



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilastyytyväisyys alipaineimuhoidon hoitoprosessiin ja kotihoitoon

Miettinen, Camilla
Siitonen, Emmi

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Potilastyytyväisyys alipaineimuhoidon hoitoprosessiin ja kotihoitoon

Miettinen Camilla ja Siitonen Emmi
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Miettinen Camilla ja Siitonen Emmi

Potilastyytyväisyys alipaineimuhoiton hoitoprosessiin ja kotihoitoon

Vuosi

2018

Sivumäärä

37

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi alipaineimuhoidon vastaanottavat potilaat kokevat alipaineimuhoiton toteutuksen osastohoidossa, haavapoliklinikalla, terveyskeskuksissa sekä potilaiden kotona. Tarkoituksena oli myös selvittää potilaiden kokemus alipaineimuhoiton hoitoketjun toimivuudesta, sekä selvittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisten siirtymisten toimivuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa potilaiden näkökulmasta alipaineimuhoiton hoitoprosessin toimivuudesta ja saadun tiedon perusteella kartoittaa hoitoprosessin kehittämiskohtia. Opinnäytetyö toimeksiantaja oli erään sairaalan kirurginen vuodeosasto. Potilastyytyväisyyttä koskevia kyselylomakkeita jaettiin myös sairaalan haavapoliklinikalle sekä alueen terveyskeskuksiin haavahoitajille.

Teoreettisen viitekehyksen muodostivat yleinen tieto haavoista, haavan alipaineimuhoidon, alipaineimuhoiton hoitoprosessi, laadukas hoito, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilastyytyväisyys sekä potilasohjaus. Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä käytettiin sekä määrällisiä, että laadullisia menetelmiä. Tietoa potilastyytyväisyydestä hoitoprosessiin ja kotihoitoon kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeiden vastauksista saatu tieto koottiin käyttämällä apuna Excel-taulukkolaskentaohjelmaa ja laadullisista kysymyksistä tehtiin sisällön kuvaus.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat kyselyyn vastanneiden potilaiden olleen pääosin tyytyväisiä alipaineimuhoiton toteutukseen ja kotihoitoon. Potilaat kokevat tiedon saannin ja ohjauksen pääosin riittäväksi ja osittain riittäväksi alipaineimuhoiton toteutuksen eri vaiheissa, siirtymisvaiheessa toimipisteestä toiseen sekä kotiutumisvaiheessa. Vastausten perusteella kyselylomakkeeseen vastanneet ovat tienneet, miten ongelmatilanteessa tulee toimia tai mistä saavat apua kohdatessaan ongelmia. Kehittämisehdotuksia ei tullut liittyen hoitoprosessiin tai tiedon ja ohjauksen saantiin. Tulokset kuvaavat hyvin kyselyyn vastanneiden tyytyväisyyttä, mutta niitä ei voida yleistää koskemaan kaikkien alueen alipaineimuhoidon saavien potilaiden tyytyväisyyttä hoitoprosessiin.

Työssä onnistuttiin kuvaamaan hyvin potilaiden tyytyväisyyttä hoitoprosessin eri vaiheisiin ja tiedon ja ohjauksen saantiin, mutta kysely ei tuonut esille kehitettäviä asioita prosessista. Pieni vastausprosentti sekä kyselylomakkeen heikkoudet heikensivät validiteettia.

Tulevaisuudessa voitaisiin muokata kyselylomaketta vastaamaan paremmin siihen, millaisia ongelmia hoitoprosessissa esiintyy, sekä toteuttaa kysely pidemmällä vastausajalla, jotta vastausprosentti saataisiin suuremmaksi. Myös haastattelu kyselylomakkeen sijasta saattaisi tuoda paremmin esiin potilaiden kohtaamia ongelmia ja vaikeuksia hoitoprosessissa.

Asiasanat: Alipaineimuhoidon, Haavanhoito, Potilastyytyväisyys

Miettinen Camilla and Siitonen Emmi

Patient satisfaction on the treatment process and out-patient care of negative pressure wound therapy

Year	2018	Pages	37
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's thesis was to find out how the patients who receive negative pressure wound therapy experience the implementation of negative pressure wound therapy at in-patient ward, wound policlinic, health centres and at their homes. The purpose was also to find out the patients' experiences about the functionality of the negative pressure wound therapy treatment process and to find out the functionality between primary and specialised health care. The aim of the thesis was to obtain information from the patient perspective about the functionality of the treatment process and to chart the development needs of the treatment process on the basis of the received information. The commissioner was a surgical in-patient ward of a hospital. The inquiry forms concerning the patient experience were also distributed to the wound policlinic of the hospital and among the wound nurses in the health centres of the area.

The theoretical framework of the thesis was formed of common information about wounds, negative pressure wound therapy, treatment process of negative pressure wound therapy, quality of care, law on the patient status and rights, patient satisfaction and patient guidance. This thesis is a study and quantitative and qualitative examinations were used. Data of patient satisfaction of the treatment process and outpatient treatment was assembled with semi-structured inquiry form. The data that was received by the inquiry forms was collected by using Excel spreadsheet program. Content description was made of qualitative questions.

The results of this thesis indicate that the patients who filled the inquiry form were mainly satisfied with the implementation of the negative pressure wound therapy and the outpatient treatment. The patients experience that the supply of information and patient instructions were mainly sufficient and partially sufficient at different stages of the implementation of negative pressure wound therapy, in transition between treatment units and when discharged home with the device. According to the results the patients who filled the inquiry form have known what to do in a problem situation and where to get help when there is a problem. Improvement proposals related to the treatment process or the supply of information and patient instructions were not given. The results describe well the patient satisfaction of those who answered the inquiry, but the results cannot be generalized to concern the satisfaction with the treatment process of all the patients who receive negative pressure wound therapy at the area.

This thesis succeeded in describing the patient satisfaction at different stages of the treatment process and the supply of information and patient instructions, but the inquiry did not bring out any improvement proposals about the process. Small percentage of answers along with the inquiry forms faults weakened the validity.

In the future the inquiry forms could be re-written to give better answers as to what kind of problems the treatment process retains. The inquiry could also be executed with a longer response time so the number of answers would be higher. An interview instead of an inquiry form could also bring out the problems and difficulties in the treatment process better.

Keywords: Negative pressure wound therapy, Wound care, Patient satisfaction

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Laadukas haavanhoito	7
2.1	Yleistä haavoista	7
2.2	Haavan alipaineimuhoidon hoitoprosessi	9
2.3	Alipaineimuhoidon hoitoprosessi	10
2.4	Hoitoprosessi tilaajan osastolla.....	11
2.5	Laadukas hoito.....	12
2.6	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	13
2.7	Potilastyytyväisyys	14
2.8	Potilasohjaus	14
2.9	Aikaisemmat tutkimukset.....	15
3	Opinnäytetyön menetelmät	16
3.1	Tutkimusmenetelmät	16
3.1.1	Kvantitatiivinen tutkimus.....	17
3.1.2	Kvalitatiivinen tutkimus.....	17
3.2	Kyselylomake tutkimuksessa	18
3.3	Analysimenetelmät	20
4	Opinnäytetyön tulokset	21
4.1	Tyytyväisyys tietoon ja ohjaukseen.....	21
4.2	Tyytyväisyys kotona tapahtuvaan hoitoon sidostenvaihtojen välillä.....	23
4.3	Tyytyväisyys hoitoprosessiin.....	24
4.4	Yksilön kohtaamat ongelmat alipaineimuhoidon prosessin aikana	25
5	Pohdinta	26
5.1	Tutkimusetiikka ja tutkimuksen luotettavuus.....	27
5.2	Kehittämissuhteet	29
	Lähteet	30
	Liitteet.....	33

1 Johdanto

Alipainehoitoa on käytetty haavan hoidon osana vaihtelevalla menestyksellä 1940-luvulta lähtien. Alipaineimuhoidolaitetta kehitettiin Yhdysvalloissa ja Saksassa 1990-luvun alkupuolella, hoitomenetelmänä se yleistyi varsin nopeasti erilaisten kroonisten ja akuuttien haavojen hoidossa. Ensimmäiset alipaineimulaitteet tulivat Suomeen vuonna 2004, jolloin hoidot aloitettiin Oulussa. (Nurminen 2016.) Alipaineimuhoidon perustuu tasaisesti haavan pinnalle jakautuvasta paikallisesta alipaineesta. Lähes kaikenlaisten kroonisten ja akuuttien haavojen hoitoon on suositeltu alipaineimuhoidon käyttöä. (Juutilainen, Vikatmaa, Kuukasjärvi & Malmivaara 2007, 3169-3170.)

Opinnäytetyön toimeksiantajalla oli toiveena saada kartoitettua potilastyytyväisyyttä liittyen alipaineimuhoidon hoitoprosessiin. Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden mielenkiinnon sekä kohdeyksikön tarpeiden mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla potilaiden tyytyväisyyttä alipaineimuhoidon hoitoprosessiin ja kotihoitoon. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli erään sairaalan kirurginen vuodeosasto. Potilastyytyväisyyttä koskevia kyselylomakkeita jaettiin myös sairaalan haavapoliklinikalle sekä alueen terveyskeskuksiin haavahoitajille.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaiseksi alipaineimuhoidon vastaanottavat potilaat kokevat alipaineimuhoidon toteutuksen osastohoidossa, haavapoliklinikalla, terveyskeskuksissa sekä potilaiden kotona. Tarkoituksena on myös selvittää potilaiden kokemus alipaineimuhoidon hoitoketjun toimivuudesta, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisten siirtymisten toimivuudesta. Opinnäytetyössä selvitetään potilastyytyväisyyttä alipaineimuhoidon toteutukseen, potilaiden kokemuksia alipaineimuhoidosta, hoitoketjun toimivuudesta, sekä selvitetään parannusehdotuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilaiden näkökulmasta alipaineimuhoidon hoitoprosessin toimivuudesta ja saadun tiedon perusteella kartoittaa hoitoprosessin kehittämiskohtia.

2 Laadukas haavanhoito

Haavalla tarkoitetaan eheän ihon tai ihonalaisten kudoksien rikkoutumista. Haavat syntyvät sisäisen sairauden tai ulkoisen tekijän seurauksena. Haavat voivat sijaintinsa ja syvyytensä mukaan ulottua luuhun, lihakseen, ihonalaiseen rasvaan, verisuoni- ja hermorakenteisiin sekä erilaisiin sisäelimiin. Akuutit haavat ovat tapaturmista aiheutuvia haavoja ja niitä on monenlaisia riippuen koostaan, sijainnistaan sekä vammamekanismistaan. Krooniset haavat ovat vaikeasti sekä pitkäkestoisia hoidettavia. (Juutilainen & Hietanen 2012.)

Lääketieteellisten seikkojen lisäksi tulee myös huomioida taloudelliset ja psykososiaaliset tekijät yksilön sekä yhteiskunnan näkökulmasta, haavojen aiheuttaman haitan arvioimisessa. Ylipainoisuuden ja diabeteksen lisääntyminen sekä väestön ikääntyminen ovat tärkeimpiä syitä siihen, että tulevaisuudessa lisääntyy kroonisten haavojen määrä. Jonkinasteista haittaa liittyy kaikkiin haavoihin, haitta voi olla esimerkiksi kipu, esteettinen haitta, toimintavajaus, psykososiaalinen tai taloudellinen haitta. Haava voi pahimmillaan uhata potilaan raajaa, terveydentilaa tai henkeä. Jos haavan hoito pitkittyy tai paraneminen ei edisty, etenkin tällöin haava voi aiheuttaa kantajalleen masennusta ja ahdistusta. (Juutilainen & Hietanen 2013, 12-13.)

2.1 Yleistä haavoista

Haavan paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat haavan puhtaus, haavan sijainti, haavan koko ja haavatyyppe. Haavan paraneminen tapahtuu ihon solujen kasvaessa yli vaurioituneen alueen. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.) Stressi ja kipu ovat tutkitusti hidastavia tekijöitä haavan paranemisessa. Ihmisen aivot välittävät stressaantuneessa tilassa välittäjäaineita kuten kortisolia, ja se voi johtaa immuunijärjestelmän heikkenemiseen, ja se puolestaan hidastaa haavan paranemista. (Alipaineimuhoidon hukkaan menevä potentiaali 2016.) Potilaan ravitsemustila, perussairaudet, infektiot, turvotus, haava-alueen mekaaninen kuormitus, sekä laskimo- ja valtimoverenkierto ovat huomioon otettavia tekijöitä haavan hoidossa (Juutilainen ym. 2007, 3169).

Hoidon viivästyessä haavan paranemisen todennäköisyys pienenee, joten haavan hoito on aloitettava heti haavan ilmaannuttua tehokkaasti. Hoito tulee kohdistua korjaamaan haavan syytä. Luomalla suostuisa paranemisympäristö, kontaminaatiolta suojaaminen ja haavan puhdistaminen edistävät haavan paranemista ja ne ovat paikallishoidon tavoitteita. (Käypä hoito, Krooninen alaraajahaava 2014.)

Potilaan yleinen terveydentila, perussairaudet ja haava alueen paikalliset tekijät on selvitettävä perusteellisesti. Etenkin yleinen terveydentila vaikuttaa haavan paranemistaipumukseen.

Tämän jälkeen yritetään puuttua niihin kaikkiin tekijöihin, mitkä voivat olla paranemisen esteenä. Haavan tilan muuttuminen ja eri paranemisvaiheet vaikuttavat hoitoon, joiden vuoksi hoitovasteen melko tiivistä seuraamista edellytetään ongelmahaavan hoidossa. (Juutilainen & Niemi 2007.) Haavan paranemista edistävä tärkein toimenpide on haavan puhdistaminen kaikesta vieraasta materiaalista ja kuolleesta kudoksesta. Ensisijaisesti haavan ominaisuuksien mukaan valitaan haavan puhdistamiseen käytettävä menetelmä. Haavan hoidossa tulee seurata puhdistusmenetelmän vaikuttavuutta ja tarvittaessa vaihtaa hoitolinja. (Juutilainen & Niemi 2007.)

Terveystuolitojjärjestelmällemme muodostuvat suurenevat haasteet kroonisten ja akuuttien haavaongelmien myötä. Syinä tähän ovat mm. diabeteksen yleistymisen, väestön ikääntymisen sekä erilaisten leikkaustoimenpiteiden lisääntyminen, sairaamman ja vanhemman väestön piirissä. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan ongelmahaavojen hoitoon, jotta saadaan selvitettyä taustalla olevia sairauksia ja muita tekijöitä ja pystytään hoitamaan niitä. (Juutilainen & Niemi 2007.)

Akuutit haavat ovat ihonalaisten ja ihon kudosten eheyden vauriota, jotka parantuvat normaalisti ajan myötä (Haavanhoito 2013). Tapaturmat, infektiot ja leikkaushoidot ovat akuutteja haavaongelmia. Eitelisaatio eli uudisihon kasvaminen akuutissa pinnallisessa haavassa tapahtuu hyvissä olosuhteissa haavan pohjalta, jos ihon apuelimien epitelisaarekkeita on jäljellä. Pinnallisessa akuutissa haavassa uudisihon kasvamisesta tapahtuu myös haavan reunoilta. Syvemmissä akuuteissa haavoissa uudisihon kasvaminen alkaa reunoilta, kunhan ensin haavapohja granuloi. (Juutilainen & Niemi 2007.)

Kroonisella haavalla tarkoitetaan haavaa joka on ollut avonainen yli neljän viikon ajan. Kuitenkin jos kyseessä on valtimoperäinen haava aikarajana pidetään jo kahta viikkoa. (Krooninen haava 2017.) Diabeetikon jalkahaava, laskimoperäinen säärihaava ja painehaava ovat tavallisimpia kroonisia haavoja (Juutilainen & Niemi 2007). Diabeteksen lisääntyessä ja väestön ikääntyessä esiintyvyys kroonisissa haavoissa lisääntyy koko ajan. Krooninen haava aiheuttaa yksilölle elämänlaadun heikkenemistä huomattavasti, ja niiden hoito huomattavia kustannuksia terveydenhuollolle. (Haavanhoito 2017.)

Haavan infektio voi syntyä, kun alunperin puhdas haava tulehtuu kudonvaurion tai haavaeritteen myötä, tai se voi olla seurausta haavan aiheuttajasta (Juutilainen 2011). Infektoituneen haavan ympäristössä punoitus, turvotus ja kuumotus ovat tavallisia. Haavan erite voi haista ja olla märkäistä. Infektoituneessa haavassa voi kivuliaisuus lisääntyä. Infektoituneen haavan hoitoperiaatteena on poistaa tai vähentää haavassa olevien bakteerien määrää. Infektoituneen haavan toteaminen edellyttää ainakin yhtä selvää kliinistä löydöstä bakteerikasvun li-

säksi, joita ovat turvotus, punoitus, kuumoitus, kipu haavan ympärillä, haavan nopea laajeneminen tai märkäinen haavan erite. (Käypä hoito, Krooninen alaraajahaava 2014.) Haavat joissa on kuollutta kudosta ja joissa on huono paikallinen verenkierto, ovat erityisen suuressa infektioriskissä (Juutilainen & Niemi 2007).

2.2 Haavan alipaineimuhoido

Alipainehoitoa on käytetty haavan hoidon osana vaihtelevalla menestyksellä 1940-luvulta lähtien, lähinnä erilaisten dreerien muodossa. Alipaineimuhoidolaitetta kehitettiin Yhdysvalloissa ja Saksassa 90-luvun alkupuolella, hoitomenetelmänä se yleistyi varsin nopeasti erilaisten kroonisten ja akuuttien haavojen hoidossa. Suomeen ensimmäiset alipaineimulaitteet tulivat vuonna 2004, jolloin hoidot aloitettiin Oulussa, sieltä hoitomuoto levisi koko Suomeen. (Nurminen 2016.) Alipaineimuhoido on ehkä yksi lupaavimmista uusista haavanhoitomenetelmistä kliinisen kokemuksen mukaan (Juutilainen & Niemi 2007).

Alipaineimuhoido perustuu tasaisesti haavan pinnalle jakautuvasta paikallisesta alipaineesta. Erityisellä haavasienellä, jonka materiaalina on polyvinyylialkoholi tai polyuretaani ja ilmatii- viillä kalvolla peitetään avonainen haava. Ohjausyksiköllä säädetään hallitsevaa alipainetta haavan pinnalla, ohjausyksikköön kytketään imuletkuston välityksellä haavasieni. Alipainetta voidaan käyttää joko syklisenä tai jatkuvana, 125 mmHg:n alipainetta käytetään tavallisim- min. Ohjausyksikössä olevaan säiliöön keräytyy haavasta imetty neste. (Juutilainen ym. 2007, 3169-3170.)

Lähes kaikenlaisten kroonisten ja akuuttien haavojen hoitoon on suositeltu alipaineimuhoidoa. Alipaineimuhoidoa voidaan käyttää muun muassa säärihaavojen, painehaavojen, diabeetikon jalkahaavojen, palovammojen, leikkaushaavojen, infektoituneiden haavojen, traumaattisten haavojen, infektoituneen sternum haavan, nekrotisoivan faskiitin, ihonsiirtohaavojen sekä avoimeksi jääneen vatsaontelon parantumisen nopeuttamiseen. (Juutilainen ym. 2007, 3169-3170.)

Alipaineimuhoidon vasta-aiheita ovat kudonkuolio ja merkittävä infektio. Jos haavassa on vuotoriski suositellaan varovaisuutta alipaineimuhoidon aloituksessa. Vatsaontelon elimien päälle tai paljaana olevien verisuonien päälle haavasientä ei saa myöskään laittaa. (Juutilainen ym. 2007, 3169-3170.) Alipaineimuhoidoa ei voida käyttää fistelihaavoihin, joilla on yhteys suolisto- on, syöpähaavoihin, potilaalle jolla on infektio, vaikea vuotohäiriö, merkittävä valtimove- renkierron häiriö, tai potilaalle joka ei ole yhteistyökykyinen. Alipaineimuhoidoa voidaan käyt- tää katteisiin ja nekroottipohjaisiin haavoihin kirurgisen puhdistuksen eli revidoinnin jälkeen. (Vaasan keskussairaala 2014.)

Siteiden vaihtoa suositellaan 1-2 vuorokauden välein riippuen haavan luonteesta, tällöin tulee vaihtaa letkusto, peitinkalvo sekä haavasieni (Juutilainen ym. 2007, 3169-3170). Kuitenkin jos haavan infektioriski on vähäinen, voi sidevaihtoväli kliinisen kokemuksen perusteella olla muutamankin päivän pituinen (Juutilainen 2009). Hoidon pituus voi vaihdella muutamista päivistä kuukausiin, riippuen haavan luonteesta sekä tavoitteesta. Ensisijaisena alipaineimuhoidon tavoitteena on haavan siistiytyminen sekä vitaliteetin paraneminen. (Juutilainen ym. 2007, 3169-3170.)

Alipaineen imuvaikutus ja mekaaninen kudoksen venytys vaikuttavat edistävän granulaatiokudoksen muodostumista sekä haavan seudun verenkiertoa. Haavasta poistuu kuolleita soluja, bakteerimassaa sekä paranemista haittaavia matrix-metalloproteinaaseja haavasta poistuvan nesteen mukana. (Juutilainen 2009.) Alipaineimuhoidon hyötyinä ovat myös haavan koon pieneneminen ja turvotuksen vähentyminen. Kontaminaation riskiä pystytään pienentämään alipaineimuhoidon sidoksella joka suojaa haavaa. (Nurminen 2016.)

Toimintamekanismit alipaineimuhoidon takana edistävät haavojen tehokasta sekä nopeaa parantumista. Alipaineimuhoidolla pystytään vetämään haavan reunoja yhteen ja samalla pienentämään haavaa. Sillä pystytään myös poistamaan tulehduseritettä ja infektiomateriaaleja sekä vähentämään haavan turvotusta. Alipaineimuhoido edistää granulaatiokudoksen sekä perfuusion muodostumista ja vaikuttaa suotuisasti solujen lisääntymiseen sekä fibroblastien migraatioon. Alipaineimuhoidolla voidaan järjestelmällisesti ja hallitusti puhdistaa haavaa paikallisilla haavanpuhdistus liuoksilla, hoitaa infektoitunutta aluetta paikallisella antiseptisellä tai antimikrobisella liuoshuhtelulla sekä parantaa haavaa ja valmistella haavan sulkeutumista tai sulkemista varten. (V.A.C. Ultra-alipaineimuhoidon perustuva haavanhoitojärjestelmä 2013.) Alipaineimuhoido mahdollistaa suojatun sekä suljetun haavanhoitoympäristön (Hoidon tieteellinen tausta 2013).

Alipaineimuhoido vähentää työtä haavanhoitoon liittyen ja kuntouttaa haavaa kliinisen kokemuksen mukaan. Nykyisen tutkimustiedon mukaan alipaineimuhoido on yhtä tehokas kuin nykyaikaiset haavan paikallishoidona käytettävät sidokset tai joissakin tapauksissa tehokkaampi. (Juutilainen & Hietanen 2013, 125.)

2.3 Alipaineimuhoidon hoitoprosessi

Alipaineimuhoido voidaan toteuttaa alkuun erikoissairaanhoidossa, tämän jälkeen perusterveydenhuollon osastolla, terveysasemalla tai potilaan kotona kotisairaanhoidon avuin. Erikoissairaanhoidossa tehdään diagnostiset selvitykset ja perusterveydenhuollossa toteutetaan perustutkimukset. Seuranta ja hoito päätetään hoidon tarpeen ja diagnoosin perusteella yksilöllisesti. (Vaasan keskussairaala 2014.)

Ennen haavan hoidon aloitusta tulee tietää mistä haava on syntynyt. Haavan hoitaminen aloitetaan heti haavan ilmaannuttua tehokkaasti, haavan paraneminen pitkittyy ja paranemisen todennäköisyys vähenee hoidon viivästyessä. Haavan paranemisessa auttaa puhdas haavapinta. Ensisijaisen tärkeää on hoitaa haavan taustalla olevat syyt. Haavan koko tulee mitata jokaisella hoitokerralla ja haavan valokuvaus tulee toteuttaa säännöllisin väliajoin, kuva tulee ottaa aina samasta suunnasta, haavan vieressä tulee olla mitta sekä hyvä valaistus. (Vaasan keskussairaala 2014.)

Alipaineimuhoidon aloitusta edeltäviä tarvittaessa toteutettavia tutkimuksia ja toimenpiteitä ovat bakteerinäytteiden ottaminen haavasta, koepalan ottaminen haavasta, röntgentutkimus, potilaan ravitsemuksen selvittäminen ja tehostaminen tarvittaessa, motivoiminen tupakoinnin lopettamiseen ja lääkityksen tarkistaminen ja optimoiminen. Ennen hoidon aloitusta tarkistetaan myös tarvittavien välineiden, kuten lääkinnällisten sukkien, patjan, erikoiskenkien ja pohjallisten tarpeellisuus. (Vaasan keskussairaala 2014.)

Potilaan jatkohoito siirtyy perusterveydenhuoltoon tarvittavien tutkimuksien tekemisen, hoidon aloituksen ja hoitosuunnitelman tekemisen jälkeen. Haavamateriaalit lähetetään ensimmäisenä kertana mukaan erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuolto vastaa ensimmäisen kerran jälkeen materiaaleista. Erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto ovat yhdessä vastuussa potilaan hoidon toteuttamisesta sekä seurannasta. Myös kotihoidon tarve tulee arvioida ja järjestää, tarvittaessa yhteydenotto jo erikoissairaanhoidosta potilaan kotikuntaan. (Vaasan keskussairaala 2014.)

2.4 Hoitoprosessi tilaajan osastolla

Kohdeyksikön työntekijän kuvailema alipaineimuhoidon hoitoprosessi kohdeyksikössä alkaa lääkärin päätöksestä. Alipaineimuhoidon tavoitteena on saada haava pienemmäksi esimerkiksi sulkua ajatellen, valmistaa pohjaa granuloivaksi ihosiirrettä ajatellen, tai nopeuttaa haavan paranemista ja vähentää infektioriskiä. Opinäytetyön tilaajan osastolla hoidon aloittavat hoitajat lääkärin ohjeiden mukaisesti. Lääkäri päättää imutehon jolla hoito aloitetaan, haavasienien laadun sekä hoitovälin seuraavaan sidosten vaihtoon. Osastolla käytetään osaston omia activac-imulaitteita osastolla tapahtuvaan hoitoon, kotiutumiseen alipaineimuhoidonlaitteen kanssa on omat vuokralaitteet.

Tilaajan osastolla hoidon aloituksen aikaan potilaalle kerrotaan alipaineimuhoidosta, kuinka laitteen kanssa toimitaan osastolla ja kotona, ohjausta annetaan sekä kirjallisena, että suullisena. Osastolla haavanhoidossa potilasta tarvittaessa kipurääkitään ennen haavan puhdistamista.

mista, tarvittaessa haava puhdistetaan mekaanisesti, jonka jälkeen laitetaan sidokset ohjeiden mukaisesti. Alipaineimuhoidolaitteen toimivuutta ja sidosten tiiviyyttä seurataan osastolla aina hoitajan kierron aikana. Potilaita ohjataan ottamaan yhteyttä hoitajaan, jos laitteesta kuuluu hälytysääniä.

Potilaan kotiutuessa tilaajan osastolta vaihdetaan osaston alipaineimuhoidolaitteen tilalle vuokralaite. Laitteet ovat samanlaisia ja niissä käytetään samanlaisia sidoksia kuin osaston laitteissa. Laitteen vuokraajalle ilmoitetaan päivämäärä, laitteen koodinnumero sekä tiedot missä potilaan jatkohoito tapahtuu. Jatkohoitopaikan hoitajalle varataan valmiiksi vaihto aika sidoksille, informoidaan mitä sidoksia vaihtoon tarvitaan, sekä tarvittaessa muuta haavanhoitoon liittyvää tietoa. Jatkohoitopaikan valintaan vaikuttaa haava ja mahdolliset tulevat toimenpiteet, esimerkiksi jos tarvitaan plastiikkakirurgin arviota kontrollikäynnillä on jatkohoitopaikkana kirurgian poliklinikka. Potilaan kotiutuessa mukaan annetaan laitteeseen liittyvät tarvikkeet, kuten latausjohdot, opas laitteen käyttöön ja säilytys salkku tarvikkeille. Osastolta kotiutumisen jälkeen sidostenvaihdos tapahtuu sovitussa jatkohoitopaikassa, jossa hoitoa jatketaan kunnes on päästy tavoiteltuun hoitotulokseen, tai hoito tulee lopettaa jonkin muun syyn takia.

2.5 Laadukas hoito

Laadulla tarkoitetaan yleensä tuotteen tai palvelun kykyä täyttää asiakkaan vaatimukset tai tarpeet, tai toiminnan tuloksen ja tavoitteen vastaamista toisiinsa. Toiminnan ja sen tavoitteiden johtaminen ja suunnittelu, tulosten jatkuva arviointi ja tavoitteisiin vertailu sekä toiminnan parantaminen tavoitteiden saavuttamiseksi ovat laadunhallintaa. (Kuntaliiton verkkojulkaisu 2011.)

Keskeisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun elementtejä ovat asiakaskeskeisyys eli yksilön kunnioitus ja itsemääräämisoikeus peruslähtökohtana palvelun toteuttamisessa, tasa-arvoisuus palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa. Keskeisiä elementtejä ovat myös oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, johon sisältyvät laitteiden, lääkehoito ja hoidon turvallisuus sekä henkilökunnan korkeatasoinen osaaminen, johon liittyy itse toiminnassa tarvittavien taitojen lisäksi taito ihmisen kohtaamiseen, etiikka ja arvot. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on tarkoitus olla vaikuttavia ja lisätä mahdollisimman paljon asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia. (THL 2014.)

Kuntaliiton terveydenhuollon laatuoppaan (2011) laatinut työryhmä on määritellyt hyvän hoidon olevan potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioivaa, yhteisymmärryksessä tapahtuvaa hoitoa. Henkilökunta on ammattitaitoista ja toteuttaa hoidon turvallisesti ja sujuvana prosessina soveltaen hyviin hoitokäytäntöihin tai näyttöön perustuvia menetelmiä. Hoitoon

osallistuvien välillä tiedonkulku ja yhteistyö on saumatonta. Lopputuloksena hyvässä hoidossa on tyytyväinen ja parhaan mahdollisen terveyshyödyn saanut potilas. (Kuntaliiton verkkojulkaisu 2011.)

Asiakaskeskeisyys on yksi palvelujen laadun keskeinen arviointikohde. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan yleensä sitä, että terveydenhuollon toimintojen suunnittelun ja toteutuksen keskeisenä lähtökohtana on asiakkaan hoitopolku organisaatiossa. Asiakas- eli potilaskeskeisyyteen on liitetty useita elementtejä, kuten potilaan kunnioittaminen, hoidon koordinointi ja integrointi, tiedon välittäminen, kommunikointi ja opetus, hoidon jatkuminen, läheisten ottaminen mukaan hoitoon, hoitavan henkilön ominaisuudet, hoidon konteksti sekä hoidon toteutus ja hoidon tulokset. (Gröndahl & Leinokilpi 2013, 5-6.)

Hoito on potilaalle laadukasta, kun potilas saa helposti ja riittävästi tietoa terveysongelmistaan ja niiden hoidosta sekä terveystalvueluista, häntä ohjataan ja tiedotetaan oikeiden palvelujen piiriin. Lain edellyttämässä rajoissa potilas voi itse valita häntä hoitavan laillistetun ammattihenkilön sekä oman hoitopaikkansa ja hän pääsee tarvitsemiinsa tutkimuksiin ja hoitoihin helposti, nopeasti ja ilman turhia viivytyksiä tai päällekkäisiä turhia tutkimuksia. Potilaalla on mahdollisuus ja tarpeeksi tietoa osallistuakseen hoitosuunnitelmansa tekoon ja sen noudattamiseen. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta, jolloin voidaan käyttää jotain muuta lääketieteellisesti hyväksyttyä tapaa terveysongelman hoitoon. (Kuntaliiton verkkojulkaisu 2011.)

Laadukkaaseen hoitoon kuuluu vaikuttavuuden arviointi. Laadukkaan hoidon perimmäinen kriteeri tulisi olla potilaan oma arvio parantumisestaan ja sitä voidaan mitata niin sairausspesifisillä kuin geneerisillä terveyteen liittyvillä elämänlaadun mittareilla. Laadukasta hoitoa saanut potilas tietää mihin ottaa yhteyttä jos paranemisessa on ongelmia, sekä miten hän voi antaa hoidostaan palautetta, ottaa yhteyttä potilasasiamieheen, tehdä muistutuksen organisaation johdolle, sekä miten tehdä potilasvahinkoilmoitus potilasvakuutuskeskukselle. Tavoitteena on, että potilas kokee saaneen tarvitseman avun terveysongelmaansa ja on tyytyväinen saamaansa palveluun. (Kuntaliiton verkkojulkaisu 2011.)

2.6 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2 § määrittelee potilaalla tarkoitettavan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Lain 3 § mukaan jokaisella suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja potilasta on kohdeltava ja hänen hoitonsa on järjestettävä hänen

ihmisarvoaan loukkaamatta ja vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2-3.)

2.7 Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyyttä käytetään yleisesti terveydenhuollon laadun mittarina. Potilaan odotukset hyvästä hoidosta vaihtelevat ja riippuvat erilaisista tekijöistä kuten yleisistä olosuhteista, iästä, sukupuolesta, hoidettavasta vaivasta ja sen laadusta, vuorokauden ajasta ja potilaan omasta asenteesta hoidettavaa vaivaa kohtaan. Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat hyvin hoidetun ammatillisen työn lisäksi aikataulujen pitävyys, henkilökunnan ystävällisyys, ymmärrettävä kommunikaatio sekä hoitohenkilökunnan huolenpito ja välittäminen. (Prakash B. 2010.) Reponen ja Roine (2016) toteavat artikkelissaan tyytymättömyyden hoitoon voivan nostaa haittailmoitusten määrää, mutta potilastyytyväisyyden perustuvan suurelta osin hoitokokemukseen sekä potilaan arvomaailmaan liittyviin tekijöihin. Potilastyytyväisyys yksinään ei ole riittävä laadukkaan hoidon mittari, sillä se ei kuvaa tuotettua terveyshyötyä. (Reponen & Roine 2016.)

Potilas on laadun keskeinen kokija sekä laatutoiminnan osapuoli. Potilastyytyväisyys on hoitotyön laadun keskeinen osatekijä. Niin kansainvälisesti kuin kansallisesti Suomessa hoitotyön laatu potilaan näkökulmasta on arvioitu yleisesti hyväksi ja potilaat ovat olleet pääosin tyytyväisiä toteutuneeseen hoitoon. Tyytymättömyyttä hoitoon on koettu pääosin heille välitettyyn tietoon ja oman hoidon vaikutusmahdollisuuksiin liittyen. (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 34.)

2.8 Potilasohjaus

Hoitotyössä asiakkaan ohjaus on keskeinen osa-alue. Ohjaus määritellään esimerkiksi toimimiseksi hoitajan ohjauksen alaisena, tai ohjauksen antamiseksi. Ohjauksella voidaan tarkoittaa myös asiakkaan johdattamista tai johtamista johonkin, tai vaikuttamista hänen toimintaansa. Ohjaustilanteissa, osana potilaan muuta hoitoa sekä erilaisissa hoitotoimenpiteissä toteutetaan suunnitelmallisesti ohjausta. Omien voimavarojen löytämistä tuetaan ohjauksella, ja myös omasta terveydestä kannustetaan ottamaan vastuuta, sekä hoitamaan mahdollisimman hyvin itseään. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

Rakenteeltaan ohjaus on tavallisia keskusteluja suunnitelmallisempaa ja se sisältää tiedon antamista. Elämäntaito-ongelmiin, elämäntilanteen muutosvaiheeseen, elämäntilanteen eri vaiheisiin tai terveysongelmiin voi liittyä tarve ohjaukseen. Välttämätöntä ohjauksessa on selvittää asiakkaan tilanne ja hänen mahdollisuus sitoutua toimintaan joka on omaa terveyttä tukevaa, jotta voitaisiin vastata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Hoitajan ja asiakkaan taustatekijät

vaikuttavat ohjaukseen, taustatekijät voidaan jakaa psyykkisiin ja fyysisiin, yksilöllisiin, sosiaalisiin sekä muihin ympäristötekijöihin. Ohjauksessa tulee osata asettaa tärkeysjärjestykseen asiakkaan ohjaustarpeet. (Kyngäs ym. 2007.)

Aktiivinen pulman ratkaisija ohjauksessa on asiakas itse. Hoitaja pidättäytyy valmiiden ratkaisujen esittämisestä ja tukee asiakasta päätöksenteossa. Tunnistaminen ja arviointi asiakkaan ohjaustarpeista on hoitajan tehtävä yhdessä asiakkaan kanssa. Ne tavoitteet jotka asiakkaalle on hoidossa asetettu, voidaan hyvällä ohjauksella kannustaa saavuttamaan mahdollisimman hyvin. Luottamuksellinen, avoin ja kaksisuuntainen vuorovaikutus luovat pohjan hyvään ohjaukseen. Hyvin suunniteltua ja päämäärätietoista toimintaa vaaditaan aktiiviseen ja tavoitteelliseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007.)

2.9 Aikaisemmat tutkimukset

Tämän opinnäytetyön aiheesta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia Suomessa. Englanninkielisissä potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä alipaineimuhoidon käsittelevissä tutkimuksissa materiaali potilaiden kokemuksista oli kerätty haastatteluilla ja analysointi tehty kvalitatiivisesti. Nämä tutkimukset eivät tutkineet niinkään hoitoprosessin ja avohoidon toimivuutta potilaan näkökulmasta, vaan yleisesti potilaiden kokemuksia alipaineimuhoidosta niin osasto- kuin avohoidossakin.

Tanskassa Odensen yliopistollisessa sairaalassa on tehty tutkimus alipaineimuhoidoa avohoidossa saavien potilaiden kokemuksista. Tutkimuksessa haastateltiin kymmentä potilasta heidän kokemuksistaan alipaineimuhoidosta. Tutkimuksessa kävi ilmi potilaiden kokevan olevansa riippuvaisia laitteesta ja kokivat enemmän itsevarmuutta hoidon edetessä. Hoidon kesto vaikutti potilaiden kykyyn selviytyä siinä, potilaat vähitellen oppivat hyväksymään laitteen osana hoitoaan. Läheisten tuki koettiin tärkeänä. Jotkut potilaista olivat häpeissään haavaeritteen ulkonäöstä ja sen aiheuttamasta hajusta. Johtopäätöksenä tuloksista todettiin alipaineimuhoidon vaikuttavan potilaan jokapäiväiseen elämään, ja läheisten tuen ja heidän tunnistamisensa voimavarana olevan merkityksellistä hoidossa. (Ottosen & Pedersen 2013.)

Ruotsissa Malmön yliopistossa ja Skånen yliopistollisessa sairaalassa on tehty tutkimus potilaiden kokemuksista verisuonikirurgian jälkeisen perivaskulaarisen nivusinfektion hoidosta alipaineimuhoidolla kotona. Tutkimuksessa haastateltiin viittätoista potilasta, jotka saivat hoitoa kotonaan. Tuloksissa todettiin alipaineimuhoidon kanssa kotiutumisen vaativan riippuvaisen potilaan roolista siirtymistä henkilöksi, joka on pätevä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Tulokset toivat esiin potilaiden tarpeen tuntea itsensä valmistautuneiksi avohoitoon siirtyessä. Tiedon puute ja epävarmuuden tunteet viivästyttivät itsevarmuuden tunteen saa-

vuttamista. Potilaat hyväksyivät vähitellen olevansa kiinni laitteessa ja löysivät ratkaisuja jorkapäiväisten asioiden hoitoon laitteen kanssa. Johtopäätöksiä tutkimuksesta esitettiin potilailla esiintyneen tarpeetonta stressiä ja ahdistusta hoitoa koskevan tiedon puutteesta jorktuen. Ohjeistuksen koettiin olevan puutteellista myös laitteeseen liittyen. (Monsen, Acosta & Kumlien 2016.)

Healthcare lehdessä julkaistun Ann-Mari Fagerdahlin tutkimuksen tarkoitus oli kuvata potilaiden käsityksiä haavahoidosta alipaineimuhoidolla. Tutkimukseen haastateltiin kahdeksaa alipaineimuhoidon saavaa potilasta, joista neljää hoidettiin kannettavalla alipaineimulaitteella. Haastattelujen tulokset jaettiin kahteen kategoriaan, jotka olivat stressi ja mukautuminen. Stressiä potilaille aiheutti henkilökohtainen ympäristö, hoitajien pätevyys sekä sidosten vaihtojen organisointi ja jatkuvuus. Tässä tutkimuksessa eniten stressiä oli aiheuttanut hoitajien pätevyys sekä sidosten vaihtojen organisointi. Mukautumiseen liittyi tieto ja luovuus, sekä luottamus terveydenhuoltoon. (Fagerdahl 2014.)

3 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaiseksi alipaineimuhoidon vastaanottavat potilaat kokevat alipaineimuhoidon toteutuksen osastohoidossa, haavapoliklinikalla, terveystakesuksissa sekä potilaiden kotona, sekä selvittää potilaiden kokemuksia alipaineimuhoidon hoitoketjun, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisten siirtymisten toimivuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa potilaiden näkökulmasta alipaineimuhoidon hoitoprosessin toimivuudesta ja saadun tiedon perusteella kartoittaa hoitoprosessin kehittämiskoh-tia. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata potilaiden tyytyväisyyden määrää hoitopro-sessin eri vaiheissa ja niiden perusteella löytää kehittämiskohtia. Tutkimuskysymykset opin-näytetyössä ovat:

1. Millaiseksi alipaineimuhoidon vastaanottavat potilaat kokevat alipaineimuhoidon hoitoprosessin?
2. Mitä kehitettävää on alipaineimuhoidon saavien potilaiden hoitoprosessissa?

3.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksellisen opinnäytetyön määritelmään kuuluu yleisten tutkimuksen tunnuspiirteiden täyttäminen sekä aineiston kerääminen haastattelun tai kyselyn avulla (Virtuaali ammattikor-keakoulu, Tutkielmat ja selvitykset). Tieteellisen tutkimuksen päämääräksi on usein todettu teorian aikaansaaminen tai siihen pyrkiminen ainakin (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013,

141). Tässä opinnäytetyössä selvitettiin alipaineimuhoidon hoitoprosessiin ja kotihoitoon kohdistuvaa potilastyytyväisyyttä. Tässä opinnäytetyössä ei ollut tarkoitus tehdä erillistä tuotosta ja aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, opinnäytetyö on siis tutkimuksellinen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä sekä laadullista tutkimusmenetelmää ja työn toteuttamistapana oli itse laadittu teorial tietoon perustuva kyselylomake.

Kokonaistutkimuksella tarkoitetaan koko perusjoukon tutkimuksen mukaan ottamista ja kokonaistutkimus kannattaa tehdä, jos otoskooksi tulisi puolet perusjoukosta (Vilka 2015, 98). Opinnäytetyön kokonaisluotettavuuden saavuttamiseksi valittiin tutkimuksen perusjoukoksi kaikki kyseisellä paikkakunnalla, sekä sen lähialueilla alipaineimuhoidoa vastaanottavat potilaat. Otantamenetelmänä on kokonaisotanta. Tutkittavia ei haluttu rajata tarkemmin, jotta mahdollisimman monen hoitoa vastaanottavan mielipide ja kokemus tulisi esille. Otannan rajoittamista vältettiin myös siksi, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastausprosentti voisi jäädä pieneksi.

3.1.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Määrällinen tutkimus perustuu tutkittavan kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen numeroiden ja tilastojen avulla. Määrällistä tutkimusta tehdessä ollaan kiinnostuneita luokitteluista, vertailuista sekä syy- ja seuraussuhteista. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tähdätään aineiston tilastolliseen käsittelyyn (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 222). Vilkan (2015) mukaan määrällisen tutkimuksen tavoitteena on selittää numeraalisesti jotakin asiaa, asian muutosta tai vaikutusta johonkin toiseen asiaan. Tässä opinnäytetyössä selvitämme kyselylomakkeen avulla kuinka tyytyväisiä alipaineimuhoidoa vastaanottavat tutkittavat ovat hoitoprosessiin, mitkä ovat prosessin kohtia joihin ei olla tyytyväisiä sekä mitä prosessissa voitaisiin parantaa.

Keskeisiä asioita määrällisessä tutkimuksessa ovat johtopäätösten teko aiemmista tutkimuksista, hypoteesien esittäminen, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelma, tutkittavien henkilöiden tai koehenkilöiden valinta. Keskeisiä asioita ovat myös muodostaa muuttajat taulukkomuotoon ja saattaa aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä tehdä päätelmiä havaintoaineiston tilastolliseen analysoimiseen perustuen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 140.)

3.1.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Aineistolla joka on laadullista, tarkoitetaan aineistoa joka on tekstiä ilmiasultaan, se voi syntyä tutkijasta riippuen tai riippumatta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on tietynlaista

vapautta toiminnassaan, joka antaa mahdollisuuden tutkimuksen joustavaan toteuttamiseen ja suunnitteluun. (Eskola & Suoranta 1998.) Yleensä ihmisen maailma ja ihminen itse ovat laadullisen tutkimuksen kohteena, näitä voidaan tarkastella yhdessä elämismaailmana, jolla tarkoitetaan yleisintä kokonaisuutta jossa voidaan yleensä tarkastella ihmistä. Elämismaailma on kokonaisuus merkityksistä, jotka muodostuvat ihmistutkimuksissa tavattavissa tutkimuksen kohteista kuten yhteisön, yksilön, arvotodellisuuden, sosiaalisen vuorovaikutuksen sekä yleisesti ihmisten suhteiden kohteista ihmisten välillä. (Varto 1996, 23.)

Kahdenlaisia teorioita tarvitaan laadullisessa tutkimuksessa, aineiston tarkastelua vasten tutkimuksessa tarvitaan jokin taustateoria. Lisäksi lähes rajattomat aineistojen tarjoamat tulkitamamahdollisuudet edellyttävät kysymyksiä tutkijan mielessä, joihin etsitään vastauksia. Kirjoittaminen nousee laadullisessa tutkimuksessa keskeiseksi onnistuneisuuden kriteeriksi. (Eskola & Suoranta 1998.)

3.2 Kyselylomake tutkimuksessa

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti, tämälantapainen aineiston kerääminen sopii suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä ja kun käsitellään arkaluontoisia asioita (Vilkkä 2015, 94-95). Kvantitatiivisessa sekä kvalitatiivisessa tutkimuksessa kysely voidaan toteuttaa joko lähellä vastaajia tai heistä etäällä. Yleensä kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että kyselyn avustuksella pystytään keräämään laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimus mahdollistaa monien asioiden kysymisen sekä suuren vastaajamäärän. Huolellisesti suunnitellun kyselylomakkeen aineisto pystytään käsittelemään nopeasti ja analysoida tietokoneen avustuksella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 193-195.)

Kyselylomakkeiden avustuksella tietoja voidaan kerätä käyttäytymisestä ja toiminnasta, tosi-asioista, tiedoista, asenteista, arvoista, uskomuksista, mielipiteistä ja käsityksistä. Yksinkertaisina kysymyksinä pitää kysyä täsmällisiä tosiasioita, joko monivalintatyypillisesti tai avointen kysymysten avustuksella. Kyselylomakkeisiin sisältyy usein myös itse vastaajia koskevia taustakysymyksiä. Taustakysymyksinä voi olla esimerkiksi ikä, sukupuoli, ammatti, koulutus sekä perhesuhteet. Vastaamiseen vaikuttava tärkein seikka on tutkimuksen aihe, mutta myös kysymysten huolellisella suunnittelulla sekä lomakkeen laadinnalla voidaan vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 197-198.)

Kyselylomaketta varten voidaan muotoilla kysymyksiä monella tavalla. Kolmea muotoa käytetään yleensä, ensimmäisenä muotona on avoimet kysymykset, tässä muodossa esitetään kysymys, jonka jälkeen jätetään tyhjää tilaa vastausta varten. Toisena muotona on monivalintakysymykset, niissä tutkija laatii valmiit numeroidut vaihtoehdot vastauksille, joista vastaaja

ruksittaa tai rengastaa kyselylomakkeesta yhden tai useamman valmiin vaihtoehdon. Kolmantena muotona on asteikkoihin perustuva kysymystyyppi. Asteikoissa esitetään väittämiä, joista vastaaja valitsee sen vaihtoehdon kuinka voimakkaasti vastaaja on eri mieltä tai samaa mieltä esitetyn väittämän kanssa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 198-200.)

Avoimien kysymysten käytön voi perustella sillä, että vastaajat saavat mahdollisuuden kertoa mitä heillä todella on mielessään. Avoimien kysymyksien muita etuja ovat mm. se, että avoimet kysymykset sallivat vastaajien omin sanoin ilmaista itseään sekä se, että avoimet kysymykset eivät ehdota vastauksia, joka osoittaa vastaajien tietämystä aiheesta. Monivalintakysymyksien etuja ovat mm. se, että monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata samoihin kysymyksiin sillä tavalla, että vastauksia voidaan vertailla sekä se, että monivalintakysymykset tuottavat sellaisia vastauksia mitä on helpompi analysoida ja käsitellä tietokoneella. Likert-asteikot ovat tavallisesti viisi tai seitsemän portaisia, muodostaen laskevan tai nousevan skaalan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 201-204.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake laadittiin Microsoft Word 2013- tekstinkäsittelyohjelmalla valmiin kyselylomakemallin pohjalta. Valmiiseen kyselylomakepohjaan lisättiin avoimia kysymyksiä ja muokattiin Likert-asteikoin vastausvaihtoehdot kysymyksiin sopiviksi. Kyselylomake tehtiin puolistrukturoiduksi ja siitä pyrittiin tekemään mahdollisimman tiivis, sillä liian avoin ja pitkä kysely vaatii enemmän tutkittavilta jolloin vastausprosentti voi jäädä pieneksi. Lomakkeen kysymykset on laadittu antamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Avoimia kysymyksiä laadittiin lomakkeeseen lisätietojen saamisen vuoksi. Lomakkeet jaettiin alipaineimuhoidon toteuttaviin toimipaikkoihin joissa tutkittavat täyttivät ja palauttivat ne nimettöminä kirjekuoreissa toimipaikan hoitajalle.

Kyselylomake laadittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen kysymyksien sisältöä pohdittiin haavahoitajien kanssa vastaamaan potilaiden tyytyväisyyteen alipaineimuhoidon hoitoprosessiin ja kotihoitoon. Kyselylomakkeeseen laadittiin perustietoja kerääviä kysymyksiä neljä kappaletta. Likert-asteikollisia strukturoituja kysymyksiä laadittiin yksitoista kappaletta vastaamaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Strukturoidut kysymykset pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman yksinkertaiseen muotoon jotta kysymyksen voi ymmärtää vain yhdellä tavalla ja vastaaminen olisi helppoa. Avoimia kysymyksiä laadittiin kolme kappaletta vastaamaan toiseen tutkimuskysymykseen. Avoimet kysymykset pyrittiin laatimaan niin, että ne mahdollistivat oman todellisen mielipiteen esille tuonnin ja antaisivat mahdollisuuden kertoa ongelmista, jotka eivät kyselyn strukturoidussa osassa tulleet esille.

3.3 Analyysimenetelmät

Määrällisen tutkimuksen aineiston analysoinnissa muodostetaan muuttujia aineistosta ja laadittu muuttujaluokituksen mukaan koodataan aineisto. Analyysitavoissa tilastollisen analysoimisen ja päätelmien tekoa käytetään selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 221-224.) Nominaaliasteikko perustuu erillisiin toisistaan riippumattomiin luokitteluihin. Nominaaliasteikko luokittelee aineiston ja ilmoittaa ainoastaan tapausten lukumäärät, joten sen avulla voidaan todeta miten monta vastausta kuuluu mihinkin luokkaan. Jakaumat usein ilmoitetaan lukumäärinä sekä prosentteina. (Anttila 2005, 241.)

Kuvailevassa luokittelussa on tarkoituksena kuvata ilmiötä kontekstuaalisesta tai teoreettisesta näkökulmasta perustellusti, jäsennetysti ja rajatusti. Tutkimuksiin joissa ei ole keskeistä näytön yleisyys tai aste, sopii kuvaileva luokittelu. Tavoitteet kuvailevassa luokittelussa ovat tiedon saanti, siitä mitä tiedetään ilmiöstä, mitkä ovat keskeiset käsitteet ilmiössä sekä niiden väliset suhteet. Kuvailevan luokittelun piirteinä ovat kuvailu, ymmärtäminen sekä aineistolähtöisyys. Kuvailevassa luokittelussa analysoidaan sekä yhdistetään kriittisesti aineistoa ja yhdistetään tietoa tutkimuksista. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 86.) Deskriptiivinen eli kuvaileva tutkimusmenetelmä kuvaa tarkasti ja totuudenmukaisesti tutkittavaan kohteeseen liittyvät asiat. Kuvailevalla lähestymistavalla pyritään kokoamaan tietoa tutkittavasta kohteesta eli toisinsanoen selittämään ja kuvailemaan sitä, mutta välttämään kohteen muuttamista toisenlaiseksi. Kohdetta pyritään kuvailemaan objektiivisen puolueettomasti, jotta vältytään aiheuttamasta muutoksia ja säilytetään kuvaus luotettavana. (Anttila 2005, 285.)

Aineistoon perehtymisen jälkeen tehdään päätös siitä, mikä luokittelun muodoista käy valitun aineiston kanssa. Tutkimuskysymysten mukaan tapahtuu aineiston luokittelu, se tapahtuu joko aineistonlähtöisesti taikka suhteessa ennalta määrättyyn tutkimuskirjallisuuteen. Aineiston luokittelu voidaan tehdä mm. peilaamalla alkuperäistutkimuksissa käytettyihin kategorioihin, teemoihin, käsitteisiin tai teorioihin. Merkityksellisiä kuvauksia ilmiön kannalta haetaan alkuperäistutkimuksista, yleensä ne ovat asiakokonaisuuksia tai lauseita, ja ne sijaistevat artikkelin johtopäätöksissä, pohdinnassa, tulososassa tai tiivistelmässä. Aineistosta poimitaan kuvaukset ja ne ryhmitellään erilaisuuksien tai samanlaisuuksien perusteella. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 86.)

Kyselylomakkeeseen laadituista määrällisistä kysymyksistä pyydettiin vastaukset Likert-asteikolla. Määrällisistä vastauksista saadut tiedot koottiin käyttäen apuna Excel-taulukkolaskentaohjelmaa, jossa ne jaoteltiin vastausten perusteella ja laskettiin yhteen. Määrällisen aineiston käsittelyssä käytettiin siis luokittelu- eli nominaaliasteikkoa. Laadullisiin kysymyksiin saaduista vastauksista tehtiin vähäisen materiaalin vuoksi ainoastaan sisällön kuvaus induktiivisesti eli aineistolähtöisesti.

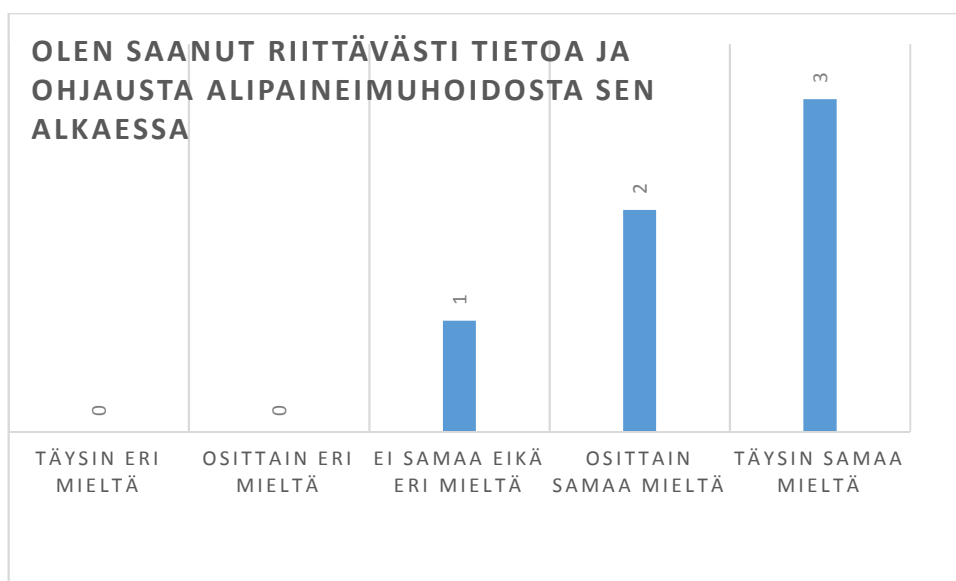
4 Opinnäytetyön tulokset

Tutkimus toteutettiin jakamalla kyselylomakkeet ja saatekirjeet osallistuviin yksiköihin, joista toimipisteiden työntekijät jakoivat lomakkeet eteenpäin alipaineimuhoidoa saaville potilaille vastattaviksi. Vastausajaksi oli suunniteltu kolme kuukautta, mutta aikaa pidennettiin vielä kuukaudella vähäisten vastausten vuoksi ensimmäiseen määräaikaan mennessä.

Kyselylomakkeita jaettiin osallistuviin yksiköihin yhteensä 50 kappaletta. Vastausajan päätyttyä täytettyjä ja palautettuja kyselylomakkeita oli yhteensä kuusi kappaletta. Vastausprosentti oli 12 %. Kyselylomakkeiden vastaajista puolet olivat miehiä ja puolet naisia. Vastaajien keski-ikä oli 66,6 vuotta. Alipaineimulaitteella hoidettava haava oli alaraajassa 66,7 % ja keskivartalolla 33,3 %. Alipaineimulaitteella hoidettavat haavat sijaitsivat mm. nilkan seudulla ja nivusessa sekä alavatsalla. Kyselyyn vastanneiden hoitoaika alipaineimulaitteella oli kestänyt keskimäärin 22,5 päivää kyselyyn vastaamisajankohtana. Tutkimuksen tulokset osoittavat potilaiden olevan pääosin tyytyväisiä alipaineimuhoidon toteutukseen ja kotihoitoon. Kyselylomakkeiden vastausten perusteella kehittämis ehdotuksia ei tullut liittyen hoitoprosessiin tai tiedon saantiin. Kehittämis ehdotuksia kyselylomakkeiden vastausten perusteella olivat itse alipaineimulaitteeseen liittyvät piirteet. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että kyselyyn vastanneiden potilaiden kohdalla hoitoprosessi on sujunut hyvin, ja potilaat ovat olleet melko tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoitoprosessiin yhtä poikkeusta lukuunottamatta.

4.1 Tyytyväisyys tietoon ja ohjaukseen

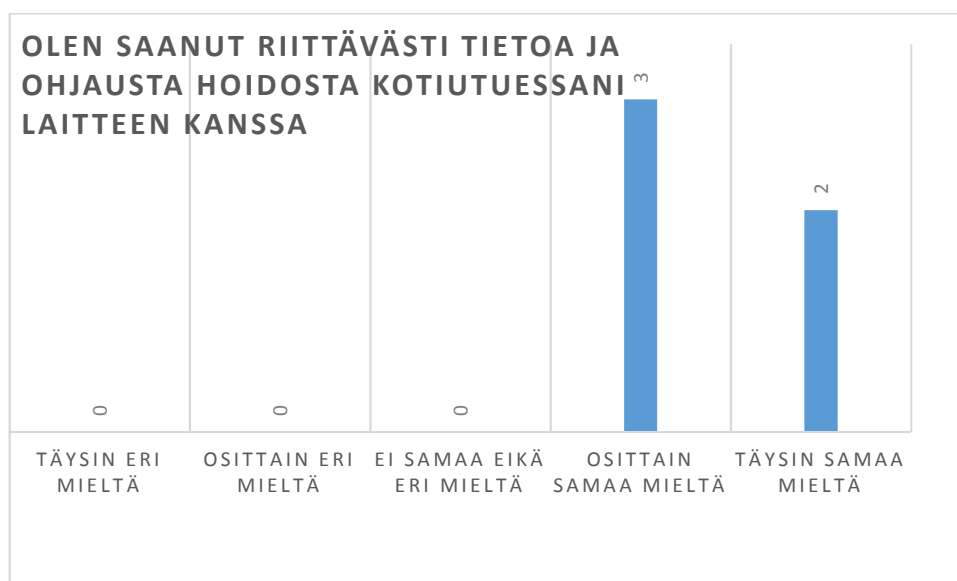
Kuviosta 1 näkee, että vastaajista 50 % vastasi olevansa täysin samaa mieltä siitä, että on saanut riittävästi tietoa ja ohjausta alipaineimuhoidosta sen alkaessa, 33,3 % oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä ja 16,7 % ei ollut samaa eikä eri mieltä.



KUVIO 1: Tyytyväisyys tietoon ja ohjaukseen alipaineimuhoidon alkaessa.

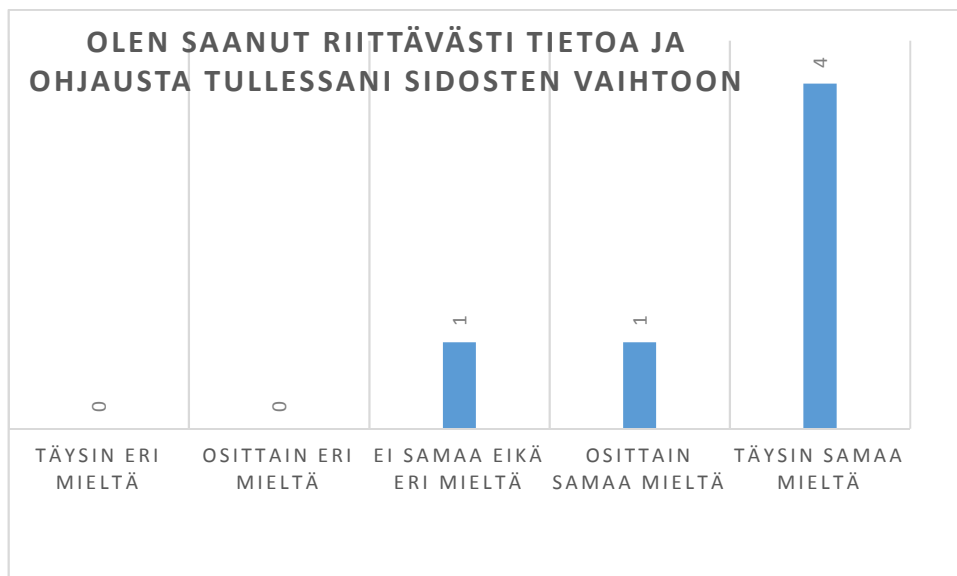
Puolet vastaajista olivat myös täysin samaa mieltä siitä, että ovat saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta alipaineimuhoidosta sen ollessa meneillään hoitopaikassaan ja puolet vastasivat olevansa osittain samaa mieltä väitteen kanssa.

Kuvio 3 osoittaa laitteen kanssa kotiutuessa tiedon ja ohjauksen riittävydestä osittain samaa mieltä olevan 50 % vastaajista ja 33,3 % täysin samaa mieltä, 16,7 % ei vastannut tähän väittämään lainkaan.



KUVIO 3: Tyytyväisyys tietoon ja ohjaukseen laitteen kanssa kotiutuessa.

Kuviosta 4 näkee, että 66,6 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että ovat saaneet riittävästi tietoa ja ohjausta tullessaan sidosten vaihtoon, 16,7 % oli osittain samaa mieltä ja 16,7 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa.

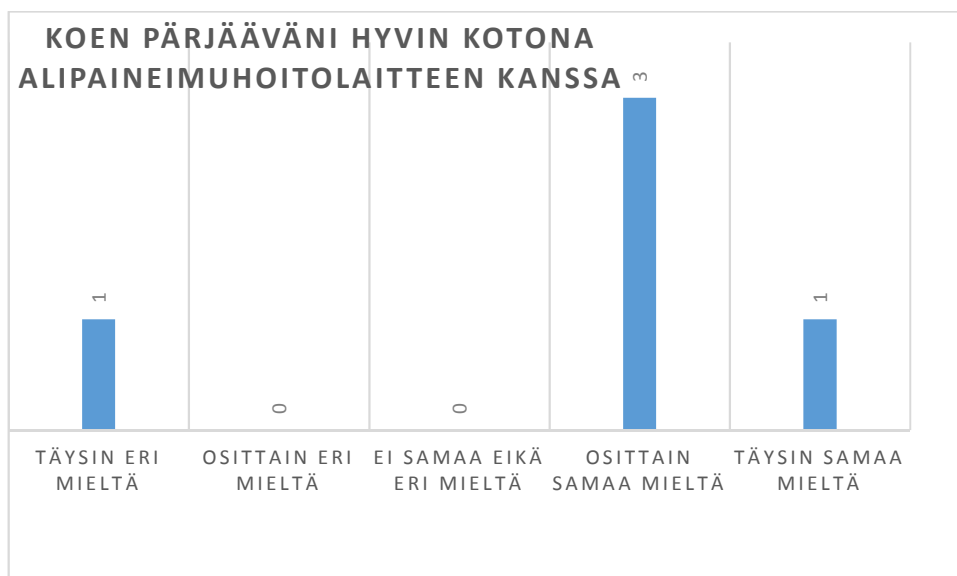


KUVIO 4: Tyytyväisyys tietoon ja ohjaukseen sidosten vaihtoon tullessa.

4.2 Tyytyväisyys kotona tapahtuvaan hoitoon sidostenvaihtojen välillä

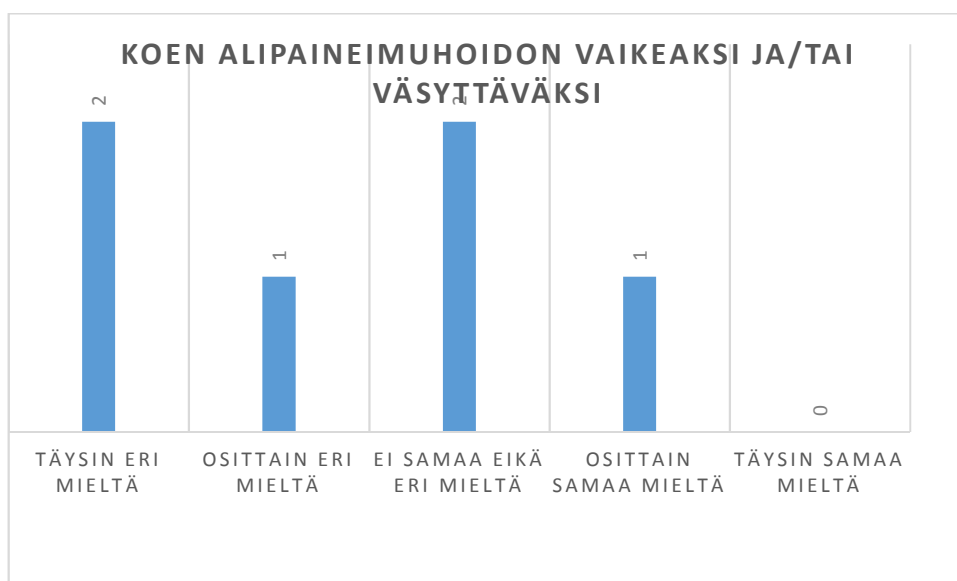
Puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että alipaineimulaite on toiminut hyvin siteiden vaihtojen välisen ajan ja puolet vastaajista olivat osittain samaa mieltä väittämän kanssa.

Kuvio 6 näyttää, että 50 % vastaajista oli osittain samaa mieltä siitä, että pärjäävät hyvin kotona alipaineimuhoidolaitteen kanssa, 16,7 % oli tästä väittämästä täysin samaa mieltä, 16,7 % täysin eri mieltä ja 16,7 % ei vastannut lainkaan tähän väittämään.



KUVIO 6: Kokemus kotona pärjäämiseen alipaineimuhoidolaitteen kanssa.

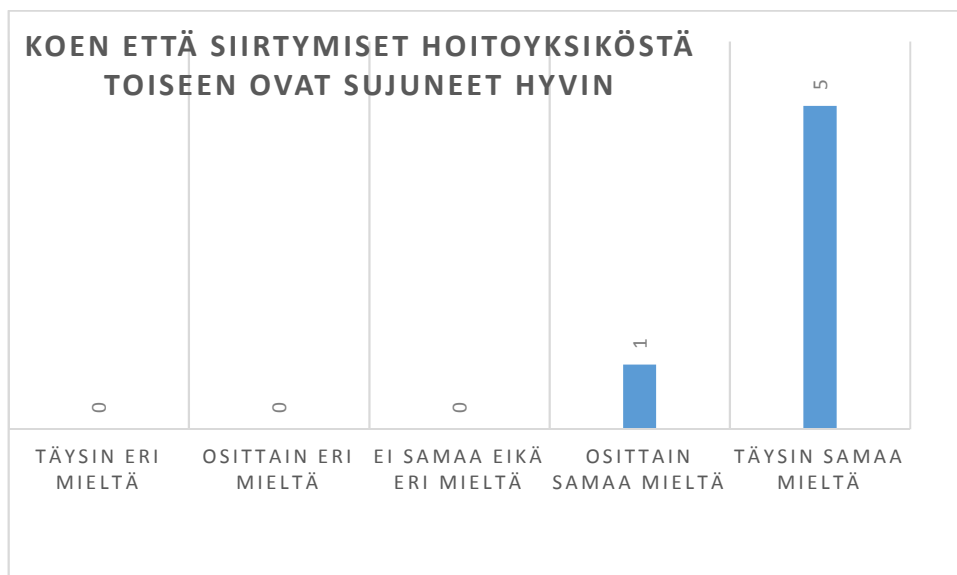
Kuviosta 7 näkee, että alipaineimuhoidon vaikeaksi ja/tai väsyttäväksi kokemisesta 16,7 % vastaajista oli osittain samaa mieltä, 33,3 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, 16,7 % oli osittain eri mieltä ja 33,3% täysin eri mieltä.



KUVIO 7: Kokemus hoidon vaikeudesta/väsyttävyydestä.

4.3 Tyytyväisyys hoitoprosessiin

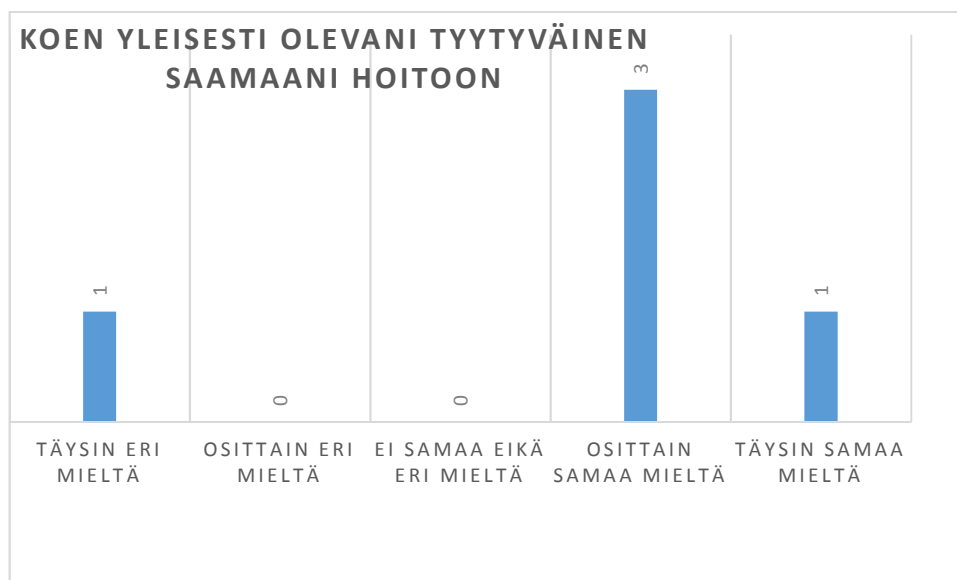
Kuviosta 8 näkee, että 83,3 % oli täysin samaa mieltä siitä, että siirtymiset hoitoyksiköstä toiseen ovat sujuneet hyvin ja 16,7 % oli osittain samaa mieltä väittämän kanssa.



KUVIO 8: Tyytyväisyys hoitoyksiköstä toiseen siirtymisten sujuvuuteen.

50 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että kokivat saavansa yksilöllistä hoitoa, 33,3 % olivat osittain samaa mieltä ja 16,7 % täysin eri mieltä väittämän kanssa.

Kuviosta 10 näkee, että 33,3 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että ovat yleisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon, 50 % vastaajista oli osittain samaa mieltä ja 16,7 % täysin eri mieltä väittämän kanssa.



KUVIO 10: Yleinen tyytyväisyys saamaan hoitoon.

33,3 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että he tietävät mistä saavat apua tai minne ottaa yhteyttä jos kohtaavat ongelmia hoidossa ja/tai laitteen toiminnassa, 33,3 % oli osittain samaa mieltä ja 16,7 % täysin eri mieltä väitteen kanssa. 16,7 % vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen lainkaan.

4.4 Yksilön kohtaamat ongelmat alipaineimuhoitoprosessin aikana

Likert-asteikollisten kysymysten lisäksi kyselylomakkeessa oli mahdollista lisätietojen saamiseksi ja kehityskohteiden kartoittamiseksi antaa palautetta hoitoon liittyvistä ongelmista sekä avun saannista kohdattuihin ongelmiin. Aivan potilastyytyväisyyskyselyn lopussa oli lisäksi mahdollisuus antaa palautetta mistä tahansa hoitoon liittyvästä. Itse hoitoprosessiin kohdistuvia ongelmia ei tullut esille, mutta potilaat olivat kohdanneet ongelmia alipaineimuhoitolaitteeseen liittyvissä asioissa. Vastauksissa mainittiin laitteen sammumisesta, latausjohdon rikkoontumisesta, laitteen äänekkyydestä sekä imuletkun irtoamisesta sienestä ja imuletkun epäkäytännöllisyydestä ja hankaluudesta.

Letku voisi olla spiraali niin olisi aina oikean mittainen.

Säiliö tiukka vaihtaa.

Vaikea muistaa ottaa laite mukaan rollaattorin kyytiin liikkuesssa.

Koje on liian äänekäs huristessa.

Letku irtosi sienestä yöllä.

Yhden kerran laite sammui.

Apua kohtaamiinsa ongelmiin vastaajat olivat saaneet kotisairaanhoidolta, hoitohenkilökunnalta terveyskeskuksesta sekä sairaaloiden päivystyksistä.

5 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaiseksi alipaineimuhoidon vastaanottavat potilaat kokevat alipaineimuhoidon toteutuksen osastohoidossa, haavapoliklinikalla, terveyskeskuksissa sekä potilaiden kotona. Tarkoituksena oli myös selvittää potilaiden kokemuksia alipaineimuhoidon hoitoketjun, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisten siirtymisten toimivuudesta.

Kyselylomakkeen tehtävänä oli saada tietoa hoitoprosessin sujuvuudesta ja kehittämiskohdeista potilaiden näkökulmasta. Kyselylomake onnistui kuvaamaan hyvin potilaiden tyytyväisyyttä hoitoprosessin eri vaiheisiin ja tiedon ja ohjauksen saantiin, mutta ei tuonut esille kehitettäviä asioita hoitoprosessista. Likert-asteikolla olevat vastausvaihtoehdot eivät mahdollistaneet yksittäisten kehityskohteiden esilletuontia ja kuvasivat huonosti kysyttyjen asioiden merkityksellisuyttä vastaajalle. Vastausprosentti oli kuitenkin pieni (12%) ja vastaajia kokonaisuudessaan vähän (6 kpl), joka heikentää tutkimuksen tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Vastausprosentti jäi pieneksi alueella alipaineimuhoidon kotoa käsin vastaanottavien vähäisestä määrästä johtuen. Toiseen tutkimusongelmaan emme saaneet vastauksia kyselylomakkeen avulla, vastaajien kohtaamat ongelmat koskivat lähinnä alipaineimuhoidon ominaisuuksia.

Saatujen tulosten perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että kyselyyn vastanneet potilaat ovat olleet tyytyväisiä alipaineimuhoidon toteutukseen ja kotihoitoon. Potilaat kokevat tiedon saannin ja ohjauksen pääosin riittäväksi ja osittain riittäväksi alipaineimuhoidon toteutuksen eri vaiheissa, siirtymisvaiheessa toimipisteestä toiseen sekä kotiutumisvaiheessa. Kyselylomakkeeseen vastanneet ovat tienneet miten ongelmatilanteessa tulee toimia tai mistä saavat apua kohdatessaan ongelmia.

Muissa aiheesta tehdyissä tutkimuksissa on alipaineimuhoidon avohoidon ongelmina tullut esille potilaiden tunne siitä, että ovat sidottuina laitteeseen ja heidän päivittäiset askareensa ovat riippuvaisia siitä. Tämä ongelma tuli esille myös tämän opinnäytetyön vastauksissa. Osa potilaista koki, että laitetta on vaikea muistaa ottaa mukaan liikkeelle lähdettäessä ja että laitteen johto jää helposti kiinni mm. jalan alle ja huonekaluihin liikkuesssa. Monsenin, Acostan ja Kumlienin (2016) tutkimuksessa oli korostunut tiedon saannin merkitys laitteen kanssa kotiutuessa. Heidän tutkimuksessaan potilaat olivat kokeneet stressiä hoitoon sekä laitteen toimintaan liittyvän tiedon puuttellisuuden vuoksi. Tämän opinnäytetyön kyselyn tuloksissa tämä ei tullut ilmi, vaan potilaat olivat suurelta osin tyytyväisiä saamansa tietoon ja ohjaukseen. Puolestaan Fagerdahlin (2014) tutkimuksessa stressaaviksi tekijöiksi alipaineimuhoidon toteutuksessa tuli esille hoitajien pätevyys haavanhoitoon, sekä hoidon jatkuvuuden eli sidosten vaihtojen organisointi. Näitäkään tekijöitä ei tullut tämän opinnäytetyön tuloksissa esille.

Muiden aihetta käsittelevien tutkimusten mukaan tärkeitä tekijöitä alipaineimuhoidon hoitoprosessin sujuvuudessa ja potilaan hyvässä hoitokokemuksessa ovat olleet riittävä tiedon saanti, läheisten tuki hoidon aikana ja heidän sisällyttäminen tiedon ja ohjauksen antoon, hoidon sujuva jatkuminen, sekä hoitajien pätevyys haavanhoitoon. Ongelmia potilaille alipaineimuhoidossa aiheuttaa päivittäisten askareiden vaikeutuminen laitteen ollessa potilaassa kiinni, potilaiden riippuvaisuuden tunne laitteesta, epävarmuus laitteen toiminnasta, sekä tiedon saannin vähäisyys ja hoidon jatkuvuuden järjestäminen.

5.1 Tutkimusetiikka ja tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusetiikkaan ja hyviin tieteellisiin käytäntöihin sisältyvät eettisesti kestävä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmät. Tämä tarkoittaa tiedonhankinnan perustamista asianmukaisiin tietolähteisiin. (Vilka 2015, 41-42.) Tieteellisiä taitoja, tietoja sekä hyviä toimintatapoja edellytetään eettisesti hyvältä tutkimukselta, niin suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan, kuin tutkimuksen teossa sekä sosiaalisesti tiedeyhteisössä (Kuula 2006, 34). Opinnäytetyötä on tehty hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa yhteistyöorganisaatiolta.

Ihmisiin kohdistuvaa tutkimusta koskevia eettisiä periaatteita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyys ja tietosuojat. Eettisiin periaatteisiin lukeutuu mm. osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkittavien informointi sekä tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, tutkimusaineiston asianmukainen hävittäminen ja tutkimusjulkaisut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

Koska tutkimus kohdistuu potilaisiin, oli tutkimus toteutettava eettisesti myös potilaiden kannalta. Opinnäytetyössä on otettu huomioon ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet. Aineisto kerättiin nimettömänä puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita jaettiin kohdeyksikön lisäksi alueen terveyskeskuksiin ja haavapoliklinikalle. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, eikä vastaajan henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa opinnäytetyöprosessia. Opinnäytetyön kanssa yhteistyössä olevat toimipisteiden hoitajat ja koivat alipaineimuhoidon vastaanottaville potilaille kyselylomakkeet omissa toimipisteissään. Kyselylomakkeen ohessa potilaalle annettiin palautuskirjekuori sekä saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Potilaat täyttivät kyselylomakkeet itsenäisesti ja palauttivat ne toimipisteiden hoitajille nimettöminä suljetussa kirjekuoressa, josta toimipisteiden hoitajat lähettivät ne edelleen postitse tutkijoille tai kohdeyksikköön, josta tutkimuksen tekijät noutivat ne. Kyselylomakkeiden analysoimisen jälkeen lomakkeet hävitettiin.

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta, eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen pätevyys sen sijaan tarkoittaa sitä, onko tutkimuksella osattu mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Yhdessä luotettavuus ja pätevyys muodostavat kokonaisluotettavuuden. (Vilkkä 2015, 193-194.) Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa toistettavuutta mittaustuloksissa, se voidaan todeta monella tavalla, esimerkiksi jos samanlaiseen tulokseen päätyy kaksi arvioijaa, tulosta voidaan pitää reliaabelina. Validius eli pätevyys on toinen käsite liittyen tutkimuksen arviointiin. Validiuksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juurikin sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231.) Luotettavuus laadullisen tutkimuksen aikana korostuu erityisesti aineiston analyysissa ja sen tulkinnessa, tutkimusaineistossa ja sen hankkimisessa, sekä työn raportoinnissa. Kriteerit joita useiten käytetään luotettavuuden arvioinnissa ovat toistuvuus, uskottavuus, merkityksellisyys, todeksi vahvistettavuus, siirrettävyys sekä kyllästeisyys. (Luotettavuus 2018.)

Tämän potilaskyselyn validiteetti kärsi mittarin eli kyselylomakkeen toimimattomuudesta ja kyvyttömyydestä vastata tutkimuskysymykseen, mitä kehitettävää on alipaineimuhoidon saavien potilaiden hoitoprosessissa. Myös pieni vastausprosentti heikensi validiteettia. Tulokset kuvaavat hyvin kyselyyn vastanneiden tyytyväisyyttä, vaikka niitä ei voida yleistää koskemaan kaikkien alueen alipaineimuhoidon saavien potilaiden tyytyväisyyttä hoitoprosessiin, eikä tuloksia voi tulkita siten, ettei prosessissa olisi kehitettävää vaikka kehityskohteita ei tullut esille.

5.2 Kehittämissuhteet

Kyselylomake voisi tuoda hoitoprosessin kehityskohteita paremmin esiin, jos kysymyksiä tarkennettaisiin ja luovutettiin likert-asteikosta vastaustapana. Vastausvaihtoehtoina voisi asettaa tarkennettuja vaihtoehtoja sekä mahdollisuuden vastata avoimesti. Kysely voisi vastata tutkimusongelmiin paremmin ja tarkemmin, jos lomakkeeseen lisäisi kysymyksiä vastausvaihtoehtoina siitä minkälaista, kuinka paljon ja missä muodossa sekä miten vastaaja olisi kaivannut ohjausta, apua, tietoa sekä miten hoitoprosessi olisi juuri hänen kannaltaan voitu saada sujuvammaksi. Ongelmana tämänkaltaisen laajan kyselylomakkeen tekemisessä on sen yksityiskohtaisuus ja pituus sekä siihen vastaamiseen potilaalta kuluva aika. Jos tulevaisuudessa tehdään samankaltaisia tutkimuksia samalla tai saman kokoisella alueella, tulisi myös vastausaikaa pidentää huomattavasti, jotta vastauksia kertyisi riittävästi. Parhaiten vastauksia näihin tutkimuskysymyksiin saattaisi saada avoimilla haastatteluilla strukturoidun kyselylomakkeen sijaan.

Lähteet

Sähköiset lähteet

Castrén, M. Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Haavat ja verenvuodot. Viitattu: 02.03.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007

Fagerdahl. 2014. The Patient's Conceptions of Wound Treatment with Negative Pressure Wound Therapy. Healthcare 2(3), 272-281. Viitattu: 27.03.2018.
<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1747759370/abstract/7A47A775B0254F4FPQ/15?accountid=12003>

Juutilainen, V. & Hietanen, H. Sanoma Pro Oy. 2012. Haavanhoidon Periaatteet. Sanoma Pro Oy. Viitattu: 02.03.2017.
<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/sanoma-public/spro/portal/static/prod/samplepages/000000000000526342/index.html>

Juutilainen, V. Käypähoitosuositus. 2007. Haavan alipaineimuhoito, toimintaperiaate ja toteutus. Viitattu: 01.03.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=CA840185E2765E0D96140D849647C724?id=nix01332>

Juutilainen, V. 2011. Likaisen haavan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011;127(13). Viitattu: 03.03.2017.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96420&p_haku=krooninen%20haava

Juutilainen, V. & Niemi, T. 2007. Uusia ajatuksia ja välineitä haavan hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2007;123(8). Viitattu: 03.03.2017.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96420&p_haku=haavan%20hoito

Juutilainen, V. Vikatmaa, P. Kuukasjärvi, P. & Malmivaara, A. 2007. Haavan alipaineimuhoiton vaikuttavuus ja turvallisuus. Suomen lääkärilehti 2007(36), 3169-3170. Viitattu: 01.03.2017.
http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2007_ALIPAINEMU_070914.pdf

Jyväskylän yliopisto. 2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu: 15.04.2017.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2017. Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta. Viitattu: 14.06.2017.
<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/luokittelu>
<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/teemoittelu>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2018. Luotettavuus. Viitattu: 17.04.2018.
<https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

KCI. 2013. Haavanhoito. Viitattu: 04.03.2017.
<http://www.kcimedical.fi/FI-FIN/haavanhoito>

KCI. 2013. Hoidon tieteellinen tausta. Viitattu: 02.03.2017.
<http://www.kcimedical.fi/FI-FIN/hoidon-tieteellinen-tausta>

KCI. 2013. V.A.C. Ultra-alipaineimuhoidon perustuva haavanhoitojärjestelmä. Viitattu: 02.03.2017.

<http://www.kcimedical.fi/FI-FIN/vac-ultra>

Kuntaliiton verkkojulkaisu. 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Viitattu: 05.03.2017.

<http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Käypä hoito. 2014. Krooninen alaraajahaava. Viitattu: 03.03.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50058>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista § 2-3

Lääkäriliitto. 2017. Haavanhoito. Viitattu: 04.03.2017.

<https://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyudet/haavanhoito/>

Monsen, Acosta, Kumlien. 2016. Patients experiences of negative pressure wound therapy at home for the treatment of deep perivascular groin infection after vascular surgery, Journal of clinical nursing 26(9-10), 1405-1413. Viitattu: 37.03.2018.

<https://onlinelibrary-wiley-com.nelli.laurea.fi/doi/abs/10.1111/jocn.13702>

Mölnlycke. 2016. Alipaineimuhoidon hukkaan menevä potentiaali. Viitattu: 02.03.2017.

<http://www.molnlycke.fi/ratkaisut/alipaineimuhoido/alipaineimuhoidon-potentiaali/>

Mölnlycke. 2016. Runsaasti erittävät haavat. Viitattu: 02.03.2017.

<http://www.molnlycke.fi/tuotteet-tilanteisiin/erittavat-haavat/>

Nurminen, M-L. 2016. Alipaineimuhoido-API. Viitattu: 02.03.2017.

http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Tykaluja%20haavahoidon%20haasteisiin%2027102016/Nurminen_Alipaineimuhoido.pdf

Ottosen, Pedersen. 2013. Patients' experiences of NPWT in an outpatient setting in Denmark, Journal of wound care 22(4), 197-206. Viitattu: 27.03.2018.

<https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2013.22.4.197>

Prakash, B. 2010. Patient Satisfaction. Journal of Cutaneous and Anesthetic Surgery 3(3), 151-155. Viitattu: 05.03.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047732/>

Reponen, Roine. 2016. Tyytyväinen potilas = laadukas terveydenhuolto? Viitattu: 05.03.2017.

<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/ajassa/nakokulmat/tyytyvainen-potilas-laadukas-terveydenhuolto/#reference-3>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Laatu. Viitattu: 05.03.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Eettiset periaatteet. Viitattu: 16.04.2017.

<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Vaasan keskussairaala. 2014. Potilaan haavan alipaineimuhoido-palveluketju. Viitattu: 03.03.2017.

<https://www.vaasan keskussairaala.fi/ammattilaisille/ammattilaisille/hoito--ja-palveluketjut/potilaan-haavan-alipaineimuhoido--palveluketju/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. Krooninen haava. Viitattu: 03.03.2017.

http://hoitoreitit.vsshp.fi/html/krooninen_haava_tp.htm?userid=hoitoreitit&passwd=reitit08

Virtuaali ammattikorkeakoulu. Tutkielmat ja selvitykset. Viitattu: 13.04.2017.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670334463/1154756796742.html>

Painetut lähteet

Anttila, P. 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. 2013. Potilaslähtöinen hoidonlaatu, näkökulmia arviointiin.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2013. Haavanhoidon periaatteet. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. Korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Liitteet

Liite 1: Saatekirje..... Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
Liite 2: Kyselylomake Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Liite1: Saatekirje

Hyvä vastaaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle. Opinnäytetyömme aiheena on potilastyytyväisyys alipaineimuhoidon hoitoprosessiin ja kotihoitoon. Opinnäytetyötämme varten olemme tehneet alipaineimuhoidon saaville potilaille kyselyn, jossa selvitämme potilaiden tyytyväisyyttä alipaineimuhoidon hoitoprosessiin sekä kotihoitoon. Tavoitteena on saada tietoa potilaiden näkökulmasta alipaineimuhoidon hoitoprosessin toimivuudesta ja saadun tiedon perusteella kartoittaa hoitoprosessin kehittämiskohteita.

Vastattuanne kyselylomakkeeseen palauttakaa se oheisessa kirjekuoressa suljettuna oman toimipisteenne sairaanhoitajalle. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja kyselyyn vastataan nimettömänä. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät käsittelevät palautettuja kyselylomakkeita. Kyselylomakkeista saatua tutkimusaineistoa käytetään vain tässä tutkimuksessa ja lomakkeet hävitetään vastausten analysoinnin jälkeen. Mielipiteenne on meille tärkeä.

Lisätietoja voitte saada opinnäytetyön tekijöiltä:

Camilla Miettinen, Camilla.Miettinen@student.laurea.fi

Emmi Siitonen, Emmi.Siitonen@student.laurea.fi

Kiitos vastaamisesta.

Liite 2: Kyselylomake

KYSELY POTILASTYYTYVÄISYYDESTÄ ALIPAINEMUHOIDON HOITO- PROSESSIIN JA KOTIHOITOOON

1. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

2. Ikä

- alle 18
- 18-30
- 31-50
- 51-70
- yli 70

3. Missä kohdassa kehoa haava on?

4. Kuinka kauan alipaineimuhoidolaite on ollut käytössä?

Ympyröi jokaisen alapuolella luetellun kohteen oikealta puolelta numero, joka kuvaa parhaiten omaa kokemustanne. Käytä taulukon ylimmällä rivillä olevaa arvosteluasteikkoa.

	Asteikko				
	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5. Olen saanut riittävästi tietoa ja ohjausta alipaineimuhoidosta sen alkaessa	1	2	3	4	5
6. Olen saanut riittävästi tietoa ja ohjausta hoidosta sen ollessa meneillään hoitopaikassani	1	2	3	4	5
7. Olen saanut riittävästi tietoa ja ohjausta hoidosta kotiutuessani laitteen kanssa	1	2	3	4	5
8. Koen saavani riittävästi tietoa ja ohjausta tullessani sidosten vaihtoon	1	2	3	4	5
9. Koen että alipaineimulaite on toiminut hyvin vaihtojen välisen ajan	1	2	3	4	5
10. Koen että siirtymiset hoitoyksiköstä toiseen ovat sujuneet hyvin	1	2	3	4	5
11. Koen pärjääväni hyvin kotona alipaineimuhoidon laitteen kanssa	1	2	3	4	5
12. Koen saavani yksilöllistä hoitoa	1	2	3	4	5
13. Koen alipaineimuhoidon vaikeaksi ja/tai väsyttäväksi	1	2	3	4	5
14. Koen olevani tyytyväinen saamaani hoitoon	1	2	3	4	5
15. Tiedän mistä saan apua tai minne ottaa yhteyttä jos kohtaan ongelmia hoidossa ja/tai laitteen toiminnassa	1	2	3	4	5

16. Oletko kohdannut ongelmia liittyen alipaineimuhoidon toteutukseen?
Mitä?

17. Mistä sait tarvittaessa apua alipaineimuhoidon tai laitteeseen liittyvien ongelmien kanssa?

18. Mitä muuta haluaisit kertoa?
