyttö haavahoidon aikana

Taulukko 6.

Suojakäsineiden käyttö haavanhoitoa suoritettaessa

Kysymys	1. Vaihtoeht n (%)	2. Vaihtoeht n (%)	3. Vaihtoeht n (%)
Haavaa hoitaessani käytän	Yhden suojakäsineen 12 (27 %)	Useamman suojakäsineen 32 (73 %)	En käytä käsineitä ollenkaan
Vaihtaessani uudet puhtaat suojakäsineet	Desinfioidin aina kädet välissä 31 (70.5 %)	Desinfioidin joskus kädet välissä 13 (29.5 %)	En desinfioidin ollenkaan
Suojakäsineitä käytettäessä	Käsien desinfiointia ei tarvita ollenkaan	Kädet desinfioidaan käsihuuhteella 36 (82 %)	Kädet pestään vedellä 8 (18 %)
Puhtaita haavoja hoitaessani käytän	Tehdaspuhtaita suojakäsineitä 37 (84 %)	Steriilejä suojakäsineitä 7 (16 %)	En tarvitse suojakäsineitä ollenkaan
Potilailla ei ole tiedossa tarttuvia mikrobeja	Hoidan kaikki samassa huoneessa olevat samoin käsiaineillä	Desinfioidin käsiaineet potilaskontaktin välissä	Vaihdan aina puhtaat suojakäsineet potilaskontaktin jälkeen 44 (100 %)
Aiheuttavatko suojakäsineet sinulle iho-ongelmia	Ihottumaa 6 (13.5 %)	Käsien kuivumista 10 (23 %)	Ei mitään oireita 28 (63.5 %)

Kyselylomakkeen viimeisen osion kysymykset kartoittivat hoitajien suojakäsineiden käyttöä haavanhoidon aikana.

7.4 Onko haavahoitoon liittyvää koulutusta mielestäsi tarpeeksi tarjolla

Kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa omia mielipiteitään ja toiveitaan haavahoidon koulutuksen suhteen. Vastauksia kysymykseen oli kirjoitettu 31:n lomakkeeseen (n=44). Vastauksissa ilmeni hoitajien halukkuus koulukseen ja eniten toivottiin lisää sairaalan järjestämiä omia koulutuksia. Vastauksista 21 halusi lisää koulutusta, sekä haavavastaavan tuomaa lisätietoa ja 9: n mielestä koulutusta on tarpeeksi tai haavavastaava tuo tarpeeksi tietoa haavanhoidosta osastolle.

”Saisi olla enemmän”

”Harvoin koulutusta”

”Ei ole, haavahoitaja voisi jakaa lisää tietoa”

”Ei, haavatyöryhmä ei ole tavoittanut henkilökuntaa. Info huonoa”

”Ei, tarpeellisia ja jokaisella tulisi olla mahdollisuus osallistua.”

”Tarvitaan lisää, ketkä käyneet koulutuksessa eivät tuo tietoa osastolle”

”Talonsisäistä koulutusta enemmän”

Useimmissa lomakkeissa oli vastattu lyhyesti ”ei” tai ”ei ole” ilman perusteluja tai toiveita.

”Koulutusta on tarjolla mutta niihin hakeutuminen on itsestä kiinni. Muutakin koulutusta on paljon tarjolla”

”Kyllä on runsaasti”

”Haavavastaava käy koulutuksissa”

”On jos haluaa mennä. Koulutusrahat loppu tältä vuodelta”

”On sairaala järjestää hyvin koulutuksia”

”Kyllä mutta niihin pääsee vain haavavastaavat”

”On tarpeeksi tarjolla. Osastolla haavahoitaja jonka puoleen voi kääntyä”

Vastauksina oli myös ”kyllä” useassa lomakkeessa ilman lisätekstiä. Vastauksista kävi ilmi, että eniten toivottiin talon sisäistä tai osastolla tapahtuvaa koulutusta johon olisi helppo osallistua työpäivän aikana.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Taustatietojen mukaan vastaajista kolmannes kuului ikäjakaumaan 56-65v, koulutus taustaltaan kaksi kolmasosa vastaajista oli sairaanhoitajia. Työkokemusta hoitoalalla vastaajista puolella oli yli 20 vuotta eli vastaajat olivat kokeneita hoitajia. Taustatietojen perusteella vastaajista noin puolet oli käynyt viimeisen viiden vuoden aikana sairaalan omissa ja noin puolet tuote-edustajien järjestämissä haavanhoito koulutuksissa. Suurin osa vastaajista hoiti haavoja työssään viikoittain, joten tästä voidaan päätellä haavapotilaita olevan osastoilla jonkin verran. Haavatyyppejä joita hoidetaan eniten, tulosten mukaan olivat painehaavat/ säärihaavat ja kirurgiset haavat. Näiden vastausten perusteella hoitajien mielestä on koulutusta tarjolla riittävästi ja tuloksia vertailemalla, koulutustaustasta riippumatta hoitajilla on mahdollisuus osallistua kaikkiin koulutuksiin. Tutkimusten mukaan sairaaloiden järjestämä koulutus on vaatimatonta (von Schantz 2005, Iivanainen ym. 2008). Näin vertailemalla edellä mainittuihin tutkimuksiin voidaan todeta, että Haartmanin sairaalassa järjestetään riittävästi koulutusta henkilökunnalle, eikä vastauksista ilmennyt toiveita eri haavatyyppeiden hoidon täsmäkoulutuksiin.

Käytetyt haavasidokset laitettiin suoraan roskeisiin ja käytetyt instrumentit vaihdettiin jokaisen haavanhoidon jälkeen. Aseptinen työskentelytapa oli hyvin hoitajien tiedossa ja vastausten perusteella lähes kaikki vastaajat noudattivat aseptisiä työtapoja edeten puhtaasta likaiseen. Haavanhoitotuotteita lisää haettaessa suurin osa vastaajista suosijasi haavan puhtaalla sidoksella oikeaoppisesti. Iivanaisen ym. (2008) tekemässä tutkimuksessa todettiin samat tulokset aseptisen työskentelyn, instrumenttien vaihdon ja haavasidosten käsittelyn osalta. Suurinta hajontaa vastauksissa oli siinä kuinka kauan siivouksen jälkeen on odotettava pölyn laskeutumista, että voi suorittaa haavanhoidon. Karhumäki ym. (2009) kirjoittaa kirjassa Mikrobit hoitotyön haasteena tekemästään tutkimuksesta jonka mukaan pölyhiukkasten laskeutumiseen menee kaksi tuntia siivouksen suorittamisen jälkeen. Kuitenkin Syrjälän ym. (2010) mukaan ilmatartunnan käytännön merkitys on vähäinen muualla kuin leikkaussalissa ja Iivanaisen ym. (2008) tutkimuksessa todettiin johtopäätöksissä, että haavanhoitaminen kaksi tuntia siivouk-

sen jälkeen on vanhatapa jolle ei ole perusteita. Tässä kyselyssä lähtökohtana oli että haavanhoidon voi suorittaa kahden tunnin kuluttua siivouksesta.

Käsihuuhteen määrää kartoittavaan kysymykseen vastanneista määrällisesti riittävästi käsihuuhdetta käytti suurin osa. Käsihygienian suositukset hoidettaessa ripulipotilaita tunnettiin vastausten perusteella hyvin. Käsihuuhteen käytön jälkeen suurin osa vastaajista odotti, että huuhte kuivuu. Muutama vastaaja ilmoitti heiluttelevansa käsiä ilmassa nopeuttaakseen kuivumista. Kaikki vastaajat olivat tietoisia siitä, että käsihuuhte soveltuu vain ihon desinfiointiin. Tutkijat von Schantz (2005), Iivanainen ym. (2008), Hupli ym. (2007), sekä kansainvälisessä tutkimuksessa Larson ym. (2007) ovat saaneet yhtenevät tulokset verrattuna tähän kyselyyn, että hoitohenkilökunta on perillä hyvin käsihygienian suosituksista ja käsihuuhdetta on hyvin saatavilla.

Käsihuuhdetta on otettava riittävästi 2 painallusta kuiviin käsiin ja hierottava niin kauan että kädet ovat kuivuneet (20-30 sekuntia). Näin katkaistaan tehokkaasti käsien välityksellä tapahtuva tartuntatie. (Iivanainen 2008.) Käsihuuhteen kulutusta seurataan, myös tilastollisesti. Haartmanin sairaalan hygieniatyöryhmä laatii puoli vuosittain taulukon (Liite 4.) käsihuuhteen kulutuksesta. Taulukossa näkyy osastokohtaisesti käsihuuhteen kulutus viimeiseltä kolmelta vuodelta. Verrattessa taulukkoa kyselyn tuloksiin on selvästi nähtävissä, että käsihuuhteen kulutus on melko vaihtelevaa ja määrällisesti käyttö jää alle suosituksen. Käsihuuhteen kulutusta seuraamalla ja esittämällä tilastoja henkilökunnalle voidaan vaikuttaa kulutukseen positiivisesti (Jyrkkämäki 2006). Aikaisempien tutkimusten mukaan sairaanhoitajilla oli paremmat tiedot käsihygieniasuosituksista kuin perus-/ lähihoitajilla (Hupli ym. 2007), mutta tämän opinnäytetyön kyselyn tulosten mukaan Haartmanin sairaalassa kaikilla hoitotyöntekijöillä on yhdenmukaiset tiedot käsihygieniasta riippumatta koulutustaustasta.

Suojakäsineitä vastaajat ilmoittivat käyttävänsä haavanhoidon aikana useammat, mutta prosentuaalisesti yhden suojakäsineen käyttäviä vastaajia oli huomattava määrä. Käsihuuhdetta vastaajista suurin osa ilmoitti käyttävänsä aina suojakäsineiden vaihdon yhteydessä, tässäkin prosentuaalisesti huomattava osa vastaajista ilmoitti ettei käytä käsihuuhdetta vaihtaessaan puhtaat suojakäsineet. Suojakäsineiden käytön yhteydessä kädet desinfioidaan käsihuuhdeella, eikä vesipesua tarvita tämä oli vastaajista enemmistön tiedossa. Vastaajat tiesivät, että puhtaat haavat voidaan hoitaa tehdaspuhtailla käsineillä ja vastaajat 100 % vaihtoivat puhtaat käsineet aina potilaskontaktin jälkeen. Monet vastaajat ilmoittivat pesevänsä kädet myös aina hoitotoimenpiteiden suorittamisen jälkeen. Vastaajista osa ilmoitti käsineiden aiheuttavan ihon kuivumista ja verrattaessa aiempiin tutkimustuloksiin yleisin iho-oireiden aiheuttaja on liiallinen käsien saippua pesu (Syrjälä ym. 2010, Hupli ym. 2007). Verrattaessa vastauksia puolet vastaajista joilla oli ihon kuivumista ilmoittivat pesevänsä kädet aina vedellä ja saippualla myös käsineiden käytön yhteydessä. Joten tässä voidaan osoittaa selvä yhteys näiden välillä.

Eri työvaiheiden välillä käsineiden vaihto ja käsien desinfektointi prosentuaalisesti toteutui vastausten mukaan siinä määrin puutteellisesti, että suojakäsineiden oikeaoppiseen käyttöön tulee kiinnittää enemmän huomiota. Von Schantzin (2005), Iivanaisen ym. (2008) tekemissä tutkimuksissa saatiin samansuuntaisia tuloksia.

Avoimeen kysymykseen jossa tiedusteltiin vastaajien mielipidettä haavanhoitoon liittyvän koulutuksen tarjonnasta ja vastaajilla oli mahdollisuus, myös kertoa omia toiveita tämän kysymyksen kohdalla. Vastaajista suurin osa vastasi haluavansa enemmän sairaalan järjestämää sisäistä koulutusta. Haavanhoitotuote- esittelijöiden koulutus tarjonnasta ei ollut tarkentavia mielipiteitä vaikka vastaajista puolet ilmoitti osallistuneensa myös näihin koulutuksiin. Todennäköisesti vastaajat mielsivät ne myös sairaalan sisäiseksi koulutukseksi. Kuitenkin vertailemalla vastaajien ilmoittamaan saatuun koulutustarjontaan koulutusta on hyvin tarjolla ja kaikilla on mahdollisuus osallistua. Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä osastolla toimivaan haavavastaavaan/ haavayhteyshenkilöön. Useimmat vastaajat ilmaisivat saavansa tarvittaessa apua haavayhteyshenkilöltä ja vastausten perusteella oltiin tyytyväisiä siihen, että osastolla on haavayhteyshenkilö joka voi jakaa tietoa osastolla tarpeen mukaan.

8.2 Kyselyn tulosten luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on yleisesti käytäntönä, etenkin kvantitatiivisessa tutkimuksessa saatujen mittaustulosten toistettavuus eli reliabelius. Tutkimusta tehtäessä on myös tarkistettava tutkimuksen validius eli kyky mitata juuri niitä asioita mitä oli tarkoitettu. Kyselylomakkeen haittana onkin se, että vastaaja ja kyselyn laatija ymmärtävät kysymyksen eri tavalla. Näin on vaarana että vastaaja ei vastaa kysymykseen halutulla tavalla ja kyselyn tulokset vääristyvät. (Hirsijärvi ym. 2009; 231.) Tästä johtuen kyselylomakkeen laadinta olikin haastavaa ja koska opinnäytetyön tekijällä ei ollut mahdollista käyttää valmista lomakepohjaa oli vaikeaa saada muotoiltua kysymykset niin, että vastaajat ymmärsivät ne samalla tavalla kuin opinnäytetyön tekijä on tarkoittanut. Vastauksia saatiin (n=44) 41 % joten aineiston pienuuden vuoksi ei tuloksia voida yleistää. Kyselyn tulokset olivat kuitenkin samansuuntaisia aiempien tutkimusten mukaisesti ja antavat kuvaavaa tietoa haavahoidon asepiisesta toteutumisesta Haartmanin sairaalan vuodeosastoilla. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa vastauslaatikkoon ja vastaajien henkilöllisyys ei tullut ilmi missään vaiheessa joten anonymiteetti säilyi koko kyselyn ajan.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kyselyyn vastaaminen oli hoitajille vapaaehtoista ja näin noudatti hyvää eettistä tutkimuskäytäntöä. Tutkimuslupa haettiin Helsingin kaupungin Tutkimus ja koordinoitutyöryhmältä noudattaen Helsingin kaupungin yleisiä ohjeita tutkimusluvan hakemisesta. Tutkimusluvan saatua

opinnäytetyön toteutus eteni suunnitelman mukaisesti ja opinnäytetyön tekijä tutustui Helsingin kaupungin ja Etenen tutkimuseettisiin ohjeisiin ja ne otettiin huomioon opinnäytetyötä tehtäessä kaikissa vaiheissa.

8.4 Päätelmät ja kehittämisehdotukset

Haavanhoito on hoitoyöntekijöiden keskuudessa hyvin yleinen puheen aihe ja siitä on jokaisella hoitajalla omanlainen näkemys. Tämä luo sairaaloille haastetta haavanhoidon yhtenäistämässä ja haavanhoidon ohjeiden laadinnassa. Perehtyessäni aiheeseen huomasin kuinka kaikki tutkimukset olivat saaneet melko samansuuntaisia tuloksia aseptisen haavanhoidon toteutumisesta ja sen puutteista. Kiinnostuin kuinka yleisiä käytännössä tutkimuksissa osoitetut puutteet haavanhoitoa tehtäessä ovat ja näin otin yhteyttä Haartmanin sairaalaan hygieniahoitajaan. Hygieniahoitaja ohjasi ottamaan yhteyttä sairaalan ylihoitajaan joka kertoi haavatyöryhmän kiinnostuksesta teettää kartoitus opinnäytetyön muodossa päivystystä tukeville vuodeosastoille. Opinnäytetyön tekemisen aloitin keväällä 2011 etsimällä aiheesta tehtyjä tutkimuksia, sekä perehtymällä aihetta koskevaan kirjallisuuteen. Kyselylomake tietojen keruu menetelmänä oli tämän tyyppisessä kartoituksessa hyvin toimiva menetelmä. Kysymykset oli pyritty laatimaan, niin että hoitajien oma näkemys tulisi esiin. Kyselylomakkeen kysymykset olisi voinut joidenkin kysymysten kohdalla muotoilla hieman toisin, osassa kysymyksiä vastaaja ymmärsi eri tavalla sen mitä lomakkeen laatija oli tarkoittanut.

Kartoituksen tulosten perusteella voidaan todeta Haartmanin sairaalassa työskentelevien hoitajien olevan hyvin perillä aseptisistä työskentelytavoista tehdessään haavanhoitoa, sekä noudattavan hyvää käsihygieniaa. Haavanhoitoa toteutettaessa käsihygienia on tärkein asia jota tulee noudattaa, samoin kuin suojakäsineiden oikeaoppinen käyttö. Hupli ym. (2007) tekemän tutkimuksen mukaan käsihygienian toteuttamista hallitsee edelleen monet itsepintaiset uskomukset ja väärinymmärrykset. Käsihygieniaa koskevat koulutukset ja ohjeistukset ovat erittäin oleellisia ja niiden avulla saadaan henkilökunta noudattamaan hyvää käsihygieniakäytäntöä. Tekemäni kartoituksen mukaan käsihuuhdetta käytettiin hyvin, mutta käsineiden vaihto haavanhoidon eri vaiheiden välillä on puutteellista. Suurin osa hoitajista käyttää useammat käsineet, mutta prosentuaalisesti (27 %) vastaajista hoitaa samoilla käsineillä koko haavanhoidon eri vaiheet. Suojakäsineiden vaihtoon ja myös käsihuuhteen käyttöön suojakäsineiden vaihdon välillä tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Koulutuksissa ja osastotunneilla käsihygieniasta puhuttaessa olisikin hyvä muistuttaa myös suojakäsineiden vaihdosta siirryttäessä työvaiheesta toiseen, sekä käsihuuhteen käytöstä aina vaihdettaessa uudet puhtaat suojakäsineet.

Haavanhoidon ajankohdasta siivouksen jälkeen oli melkoisesti eri mielipiteitä vastaajien kesken. Tästä on myös tutkijoiden (Iivanainen 2008. Karhumäki 2009. Syrjälä ym. 2010) mukaan

eri näkemyksiä. Keskustellessani laitoshuollon edustajan kanssa hän toi esiin näkemyksen jonka mukaan nykyiset siivousvälineet ovat niin tehokkaita, ettei pölyä jää leijumaan ilmaan juuri ollenkaan siivouksen jälkeen. Tässä olisikin hyvä tutkimusaihe selvittää kuinka asianlaita on tällä hetkellä. Kuitenkin kirjallisuuden mukaan haavanhoito suoritetaan mielellään ennen siivousta, mutta joskus on siivous suoritettava ennen hoitotoimenpiteitä ja silloin tulisi odottaa kaksi tuntia ennen kuin haavanhoidon voi suorittaa turvallisesti. Analysoidessani kysymyksiä huomasin kuinka kysymyksessä millaisia suojakäsineitä ”puhtaita haavoja hoidettaessa käytän” vastaajat olivat käsittäneet kysymyksen selvästi eritavalla kuin opinnäytetyöntekijä oli tarkoittanut. Puhtaalla haavalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan, ei infektoitunutta haavaa jonka hoitoon käytetään tehdaspuhtaita suojakäsineitä. Steriilejä suojakäsineitä tarvitaan ainoastaan leikkaushaavan hoitamiseen ensimmäisen siteenvaihdon yhteydessä. Haavanhoitotarvikkeet vaihtuvat melko usein joten haavanhoito-ohjeet joudutaan päivittämään aina tarvittaessa. Hyvään potilashoittoon kuuluukin, että sairaalassa on kirjalliset haavanhoito-ohjeet joita kaikki voivat noudattaa ja näin taataan laadukas haavanhoito kaikille sitä tarvitseville. Haartmanin sairaalassa Haavatyöryhmä onkin laatinut yhtenäiset haavanhoito-ohjeet osastoille.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen syventänyt huomattavasti omaa tietoperustaa haavanhoidosta ja aseptiikasta. Kyselyn tuloksia analysoidessani huomasin kuinka mielenkiintoista on saada tietää minkä suuntaisia vastauksia on saatu. Koin opinnäytetyön tekemisen mielekkääksi ja toivon tämän opinnäytetyön auttavan Haavatyöryhmää kehittäessään haavanhoitokäytänteitä Haartmanin sairaalassa. Opinnäytetyön tekeminen kehitti myös tietoutta siitä kuinka hakea tietoa asioista ja millaista tutkimustyötä asiasta tehdään ja on tehty. Tämä on myös kehittänyt kykyäni ajatella asioita analyttisesti eri näkökulmista ja tästä on varmasti paljon hyötyä työssäni.

Opinnäytetyön aiheesta ensimmäinen palaveri pidettiin maaliskuussa, jossa paikalla olivat ylihoitaja Eeva Rikkilä-Kettunen, sairaanhoitaja Mila Manninen, sekä opinnäytetyön tekijä sairaanhoitajaopiskelija Jaana Mälkiä. Palaverissa sovittiin, että opinnäytetyön ohjaajana Haartmanin sairaalasta toimisi sairaanhoitaja Mila Manninen, joka antaisi ohjauksen käytännön näkökulmasta teoreettisen sisällön osalta, sekä keskustelujen kautta. Koulun puolesta opinnäytetyön ohjaajina toimivat Lehtorit Irma Latvala ja Maija-Leena Kukkonen. Tiedonhankinnassa avusti myös sairaalan hygieniahoitaja Hanne Wiik. Kiitän heitä ja kaikkia muita minua opinnoissani kannustaneita!

Lähteet

- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. 4. Uudistettu painos. Gummerus. Jyväskylä.
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja teos, ilmaisu, tekeminen. Akatiimi Hamina.
- Eronen, P., Kinnunen, P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidaja nro 11. Vol 82.
- Gunningberg, L. 2004. Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures. *International Journal of Nursing Practice* 11.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, I., Juutilainen, V. 2005. Haava. WSOY. Porvoo.
- Hietanen, H. 2007. Haavasidosten valinnasta. *Haavalehti* 2. 10. Vuosikerta.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Kariston Kirjapaino Oy Hämeenlinna:.
- Hupli, M., Routamaa, M. 2007. Käsihygienian hoitotyössä. Tutkimus artikkeli. *Suomen Lääkärilehti*. Nro 24. vsk. 62.
- Iivanainen, A. 2010. Sanoista tekoihin- Käytännön haavahoito. *Haavalehti* 2. 13. Vuosikerta.
- Iivanainen A., Skarp E., Alahuhta M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavahoidossa. *Haavalehti* 4. 11. Vuosikerta.
- Jonsson, A., Karhumäki, E., Saros, M. 2005. Mikrobit hoitotyön haasteena. Edita kustannus. Helsinki.
- Juutilainen, V. 2009. Osastonlääkäri, HUS Töölönsairaala, plastikkakirurgian klinikka. Haavahoito-opas. Mölnlycke Healthcare. Helsinki.
- Juutilainen, V., Niemi, T. 2007. Uusia välineitä ja ajatuksia haavanhoitoon. *Duodecim* 123(8).
- Jyrkkämäki, T. 2006. Käsihuuhteen kulutuksen seuraaminen Loviisan seudun terveyskeskuksen vuodeosastoilla. *Suomen sairaalahygienia lehti*. Nro 24.
- Kainulainen, K. 2010. Levitätkö mikrobeja, tartutanko tauteja, käsien merkitys laitosisfektioiden torjunnassa. *Suomen Sairaalahygienialehti*. Nro 28.
- Karhumäki, E., Jonsson, A., Saros, M. 2009. Mikrobit hoitotyön haasteena. 2. uud. p. Edita kustannus. Helsinki.
- Laine, J. 2007. Moniresistentit bakteerit ja haava. *Haavalehti* 2. 10. Vuosikerta.
- Larson, E., Quiros, D., Lin, S. 2007. Dissemination of the CHD's Hand Hygiene Guideline and impact of infection rates. *American journal of Infection control*. Nro 35.
- Meurman, O. 2007. Tutkimuskäsineiden suojateho. *Sairaalahygienia lehti*. nro 25.
- Moore, Z., Price, P. 2004. Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing* 13.
- Pancorbo-Hidalgo, P., García-Fernández, P., López-Medina, I. M., López-Ortega J. 2007. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 58.

Papp,A., Härmä,M. Haavan hoito. 2005. Teoksessa Hellsten,S. (toim.). Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. Uud. P. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Pentti,M. 2009. 5 virhettä käsihuuhteen käytössä. Suomen Sairaalahygienia lehti. Nro 27.

Rantala,A., Wiik,H. 2005. Haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Hellsten,S. (toim.). Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. Uud. P. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Routamaa, M., Ratia,M. 2010. Työ- ja suojavaatetus sekä suojaimet. Teoksessa Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Anttila, V-J., Hellsten,S., Rantala,A., Routamaa,M., Syrjälä,H., Vuento,R. (toim.) 6. Painos. WS Bookwell. Porvoo.

Syrjälä,H., Teirilä,I., Kujala,P., Ojajärvi,P. 2005. Käsihygienia. Teoksessa Infektioiden torjunta sairaalassa. Hellsten, S. (toim.) 5. uud. p. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Syrjälä,H., Teirilä,I. 2010. Käsihygienia. Teoksessa Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Anttila, V-J., Hellsten,S., Rantala,A., Routamaa,M., Syrjälä,H., Vuento,R. (toim.) 6. Painos. WS Bookwell. Porvoo.

Von Schantz, M. 2005. Sairaalainfektioiden torjunta hoitotyön toimintona. Tutkielma. Turun yliopisto. Painosalama. Turku.

Valli,R. 2007. Kyselytutkimus. Teoksessa Aaltola,J. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 2. Korjattu ja täydennetty painos. WS Bookwell Oy. Juva

Elektroniset lähteet:

Etene. 2011. Tutkimus eettiset ohjeet terveydenhuotoalalla. [www-sivusto].
<http://www.etene.fi/fi/haku/tulokset?q=tutkimuseettiset+ohjeet> (Viitattu 11.10.2011).

Helsingin kaupunki. Haartmanin sairaala. 2010. [www-sivusto].
http://www.hel.fi/wps/portal/Terveyskeskus/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/terke/fi/Toimipiteet+ja+yhteystiedot/Kaupunginsairaalan+yhteystiedot/Haartmanin+sairaala+ja+p_ivystys (Viitattu 18.3.2011).

Helsingin kaupunki. Terveyskeskus. Haartmanin sairaala. 2011. [www-sivusto].
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Hankkeet/Haartmanin+sairaala> (Viitattu 30.3.2011).

Helsinki Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Käsihygienia ohje. 2006. [www-sivusto].
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,708,867,4396,15638> (Viitattu 30.3.2011).

Jokinen, J J., Sipponen, A., Lohi, J., Salo, H. 2009. Haavanhoidon uusia ja vanhoja tuulia. Suomen Lääkärilehti 24/2009 vsk 64. [pdf-tiedosto].
<<http://nelli.laurea.fi:2254/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL242009-2187.pdf>>. (Viitattu 30.04.2011).

Käypähoito suositus. 2007. Krooninen alaraajahaava. Haavan paikallishoito. [www-sivusto].
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50058?hakusana=haavaanhoi> (Viitattu 12.4.2011).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [www-sivusto].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (Viitattu 4.4.2011).

Suomen haavahoitoyhdistys. 2006. Helpperi A. Avoimen haavan väriluokitus. [PDF-Dokumentti].
http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/helpperi_a.pdf (Viitattu 10.4.2011).

Terveyskirjasto. Duodecim. 2011. Aseptiikka. Aseptinen. [www-sivusto].
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00289&p_haku=aseptinen
(Viitattu 31.3.2011).

Transmeri Oy. Käsihuhde. 2010. [pdf-dokumentti].
<http://www.transmeri.com/files/977/Kasihuhde.pdf> (Viitattu 4.4.2011).

Koli, E. 2011.VSSH. Tietoa ammattilaiselle. Haavahoito-opas.TYKS. Haavahoitotyöryhmä.
[PDF-Dokumentti].
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/7056/53842/> (Viitattu 9.4.2011).

Kirjoittamattomat lähteet:

Hietanen,H. Haavahoito luento. 5.4.2011. Laurea- ammattikorkeakoulu. Porvoo.

Opinnäytetyöntekijän keskustelut sairaanhoitaja Mila Mannisen kanssa, sekä Haartmanin sairaalan osastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan kanssa.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Ympyröi sopiva vaihtoehto

1. Ikä

1. 18-35.v 2. 36-45v. 3. 46-55v. 4. 56-65v.

2. Koulutus

1. Perushoitaja/Lähihoitaja 2. Sairaanhoitaja
3. Sh-opiskelija 4. Lh-opiskelija

3. Työkokemus alalta

1. alle 1 vuosi 2. 1-5 vuotta 3. 6-10 vuotta
4. 11-15 vuotta 5. 16-20 vuotta 6. yli 20 vuotta

4. Ammatillinen lisäkoulutus haavanhoidosta viimeisen viiden vuoden ajalta

(Voit valita myös useamman vaihtoehdon)

1. Sairaalan järjestämät haavanhoitokoulutukset
2. Suomen haavanhoitoyhdistyksen koulutukset
3. Avoimen AMK:n haavanhoitokoulutukset
4. Haavanhoitotuoteyritysten järjestämät koulutukset
5. Ei mitään
6. Muu, mikä? _____

5. Kuinka usein hoidat haavoja työssäsi?

1. Päivittäin 2. Viikoittain 3. Kuukausittain
4. Satunnaisesti 5. Muuten, miten? _____

6. Millaisia haavoja hoidat työssäsi

1. Painehaavaumia/ säärihaavoja 2. Kirurgisia haavoja
3. Väkivallan aiheuttamia haavoja 4. Muita, mitä? _____

Seuraavat kohdat liittyvät aseptiikkaan haavanhoitoa tehtäessä. Valitse mielestäsi oikea vaihtoehto.

7. Haavasta poistetut käytetyt sidokset voi laittaa

1. Väliaikaisesti vuodepöydälle
2. Suoraan roskeen
3. Lattialle

8. Haavanhoidossa käytetyt instrumentit vaihdetaan

1. Kerran viikossa
2. Kun niissä on näkyvää likaa
3. Joka haavanhoidon jälkeen

9. Siivouksen jälkeen haavanhoito suoritetaan aikaisintaan

1. Puolen tunnin kuluttua siivouksesta
2. Tunnin kuluttua siivouksesta
3. Kahden tunnin kuluttua siivouksesta

10. Aseptinen työskentelytapa haavaa hoidettaessa tarkoittaa seuraavaa

1. Haavanhoitoa suoritetaan missä järjestyksessä tahansa
2. Aloitetaan puhtaasta ja siirrytään likaiseen
3. Aloitetaan likaisesta ja siirrytään puhtaaseen

11. Kesken haavanhoidon lisää tarvikkeita haettaessa

1. Haavan voi jättää avoimeksi
2. Haava suojataan puhtaalla sidoksella
3. Käytetyt sidokset sopivat suojaksi

Seuraavat kohdat koskevat käsihuuhteen käyttöä. Valitse mielestäsi oikea vaihtoehto.

12. Otan käsihuuhdetta aina

1. Yhden painalluksen n. 2 ml
2. Kaksi painallusta n. 4 ml
3. En käytä huuhdetta ollenkaan

13. Pesen kädet vedellä ja saippualla

1. Aina kun olen koskettanut potilasta
2. En pese koskaan vedellä ja saippualla käsiäni
3. Hoitaessani ripuli potilaita

14. Käsihuhteen käytön jälkeen

1. Odotan, että kädet ovat kuivuneet
2. Kuivaan ylimääräisen huuhteen pois paperilla
3. Heiluttelen käsiä ilmassa nopeuttaakseni kuivumista

15. Osastolla käsihuuhdepullot ovat sijoitettu

1. Helposti saataville
2. Minulla on taskussa oma pullo
3. Käsihuuhdetta ei ole ollenkaan

16. Käsihuuhde soveltuu myös

1. Erite tahrojen pois pyyhkimiseen
2. Välineiden desinfektioon
3. Ainoastaan käsien desinfiointiin

Seuraavat kohdat liittyvät suojakäsineiden käyttöön. Valitse mielestäsi oikea vaihtoehto.

17. Haavaa hoitaessani käytän

1. Yhden suojakäsineet
2. Useammat suojakäsineet
3. En käytä käsineitä ollenkaan

18. Vaihtaessani uudet puhtaat suojakäsineet

1. Desinfioin aina kädet välissä
2. Desinfioin joskus kädet välissä
3. En desinfioi ollenkaan

19. Käytettäessä suojakäsineitä

1. Käsien desinfiointia ei tarvita ollenkaan
2. Kädet desinfioidaan käsihuhteella
3. Kädet pestään vedellä ja saippualla

20. Puhtaita haavoja hoitaessani käytän

1. Tehdaspuhtaita suojakäsineitä
2. Steriilejä suojakäsineitä
3. En tarvitse suojakäsineitä ollenkaan

21. Potilailla ei ole tiedossa olevia tarttuvia mikrobeja, silloin

1. Kaikki samassa huoneessa olevat potilaat voi hoitaa samoilla käsineillä
2. Käsineet voi desinfioida potilaskontaktin välissä
3. Potilaskontaktin jälkeen vaihdetaan aina puhtaat suojakäsineet

22. Aiheuttavatko suojakäsineet sinulle iho-ongelmia

1. Ihottumaa
2. Käsien kuivumista
3. Ei mitään oireita

23. Onko haavanhoitoon liittyvää koulutusta mielestäsi tarpeeksi tarjolla?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 2. Saatekirjelmä

HYVÄ HOITAJA!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Porvoon Laurea- Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyönäni kartoituksen aseptiikan toteutumisesta haavahoidoissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Haartmanin sairaalassa vuodeosastojen hoitajien aseptista toimintaa haavoja hoitaessaan, sekä käsihygienian toteutumista. Tavoitteena on saada yleisnäkemys siitä miten hoitohenkilökunta noudattaa käsihygieniaa ja aseptiikkaa haavanhoitoa tehdessään.

Kerään aineistoa oheisen kyselylomakkeen avulla ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta kattavan aineiston saamiseksi toivoisin mahdollisimman monen vastaavan. Vastaukset käsittelen luottamuksellisesti ja ne tulevat ainoastaan minun käyttööni opinnäytetyötä varten. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja analysoituani aineiston kerätyt lomakkeet hävitetään.

Täytetyt kyselylomakkeet voitte jättää suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan vastauslaatikkoon 15.9.2011 mennessä.

KIITOS VASTAUKSISTA!

Jaana Mälkiä
Sairaanhoitajaopiskelija
Laurea AMK, Porvoo
jaana.malkia@laurea.fi

Ohjaava opettaja
Lehtori Irma Latvala
irma.latvala@laurea.fi
Laurea AMK, Porvoo

Liite 3. Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Terveyskeskus

TUTKIMUS / KEHITTÄMISHANKKEEN LUPAPÄÄTÖS

Hakijan nimi ja osoite
 Jaana Malkiä
 jaana.malkia@laurea.fi

Diaarinumero 11-450/054
Tutkimuksen/kehittämishankkeen nimi Hoitajien aseellinen toiminta haavahoidossa (AMK-opinnäytetyö)

- Myönnän luvan tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa ilmenevin ehdoin
- Myönnän samalla luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä tutkimuslupahakemuksen mukaisesti
- En myönnä tutkimuslupaa tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän lausunnossa esitetyin perustein
- Lisäehdot liitteenä Perustelut liitteenä Liitteenä sairaala-apteekin tiedote

Lisäehdot ja lisäperustelut

Terveyskeskukselle aiheutuvat kustannukset saavat olla:

- hakemuksen mukaiset
- muut, mitkä:
- kustannuksista tehdään sopimus

PÄÄTTÄJÄ

TOIMITUS- JOHTAJA	Päivämäärä	Pykälä	Allekirjoitus ja nimenselvennys
	7.6.2011	2072 §, liitteet 1-4	 Matti Toivola

Liitteet

Päätöksen jakelu:

- Tutkija(t) / hakija(t)

- Terveyskeskuksen yksiköt:

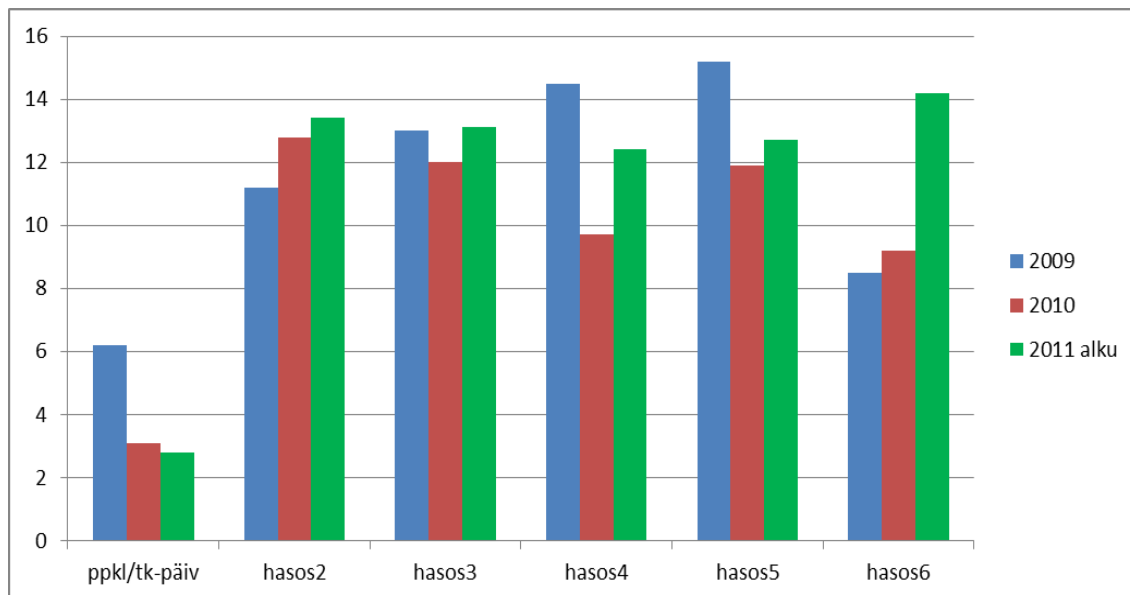
Kausa/johdajalääkäri, ylihoitaja Eeva Rikkilä-Kettunen

- Tietohallintoyksikkö
- Sairaala-apteekki
- Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä
- Muut

- Oikaisuvaatimusohjeet

Liite 4. Käsihuuhdekulutus

Käsihuuhdekulutus Haartmanin sairaala 2009-2011



Käyttökerrat/potilas/vrk

Tavoite 40 käyttökertaa/potilas/vrk