

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma/ Sairaanhoidaja AMK

Natalya Aleksandrova

PALOVAMMAPOTILAIEN HAAVANHOITO SUOMESSA JA UKRAINASSA
POTILAIEN KUVAAMANA

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuusankoski

ALEKSANROVA, NATALYA	Palovammapotilaiden haavanhoito Suomessa ja Ukrainassa potilaiden kuvaamana
Opinnäytetyö	41 sivua + 5 liitesivua
Työn ohjaaja	THM Kristiina Mettälä ja THM Anja Roikonen
Toimeksiantaja	Töölön sairaala, HUS
Tammikuu 2010	
Avainsanat	palovammat, haavat, potilas-hoitajasuhde

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten palovammapotilaiden haavanhoito toteutuu nykyään sekä Suomessa että Ukrainassa. Lisäksi tavoitteena oli kuvata suomalaisten ja ukrainalaisten potilaiden kokemuksia palovammahaavanhoidosta. Pyrkimyksenä oli saada tuloksia, joiden avulla palovammahaavan hoitoa voidaan kehittää molemmissa maissa.

Tutkimuksen teoriaosassa tarkasteltiin palovamman syntyä ja kehitystä, palovamman luokitusta ja palovammapotilaiden haavanhoidon periaatteita Suomessa ja Ukrainassa. Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin avoimena teemahaastatteluna. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Töölön palovammaosaston kolme palovammapotilasta ja Zaporizhja-kaupungin palovammakeskuksen kuusi palovammapotilasta, jotka haastateltiin yksitellen. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä ja luokiteltiin teema-alueittain.

Tulosten mukaan palovammahaavanhoito toteutui molemmissa maissa hyvin ja se on kulttuurinmukaista. Kulttuurimukaisuuden näki ensisijaisesti siinä, että hoidon antajan ja hoidon vastaanottajan roolit erosivat jonkin verran Suomessa ja Ukrainassa. Ukrainalaiset palovammapotilaat olivat asettaneet omalääkärin ensisijaiseksi tiedonlähteeksi haavanhoitoaan koskevissa asioissa eivätkä näin huomioineet hoitajien vastuuta heidän haavanhoidostaan. Tutkimustulokset osoittivat, että ukrainalaiset potilaat olivat kokeneet kipua haavanhoidon aikana ja suomalaiset potilaat olivat kokeneet pelkoa haavanhoitoa kohtaan. Haavanhoitoon liittyvä ohjaus ja tiedon antaminen Suomessa koettiin hyväksi. Kehitettävää Ukrainassa löytyi lääkärin ja palovammapotilaan välisestä vuorovaikutuksesta, yksilöllisestä ja riittävästä potilasohjauksesta palovammahaavanhoidon aikana. Molemmin maiden vastaajat olivat kokeneet sairaanhoitajien ammattitaitoisena ja ystävällisenä.

Tätä tutkimusta voidaan pitää luotettavana, koska vastaajat saivat vapaasti kertoa kokemuksiaan teema-alueiden asioista. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia palovammahaavanhoitoa ja sen arviointia sairaanhoitajien näkökulmasta ja sitä, miten he itse haluaisivat kehittää palovammahaavanhoitoa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care, Kuusankoski

ALEKSANDROVA, NATALYA

Burn patients experiences about wound treatment in Finland and Ukraine

Bachelor's Thesis

41pages + 5pages of appendices

Supervisor

Kristiina Mettälä, NNSc and Anja Roikonen, MNSc

Commissioned by

Töölö hospital

January 2010

Keywords

burns, wound, patient-nurse professional relationship

The purpose of this research work was to study the burn patients' wound treatment these days both in Finland and in Ukraine. Additionally, the aim of this study was to describe the Finnish and Ukrainian burn patients' experiences on the received wound treatments. The goal was to receive the results which would develop and possibly improve the burn wound treatment in both countries.

The theory part of this research work deals with the burn causes, burn pathogenesis and classification, as well as burn wound treatment principles in Finland and Ukraine. This research is a qualitative one. The research material was collected in individual theme-based interviews with three burn patients from Töölö hospital and six burn patients from Zaporizhja Burn Center. The data was analyzed by qualitative content analysis.

According to the research results, the burn wound treatments were considered to be good and culture-based in both countries. Culture aspect could be seeing first of all in the difference between care-giver and care-receiver roles in Finland and in Ukraine. Ukrainian burn patients considered their doctors as the primal source of information in wound care related subjects, while nurses' role was overlooked. This research results indicate, that Ukrainian patients have experienced pain and Finnish patient – fear during burn wound treatments. Burn wound related patients' guidance and instruction was considered as enough good.

This research work can be considered reliable, as the respondents could give openly their opinions on the interview questions. In the future would be interesting to research further the burn wound treatment, its evaluation and possible improvement from the registered nurses' point of view.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	YLEISTIETOA PALOVAMMOISTA	7
	2.1 Palovamman synty ja kehitys	7
	2.2 Palovammojen luokitus Suomessa ja Ukrainassa	8
3	PALOVAMMAPOTILAIEN HAAVANHOITO SUOMESSA	10
	3.1 Palovammapotilaiden haavanhoidon periaatteet	10
	3.2 Pinnalliseen toiseen asteen palovammahaavan hoito	14
	3.3 Infektoituneen palovammahaavan hoito	15
	3.4 Palovammahaavan kirurginen hoito	15
4	PALOVAMMAPOTILAIEN HAAVANHOITO UKRAINASSA	16
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	18
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	19
	6.1 Tutkimusmenetelmä	19
	6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	22
	6.2.1 Töölön palovammaosaston kuvaus	22
	6.2.2 Zaporizhja-kaupungin palovammakeskuksen kuvaus	22
	6.2.3 Aineiston keruu	23
	6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	24
	6.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset	25
	6.5 Tutkimuksen luotettavuus	25
7	TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	26

7.1 Tutkimuksen tulokset	26
7.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	26
7.1.2 Palovammahaavan hoito	27
7.1.3 Palovammapotilaan ja hoitajien välinen hoitosuhde	30
7.2 Johtopäätökset	32
8 POHDINTA	35
LÄHTEET	38
LIITTEET	
Liite 1. Teemahaastattelurunko	
Liite 2. Tutkimuslupa	
Liite 3. Haavan seuranta -lomake	

1 JOHDANTO

Palovammat ovat tyypillisiä työtapaturmia teollisuuden parissa työskentelevillä ihmisillä sekä Suomessa, että Ukrainassa. Vapaa-ajan tapaturmia voivat usein aiheuttaa saunat, grillit ja tuli yleensäkin. Toisaalta, koska ihmiset nykyään asuvat kotonaan yhä iäkkäämmiksi, sairaalahoitoon viime vuosina on alkanut tulla potilaita myös enemmän vanhuksia, joille on sattunut vahinko tulen tai sähkölaitteiden kanssa (Nikula 2008).

Manninen-Kauppinen (2001) mukaan alkoholi on aina ollut merkittävä tekijä palovammaonnettomuuksissa ja nykyisin yhä huolestuttavassa määrin potilaiden elämäntilanteista löytyy huumausaineiden väärinkäyttöä ja vielä useammin psyykkisiä sairauksia kuten vakavaa masentuneisuutta ja skitsofreniaa.

Ukrainalaisen kirjallisuuden mukaan kaksikolmas osaa palovammapotilaista saa palovammoja kotona ja vapaa-aikana. Useimmiten palovamma tapaturmia tapahtuu Ukrainan isoilla teollisuusalueilla. Tehohoitoa vaativia hengenvaarallisia palovammoja vuosittain saa noin 5000 ukrainalaista, ja viime vuosina palovammapotilaiden joukossa on ollut paljon enemmän päihde- ja mielenterveysongelmaisia ihmisiä sekä kodittomia. (Эпидемиология ожогов и мероприятия по их профилактике)

Suomen sairaaloissa vuosittain hoidetaan noin 1000 palovammapotilasta ja avosektorilla potilaiden määrä on yli kymmenkertainen (Papp, Koljonen & Vuola 2007). Todella vakavia palovammoja on selvästi alle 100 vuosittain, joista Helsingin ja Kuopion palovammakeskuksissa hoidetaan vaikeimmat. Heitä on yhteensä noin 60 potilasta vuodessa. Vakavien palovammojen hoito on keskitetty muualla kuin Suomessa jo vuosikymmeniä sitten palovammakeskuksiin, jotka toimivat alan osaamis- ja koulutuskeskuksina. Suomessa perustettiin ensimmäinen keskus vasta 1980-luvun lopussa HYKS:iin ja joitakin vuosia myöhemmin toinen KYS:iin. (Vuola 2006, 35.)

Tässä tutkimuksessa puhutaan laajojen II – III-asteen palovammojen haavanhoidosta, mikä toteutuu erikoistuneissa palovammayksiköissä Suomessa ja Ukrainassa. Tällaisen potilaiden hoito kehittyy jatkuvasti, mutta melko hitaasti monella osa-alueella (Papp ym. 2007).

Ukrainassa suuntautumisvaihtoehtoni oli kirurginen hoitotyö ja työharjoittelun aikana palovammakeskuksessa tulien kohtaamaan ja hoitamaan monta palovammapotilaita. Suomessa olin jatkanut hoitotyön koulutusta ja opiskelun vappuvaiheessa entisen kokemuksen takia valitsin opinnäytetyön aiheeksi palovammojen hoidon. Tämän opinnäytetyön avulla pystyn kehittämään omaa ammatillista kasvuani asiantuntijaksi. Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään palovammapotilaiden haavanhoitoa potilaiden näkökulmasta.

Aikaisempia palovammahoidosta tehtyjä tutkimuksia löysin vain muutamia. Nuppola (2005) on tehnyt Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulussa ”Aikuisten palovammapotilaiden akuutti päivystyspolikliininen hoito sairaanhoitajien näkökulmasta” -tutkimustyön. Eronen, Lehmonen ja Leinonen (2002) Kajaanin ammattikorkeakoulussa ovat tehneet opinnäytetyönään hoito-ohjekansion hoitohenkilökunnalle aikuisten palovammapotilaiden hoidosta. Savonian ammattikorkeakoulussa Puustinen (1997) on tehnyt opinnäytetyön palovammapotilaan haavanhoidon erityispiirteistä kirurgisella osastolla. Vesterinen ja Virranta (1995) Kuopion terveydenhuolto-oppilaitoksessa ovat tehneet opinnäytetyön palovammapotilaan psyykkisen tuen tarpeesta sairaalahoitajakson aikana. Palovammapotilaiden haavanhoitoa ei ole juurikaan tutkittu Suomessa potilaiden näkökulmasta. Minun näkemykseni mukaan palovammapotilaat ovat kaikkein haastavin ja vaikein potilasryhmä ja siksi tämä työ on erittäin ajankohtainen. Tämän työn pohjalta on mahdollista kehittää palovammapotilaiden haavanhoitoa Suomessa ja Ukrainassa.

2 YLEISTIETOA PALOVAMMOISTA

2.1 Palovamman synty ja kehitys

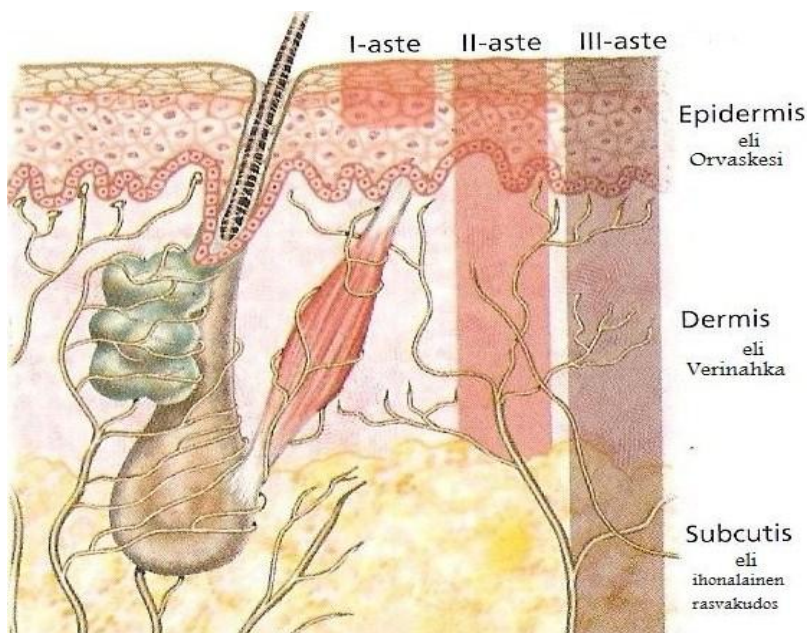
Palovammaksi kutsutaan ihon tai sen alaisten kudosten vauriota, joka syntyy lämmön, kemiallisten aineiden tai sähköön vaikutuksesta (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 730). Yleisimmät palovammamekanismit ovat kuuma neste ja liekki ja niistä liekkivammat ovat yleensä syvempiä (Tomminen 2001, 14). Palovamman syvyys on riippuvainen altistusajasta ja kosketuslämpötilasta. Palovamma syntyy, kun kudoksen lämpötila ylittää +45 C:n. Sen vaikutuksesta alkaa ihon proteiinien denaturaatio eli pysyvä vaurio. Jo + 52 C:n lämpötila aiheuttaa syvän palovamman 20 minuutissa,

+60 C:n lämpötila aiheuttaa pinnallisen palovamman muutamassa sekunnissa. Jos lämmön lähdettä ei saada poistetuksi jäädyttämällä tai vaatteet riisumalla, palovamma syvenee 15 - 20 sekunnissa läpi koko ihon syväksi palovammaksi. Yli sadan asteen lämpötila aiheuttaa alle sekunnin kosketuksella syvän palovamman. (Manninen 1995, 469; Härmä, Mikkonen, Avikainen, Tomminen, Tuominen, Vartio & Kauppinen, 2003, 6.)

Kuumuudesta vaurioitunut kudos vapauttaa lähiympäristöönsä välittäjäaineita, jotka aiheuttavat turvotusta ja iskemiaa. Turvotus lisääntyy seuraavan vuorokauden ajan vammautumisen jälkeen, ja tämän vuoksi palovamma syvenee. (Härmä ym. 2003, 6.)

2.2 Palovammojen luokitus Suomessa ja Ukrainassa

Suomessa ja Ukrainassa palovammat ryhmitellään vamman syvyyden ja laajuuden mukaan. Syvyyden mukaan palovammat perinteisesti luokitellaan **ensimmäisen, toisen ja kolmannen** asteen palovammoihin. Jos palovamma ulottuu ihon pinnallisimpaan kerrokseen eli edipermikseen, kyseessä on ensimmäisen asteen palovamma. Iho on pinnaltaan kuiva, punainen ja arka kosketukselle. Ihossa on turvotusta, muttei rakkuloita. Ensimmäisen asteen palovamma paranee muutamassa päivässä arpia jättämättä. Hoitona on vain rasvaus ja pesu. (Härmä ym.2003, 6.) Alla on kuva ihon rakenteesta ja palovamman syvyydestä.



Kuva 1. Palovamma-asteet

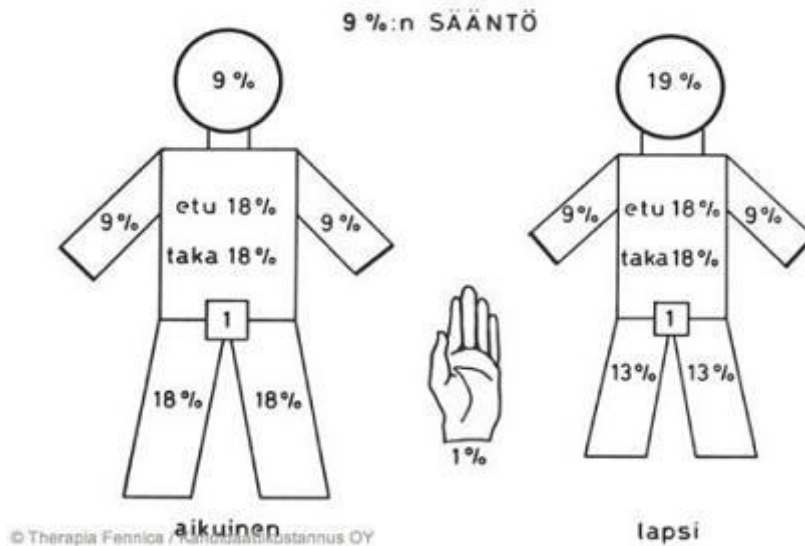
Toiseen asteen palovammoissa ihon pintaosa on vaurioitunut palauttamattomasti ja palovamma on ihon syvemmän kerroksen eli dermiksen tasolla. Palovamman syvyys on vaikeimmin määriteltävissä tässä ihon kerroksessa. (Härmä ym. 2003, 7.)

Toiseen asteen palovamma jaetaan **pinnalliseen** ja **syvään** vammaan. Molemmille vammoille on tyypillistä ihon pintaan rakkuloiden syntymistä. Pinnallisessa palovammaa rakkulat ilmaantuvat parin tunnin kuluttua vammasta, syvässä palovammassa muutaman tunnin kuluttua. Toisen asteen palovammoissa rakkuloiden katto helposti irtoa, ja siksi haavapinnat voi olla kosteita. Pinnallisia toisen asteen palovammoja ovat usein kovin kivuliaita, koska ihon kosketustunto on säilynyt. (Tomminen 2008, 14.)

Pinnallisten toisen asteen palovammojen paraneminen tapahtuu noin kahden viikon sisällä, mutta syvät toisen asteen palovammat vaativat leikkaushoitoa. Mitä kauemmin palovammahaavan paraneminen kestää, sitä työläämpää ja kivuliaampaa sen hoito on, ja sitä varmemmin lopputuloksena on paksu arpi. (Tomminen 2008, 14.)

Palovamman ulottuessa ihon kolmanteen kerrokseen, subkutikseen, haavapinnat ovat kuivia, tunnottomia ja nahkamaisia ja harmahtavia. Kolmannen asteen palovammoissa potilas tarvitsee sairaalahoitoa. Hoitoon kuuluu alueiden kirurginen poisto ja haavapinnan peittäminen ihonsiirteiden avulla. (Härmä ym. 2003, 6 - 7; Tomminen 2008, 14.)

Palovamman **laajuuden** arvioinnissa käytetään ns. 9 %:n sääntöä (kuva 2). Säännön mukaan, potilaan yläraajan ja pään osuus on 9 %, alaraajan osuus on 18 % (2 x 9 %) sekä keskivartalon osuus on 36 % (4 x 9 %) koko kehon pinta-alasta. Pienempien palovamman arvioinnissa voidaan käyttää ns. 1 % :n sääntöä (kuva 2), jossa kämmenen pinta-ala ja sormet yhdessä vastaavat 1 %:n aluetta koko elimistön pinta-alasta. (Tomminen 2008, 14).



Kuva 2. Palovamman laajuuden arviointi

3 PALOVAMMAPOTILAIKIDEN HAAVANHOITO SUOMESSA

3.1 Palovammapotilaan haavanhoidon periaatteet

Palovammapotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta palovammakeskuksissa vastaa hoitotiimi, johon osallistuvat osaston plastiikkakirurgin ja sairaanhoitajien lisäksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, sairaalapastori sekä psykiatri, psykiatrinen sairaanhoitaja ja mahdollisuuksien mukaan potilas itse (Nikkonen & Tuominen 2001, 16).

Palovammapotilaiden haavanhoito kuuluu **sairaanhoitajan tehtäviin** Suomessa. Sairaanhoitajan on tärkeää tietää haavanhoidon periaatteet, sillä hän toteuttaa palovammojen paikallishoidon. Paikallishoidon yhteydessä tapahtuu vammojen tarkkailu ja muutoksista on raportoitava lääkärille. (Virolainen 1995, 110.) Sairaanhoitaja koordinoi ja toimii yhdyshenkilönä potilaan, omaisten ja eri ammattiryhmien edustajien välillä. Sairaanhoitajan teoreettiset tiedot, myönteinen ja kiinnostunut asenne ja taidot palovammapotilaan haavanhoidossa ovat lähtökohta onnistuneelle ja korkeatasoiselle haavanhoidolle. (Lämsä 2001, 22.)

Onnistuneen palovammahaavan hoidon edellytyksenä on **sairaanhoitajan tieto** ihon anatomiasta, palovammahaavan patofysiologiasta ja haavan paranemisprosessin eri vaiheista. Kokemuksen ja teoretiedon perusteella sairaanhoitajat arvioivat palovammahaavan paranemista ja siinä tapahtuvia muutoksia ja määrittelevät sopivan paikallishoidon.

lishoidon hoitotilanteessa yhteistyössä lääkärin kanssa. (Hakala 2001, 25.) Asiantuntijat korostavat, että kokemattomalta sairaanhoitajalta vaaditaan noin 3 - 5 vuoden työkokemus, jotta hän pystyy valitsemaan palovammahaavan hoitoon tarvittavat menetelmät ja tuotteet sekä arvioimaan paranemisessa tapahtuvat muutokset (Manninen-Kauppinen 2001, 9).

Jokaiselle palovammapotilaalle laaditaan yksilöllisen **hoitosuunnitelma**, jossa on ilmaistu haavahoitoon liittyvät ongelmat, tavoitteet ja asianmukaiset hoitokeinot. Haavanhoidon suunnittelussa huomioidaan potilaan hoito kokonaisvaltaisesti, koska haavan paranemiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Esimerkiksi potilaan hyvä ravitsemustila nopeuttaa merkittävästi palovammahaavan paranemista. Hoitosuunnitelman perusteella tehdään oikea paikallishoitoaineiden ja sidosten valinta. Niiden avulla luodaan haavan paranemiselle parhaat mahdolliset edellytykset. (Hakala 2001, 26.)

Ennen **ensimmäistä haavanhoitoa** sairaanhoitajan kannattaa keskustella potilaan kanssa palovamman syntymisestä, potilaan kokemuksista, kivuista, peloista ja hoitomahdollisuuksista. Potilaalle on kerrottava etukäteen mitä haavanhoidossa tapahtuu. Annettavan tiedon täytyy olla yksinkertaista, selkeää ja totuudenmukaista. (Mikkonen 2001, 13.) Lain mukaan potilaalla on oikeus saada selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehtoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista).

Infektion ehkäisy palovammapotilaan haavanhoidossa on erittäin tärkeää. Aseptisella työskentelytavalla pyritään estämään kudosten tai steriilin materiaalin kontaminaatio eli saastutus mikrobeilla. Kontaminaatio voi lisätä infektioriskiä, mikä on yleisin haavan paranemisen häiriö. Haavanhoidossa aseptisen työjärjestyksen mukaan ensin hoidetaan ne potilaat, joilla on puhdas haava ja viimeksi infektoituneet haavat. Yksittäisen potilaan kohdalla puhtaimmat haavat pitää käsitellä aina ensimmäiseksi. (Iivanainen, Scarp & Alahuhta 2008, 25.)

Kivunhoito on tärkeä osa palovammapotilaan hoitoa. Ennen haavanhoidon aloittamista huolehditaan aina potilaan kipulääkityksestä. Potilas on lääkittävä niin, ettei hän tunne haavanhoitoa sietämättömäksi. Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti, sen tulee olla riittävää ja ajoissa annettua, jotta se ehtii vaikuttamaan. Kipu muodostuu jatkuvasti tuntevasta taustakivusta ja haavanhoitoihin liittyvästä käsittelykivusta. Kipulääkityksenä ovat suun kautta tai lihakseen annettavat kipulääkkeet lääkärin ohjeen mukaan, mutta on hyvä muistaa, että myös paikallisia puudutteita tai voiteita. Ne voidaan

käyttää tehokkaina apukeinoina käsittelykivunlievitykseen. Lisääntynyt haavakipu on usein merkki haavainfektiosta. (Mikkonen 2001, 14; Hakala 2001, 26; Koskelo 2006, 30; Leinonen 1991.)

Palovammahaavan **paranemista** arvioidaan jokaisen paikallishoidon yhteydessä. Palovammahaavasta huomioidaan mm. haavapinta, väri, vuoto, turvotus, erityksen määrä ja haju sekä potilaan kokema kipu. Samalla tarkistetaan palovammahaavan ympäröivän ihon kunto. Mikäli palovamma sijaitsee raajassa, niin tarkistetaan myös sen ääreisosien verenkierto. Kaikki tiedot kirjataan haavahoitolomakkeelle ja sen lisäksi sähköisesti. Palovammahaavat valokuvataan tai vamma-alueen koko mitataan. Selkeä haavahoitolomake toteutetusta hoidosta auttaa suunnittelemaan seuraavan haavanhoidotokerran. (Hakala 2001, 26.) Töölön palovammaosastolla sairaanhoitajat täyttävät jokaisen haavanhoidon yhteydessä ns. haavan seurantalomakkeen, mihin kirjataan haavan seurantaan liittyviä asioita (Liite 3).

Palovammapotilaiden hyvä **ravitsemustila** on palovammahaavan paranemista edistävä tekijä, joka voi lyhentää potilaan toipumisaikaa merkittävästi. Palovammahaavan paraneminen riippuu sekä potilaan energiavarastoista että riittävästä ja tasopainoisesta ravintoaineiden (proteiinien, hiilihydraattien, rasvojen, vitamiinien ja kivennäisainesten) saannista. Palovammapotilaalle laitetaan nenämahaletku ensimmäisenä hoitopäivänä. Jotta potilaiden lihassmassa säilyisi ja kudosten paranemiseen ja korjaantumiseen olisi tarvittavia rakennusaineita, potilaille annetaan runsasproteiinisia, runsaskalorisia ja runsaskuituisia ravintovalmisteita sekä vitamiineja että hivenaineita. Ensisijaisesti pyritään enteraaliseen ravitsemukseen, mikä vähentää bakteerien translokaatiota eli siirtymistä verenkiertoon, parantaa immunofunktiota ja suolen toimintaa.

Enteraaliseen ravitsemukseen liittyy vähemmän infektiokomplikaatiota kuin parenteraalisessa ravitsemuksessa. Peruseriaatteena on, että ravitsemuksesta annetaan enteraalisesti niin paljon kuin mahdollista. Potilaat ovat usein janoisia ja tarvitsevatkin runsaasti nesteitä haavaerityksen takia. Ravitsemuksen tukihoidona käytetään testosteronianalogia, esim. oksandrololi, jonka on palovammapotilailla kuvattu vähentävän painonlaskua ja nopeuttavan ihonottokohtien paranemista. (Hakala 2001, 27; Mikkonen 2001, 15, Laitila 2009.)

Palovammapotilaan **fysioterapia** sisältää asento- ja liikehoidot. Asentohoidolla estetään painehaavojen ja hermovammojen syntymistä ja pyritään vähentämään kudostur-

votusta, säilyttämään pehmytkudosten elastisuus, ehkäisemään nivelten virheasentoja sekä suojaamaan mahdollisia ihonsiirrealueita. Liikehoidot sisältävät päivittäisten toimintojen harjoittelua ja hoitoja tulee suorittaa potilaan suihkutuksen yhteydessä tai sen jälkeen, kun iho on joustavampi ja hoidot ovat potilaalle miellyttävämpää. (Hakala 2001, 27.)

Palovammapotilaan toimintaterapia käsittää asento- ja lastahoitoa, arvenhoitoa, apuvälinetarpeen arviointia ja apuvälineiden valmistamista. Varsinainen **arpinhoito** alkaa haavojen parantumisen aikoihin. Haavanhoito on ensiarvoisen tärkeää, sillä mitä kauemmin haavat ovat auki, sitä suuremmalla todennäköisyydellä kasvaa paksu arpi. Siksi akuuttivaiheessa aloitetulla arpihoidolla saavutetaan nopeammin parempi toiminnallinen ja kosmeettinen lopputulos. Arpihoitoon käytetään erilaisia paine- ja tukitekstiilejä, hoitolevyjä, teippejä ja geelejä. (Tomminen 2001, 15.)

Potilaan ja omaisten tukeminen on yhtä tärkeää kuin palovammahaavojen konkreettinen hoitaminen. Hakala (2001) korostaa, että sairaanhoitajan vastuu on kertoa potilaalle ja omaisille mitä, miksi ja miten jotain tehdään. Palovammojen seurauksena potilaalle voi jäädä pitkäaikaisia tai pysyviä vammoja, jotka aiheuttavat toiminnallisten ja kosmeettisten haittojen lisäksi psyykkisiä traumoja. Luonnolliset masennuksen oireet ovat tavanomaisia psyykkisesti koettelevassa tilanteessa, mutta ne ovat useimmiten väistyviä ja ohimeneviä. Hoitohenkilökunnan antama psyykinen tuki voi auttaa potilaita hyväksymään ja sopeutumaan palovammaan liittyviin ulkonäön ja toimintakyvyn muutoksiin. Realistiset tuskan, masennuksen, pettymyksen ja harmin tunteet tarvitsevat oman ulospääsymahdollisuutensa, lähinnä omaisten ja henkilökunnan kanssa käytävillä keskusteluilla. (Hakala 2001, 27.) Kaipila, Korhonen ja Pitkänen osoittivat tutkimuksessaan (1995), että potilaat, jotka ei ollut kokeneet hoitosuhdetta luottamuksellisesti, tunsivat ainoastaan masennusta ja ahdistusta sairaalassa.

Palovammapotilaat ovat usein 1 - 3 vuoden ajan **jatkohoidossa** (Vuola 2006). Hoitoa suunnitellaan ja järjestetään potilaan kotipaikkakunnan terveydenhuollossa. Jatkohoidon tehostamiseksi potilas saa suullisten ohjeiden lisäksi kirjalliset kotihoito-ohjeet, joissa korostetaan ihon puhtauden ja rasvauksen merkitystä kotiolosuhteissa (Mikkonen 2001, 15).

3.2 Pinnallisen toiseen asteen palovammahaavan hoito

Haavanhoidon tulee kohdistua ensisijaisesti haavapinnan parantamiseen ja haavainfektioon estämiseen. Konservatiivinen hoito toteutetaan suihkutuksen, mekaanisen puhdistuksen ja sidevaihdon avulla. Ennen haavanhoitoa aloittamista on syytä suojautua kosteutta läpäisemättömällä suojavaatteella runsaiden haavaeritteiden vuoksi. Haava on käsiteltävä aseptisesti steriloiduin instrumentein ja tehdaspuhtain käsinein. Haavapöytää valmistettaessa on hyvä suunnitella etukäteen hoitoon käytettävät hoitotekniikat ja tarvikkeet. (Mikkonen 2001, 15.)

Haavan puhdistus on haavahoidon perusta. Kaikki palovamma-alueet voidaan puhdistaa vedellä. Palovammahaava suihkutetaan noin 37-asteisella vedellä muutama minuutti kerrallaan. Pesussa ei käytetä voimakkaita paikallisantisepteja. Suihku pehmittää karsta-alueita ja helpottaa siten kuolleen kudoksen poistoa haavasta. Suihku helpottaa myös sidosten irrottamista ja haavahoitotuotteiden puhdistamista haavasta. **Palovammahaava puhdistetaan mekaanisesti** apuvälineiden avulla (atulat, veitsi, sidetaikoksia ja pumpulitikkuja). Suuret rakkulat kannattaa poistaa kokonaan ja rakkulareunat poistetaan. Mekaanista puhdistusta tehdessä on varottava vahingoittamasta uutta epitelisoitunutta kudosta. (Hakala 2002, 25.) Hypotermian estämiseksi on huolehdittava riittävästä potilaan lämmittämisestä. Lämpölamppuja tai lämpökatoksia käytetään suihkutuksen aikana sekä sen jälkeen, koska palovammapotilaan lämmönsäätelykyky on häiriintynyt. (Virolainen 1995, 114.)

Bakteerinäyte otetaan palovammasta potilaan tullessa sairaalaan ja sen jälkeen sairaalassa olevilta potilailta tarpeen mukaan. **Salvahoito** (hopeasulfadiatsiinisalva) aloitetaan puhdistamisen jälkeen. Ensimmäinen sidosvaihto on 2 - 3 vuorokauden kuluessa, jolloin tarkistetaan palovamman ominaisuudet ja syvyys. Jos erityyppinen haava on kohtuullista ja haava on siisti, voidaan tämän jälkeen käyttää rei'ällisiä silikonilevyjä (esim. Mepitel), jotka voivat olla paikoillaan 2 - 5 vrk. Voidaan myös käyttää ns. hydrokolloidilevyjä, jotka lisäksi imevät mahdollisia kudoksen eritteitä. Kun haavaa peittää noin 7 - 10 päivän kuluessa ohut ja kiiltävä epiteeli, tällöin voidaan siirtyä pelkään rasvaukseen ilman peittosidosta. (Hakala 2002, 27.)

3.3 Infektoituneen palovammahaavan hoito

Haavainfektiossa mikrobit ovat päässeet haavapintaa ympäröivään elävään kudokseen. Näin voidaan paikallisesti todeta tavallisimpia haavainfektion oireita, joita ovat punoitus, turvotus, haju ja kuumotus sekä paikallinen kosketusarkuus että särky. Hoitajan on pystyttävä reagoimaan nopeasti potilaaseen ja haavanpinnalla tapahtuviin muutoksiin. Palovammapotilaan eristys tapahtuu kosketuseristyksenä, ja se on tarpeellinen, jos palovamma erittää runsaasti. (Koskelo 2006, 31.)

Antiseptisen aineiden ja sidosmateriaalien käyttö harkitaan potilaskohtaisesti. Tavallisesti käytetään polyvidonijodi paikallisantiseptia (esim. Betadine). Harsotaitos kastellaan liuoksessa, puristetaan kuivaksi, avataan ja laitetaan haavapohjaan sekä peitetään kosteutta säilyttävällä sidoksella ja imevällä sidoksella. Käytettäessä kosteata kompressihoitoa tavoitteena on, että haavalla on koko ajan vaikuttavaa ainetta. Infektoitunut palovammahaava vaatii sidevaihdot vähintään kerran vuorokaudessa. Jokaisen sidevaihdon yhteydessä haava puhdistetaan huolellisesti aiemmasta paikallishoitoaineesta suihkuttamalla vetyperoksidin/keittosuolan avulla. Nekroottinen eli kuollut kudos poistetaan. Puhdistetulta haavalta otetaan bakteeriviljely ainakin kerran viikossa. (Koskelo 2006, 31; Virolainen 1995, 115.)

3.4 Palovammahaavan kirurginen hoito

Syvä dermaalinen ja kolmanteen asteen palovamma vaatii leikkaushoitoa. Haavanhoidon periaatteena on poistaa nekroottiset kudokset ja peittää haavapinta ihonsiirteellä potillaan hemodynaamiikan tasaannuttua. Ihonsiirteet tarttuvat haavapintaan hyytymistehtäjäiden avulla ja saavat ravintoaineet ja hapen alustastaan kunnes verisuonittuvat noin kahden vuorokauden kuluessa. (Härmä ym. 2003.)

Ihonsiirre voi olla ns. reijitetty tai rei'ittämätön ihon puutoksen laajuudesta riippuen. Rei'ittämätöntä ihoa käytetään esimerkiksi kasvojen, käsien ja kaulan alueella esteettisen lopputuloksen saamiseksi. Rei'itetyn ihonsiirteen läpi haavaeritteet pääsevät imeytymään haavasidoksiin, ja tästä syystä ensimmäinen sidevaihto tehdään toisena tai kolmantena päivänä leikkauksen jälkeen. Rei'ittämättömän ihonsiirteen alue tulee tarkistaa jo leikkauspäivän iltana tai heti seuraavana päivänä, koska sen alle voi kertyä kudostenestettä ja verta, jolloin siirteen kiinnittyminen alustaansa voi estyä. (Härmä ym. 2003.)

Ihonsiirteiden tarttumisen kannalta verenvuodon välttäminen ja infektion ehkäisy on tärkeintä. Sen lisäksi asentohoidolla pyritään siihen, ettei siirteeseen kohdistu liiallista painetta, hankautumista tai liikettä. Ihonottoa peitetään leikkaussalissa steriilisti ja sen hoidossa kiinnitetään huomio kivun hoitoon ja infektion ehkäisyyn. Ottokohdan tulee antaa parantua ilman turhia sidosten vaihtoja. (Laine & Stolt-Niemi 2006, 24.)

4 PALOVAMMAPOTILAIEN HAAVANHOITO UKRAINASSA

Oman kokemuksen mukaan palovammapotilaiden haavanhoidon periaatteet ovat hyvin paljon samanlaisia Suomessa ja Ukrainassa. Tässä luvussa keskityn kuvaamaan erilaisuuksia, jotka haavanhoidossa on.

Suomessa sairaanhoitajan toimikuva haavanhoidossa on laajempi kuin Ukrainassa, missä historiallisesti palovammahaavan hoitoa pidettiin vaikeahoitoisena ja juuri sen takia haavanhoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi kuuluvat lääkärin tehtäviin Ukrainassa. Lääkäri on täysin vastuussa haavanhoidosta. Sairaanhoitaja toimii assistenttina ja huolehtii haavapöydän valmistamisesta, paikallishoitotuotteiden ja haavasiteiden riittävydestä. Kipulääkityksestä haavanhoitoa varten huolehtii anestesiologi. (Timoshev 2009.)

Ukrainassa palovammahaavanhoidossa käytetään ns. ”avoimta” ja ”suljettua” menetelmää. Näiden tekniikoiden välillä ei ole ristiriitaa. Ne useimmiten täydentävät toisiinsa, ja niitä voidaan käyttää samanaikaisesti tai peräkkäin potilaan hoidossa. ”Avoimella” menetelmällä tarkoitetaan palovammahaavan nekroottisten kudoksen aktiivista dehydrataatiota eli kuivausta erilaisten paikallishoitoaineiden ja teknisten apuvälineiden avulla. Nekroottinen kudos on erinomainen kasvualusta bakteereille, joten palovammapotilaalla on suuri riski saada infektio. Tässä menetelmässä kuivaus estää mikrobien lisääntymistä palovammahaavassa. Paikallishoitoaineiden valikoima on aika laaja, kuitenkin nykyään useimmiten käytetään hopeaa sisältäviä tuotteita (hopea nitraatti 0,5 %) ja jodia sisältävät tuotteet (jodovidoni, polyvidonijodi). Teknisiin apuvälineisiin kuuluvat aroterapeuttihoitosänky, infrapunavalon- ja muita valolaitteita. ”Avoimella” menetelmällä hoidetaan tavallisesti leikkaamattomia palovammoja, jotka sijaitsevat kasvojen, kaulan, sukuelinten ja välilihan alueilla. (Timoshev 2009.)

Yleisin haavahoitomenetelmä on ns. ”suljettu”, jossa palovammat hoidetaan aseptisillä sidoksilla, ja tämä menetelmä aina täydentää kirurgista hoitoa ja muistuttaa menetel-

mää, mikä käytetään Suomessakin. Haavasidoksien tehtävinä on imeä tehokkaasti liiallista haavaeritettä ja estää sen leviäminen haavaympäristöön sekä suojata haavaa ulkoisilta mikrobeilta että mekaanisilta vaurioilta. Haavasidokset pitävät palovamman haavan kosteana, sopivan lämpöisenä ja happamana, jolloin haavassa olevat paikalliset tekijät edistävät haavan paranemista. Haavanhoitotuotteet valitaan haavan paranemisprosessin vaiheen mukaan. Vältetään liian usein tapahtuvia sidosten vaihtoja. Suosituin paikallishoitotuote on hopeasulfadiatsiini. Sidoksen vaihtojen yhteydessä haava ja haavaympäristö pestään vetyperoksidilla tai keittosuolaliuoksella suihkuttamisen vaihtoehtona. Kirurgi laatii tarkan hoitosuunnitelman jokaiselle potilaalle viikoksi, ja hoitajat toimivat sen mukaisesti. (Shepelev 2009.)

Ukrainassa on jo kauan käytetty erilaisia teknisiä apuvälineitä palovammahaavahoidon osana. Nämä **fysikaaliset hoitomenetelmät** ovat olleet jo pitkään käytössä ja niiden vaikuttavuutta potilaiden kokonaisvointiin on tutkittu perusteellisesti. Ukrainan palovammaosastoilla käytetään valohoitoja, laserhoitoja, sähköstimulaatiohoitoja ja ultraäänihoitoja. Sairaanhoitaja huolehtii, että potilas saa fysikaalisia hoitoja hoitosuunnitelman mukaan ja hänen on tärkeä nähdä hoidon kokonaisuus. (Кірік, Колесник & Дікало 2002, 15 - 18.)

Jokaisessa potilashuoneessa on valolaitteet, jotka tuottavat infrapunavaloa ja ultraviolettisäteilyä. Sairaanhoitaja käynnistää nämä laitteet 4 - 6 kertaa vuorokaudessa tunnin ajaksi. **Valohoidoilla** on todettu olevan biologisia vaikutuksia elävään kudokseen ja haavan paranemisen nopeuteen, ja sen lisäksi ne puhdistavat tehokkaasti huoneen ilmaa mikrobeista ja vaikuttavat kudosta lämmittävästi. (Кірік, Колесник & Дікало 2002, 16 - 18.)

Laserterapiasta on raportoitu suotuisia vaikutuksia potilaan paikallisverenkiertoon ja aineenvaihduntaan, joten haavat paranevat nopeammin. Yhdensuuntaista laservaloa käytetään erityisesti palovammahaavan inflammaatio- eli tulehdusvaiheessa ja silloin, kun palovammapotilasta valmistellaan leikkaukseen. Leikkauksen jälkeinen laserterapia stimuloi ihonsiirteiden tarttumista haavapintaan ja lievittää kipua. (Галибей И.Б 2001, 11.)

Haavan **sähköstimulaatiohoidot** perustuvat palovammahaavan ja sitä ympäröivän ihon jännite-eron manipulaatioon. Yleensä haavalla on positiivinen varaus ja sen ympäröivällä iholla negatiivinen varaus. (Juutilainen 2008, 28.) Sähkömagneettinen

kenttä stimuloi paikallista verenkiertoa haavan alueella ja tällöin vähentää kipua ja turvotusta (Kipik ym. 2002, 17).

Palovammahaavan **ultraäänihoidolla** puhdistetaan tehokkaasti haava mikrobeista, mikä nopeuttaa haavan paranemista. Hoidossa käytetään yli 20 000 Hz taajuuksia ja geelimäistä välittäjäainetta laitteen ja haavapinnan välissä. Hoitoa voidaan toteuttaa 5-10 hoitokerran jaksoina, minkä jälkeen lääkäri arvioi hoidon tuloksellisuutta ja jatko-hoitomahdollisuuksia. (Kipik ym. 2002, 18.)

Ukrainassa korostetaan erityisesti omaisten roolia palovammapotilaan hoidossa, koska omaiset viettävät paljon aikaa sairaalassa ja yleensä osallistuvat aktiivisesti potilaan päivittäiseen hoitoon, esimerkiksi perushoitoon. Omaisella tarkoitetaan palovammapotilaan verisukulaista tai muuta hänen nimeämäänsä läheistä henkilöä. Omaiset kai- paavat tietoa mm. palovammapotilaan hoidosta, voinnista ja jatkohoidosta. Omaiset tarvitsevat tietoa sekä lääkäreiltä että hoitohenkilökunnalta. Ukrainassa lääkäriltä saa- dun tiedon tärkeyttä korostetaan ja heiltä odotetaan ohjausta ja vastauksia kysymyksiin potilaan diagnoosista, hoidosta ja siihen vaikuttavista seikoista. Sairaanhoitajilta taas odotetaan vastausta sellaisiin potilaan fyysiseen hyvinvointiin liittyviin kysymyksiin kuten verenpaine, lämpö ja päivittäiseen hoitoon kuuluvat asiat. (Shepelev 2009, Ti- moshev 2009.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten palovammapotilaiden haavanhoito toteutuu Suomessa ja Ukrainassa, palovammayksiköissä sijaitsevien potilaiden ku- vaamana. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ja ymmärrystä palovammapotilai- den haanhoidon todellisuudesta ja kehittämistarpeista molemmissa maissa. Näistä tavoitteista on johdettu seuraavat tutkimusongelmat:

1. Miten palovammapotilaiden haavanhoito toteutuu Suomessa potilaiden kuvaamana?
2. Miten palovammapotilaiden haavanhoito toteutuu Ukrainassa potilaiden kuvaamana?

3. Minkälaisena palovammapotilaat kokevat heille annettavan palovammahaavan hoidon Suomessa?
4. Minkälaisena palovammapotilaat kokevat heille annettavan palovammahaavan hoidon Ukrainassa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

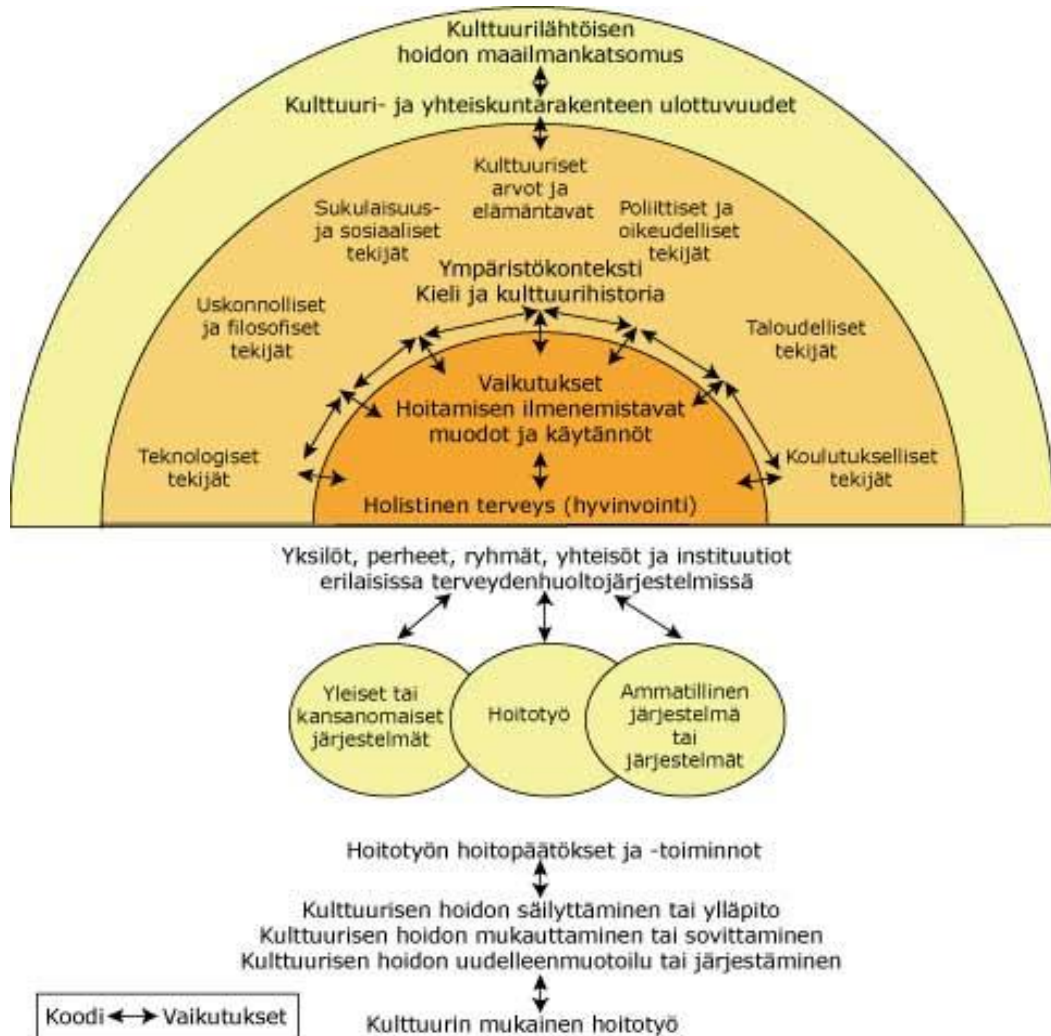
6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa palovammapotilaiden haavanhoidosta, millaista se on potilaiden kuvaamana. Kyseessä on laadullinen tutkimus, jossa kuvaillaan potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia haavanhoidosta. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa uuden tiedon saannin puutteellisesti tunnetusta asiasta tai ilmiöstä (Krause & Kiikkala 1996). Tässä tutkimuksessa pyritään saavuttamaan täsmällistä tietoa palovammapotilaiden haavanhoidosta, joka tapahtuu erikoistuneissa palovammaosastoissa Suomessa ja Ukrainassa.

Tässä tutkimuksessa on myös kulttuurintutkimuksen piirteitä. Hoitotyötä ja hoitamista on alettu tarkastella kulttuurisena ilmiönä, omana kulttuurinaan, jo monta vuotta sitten (Nikkonen, Janhonen & Juntunen 2003, 44). Esioletuksena on, että kulttuurintutkimuksessa pyritään keräämään hoitokulttuurisia faktoja ja aluksi kuvataan tutkimusympäristö eli ”kulttuuri”. Transkulttuurisen hoitotyön perustaja Madeleine Leininger on kehittänyt kulttuurilähtöisen hoidon teoriaansa, joka on suunnattu erityisesti hoidon ja hoitamisen tutkimiseen. Leiningerin teoriaan perustuvissa tutkimuksissa kuvaillaan hoitamisen sisältöjä eri kulttuureissa. (Nikkonen ym. 2003, 51.) Tämä hoitotyön teoreetikko on laatinut ns. auringonnousumallin kuvaamaan teoriansa pääelementtejä. Auringonnousumalli symboloi hoitamisen eli ”auringon” nousua (Kuva 3). Ympyrän ylimmällä tasolla ovat kulttuurilähtöisen hoidon maailmankatsomus, kulttuuri- ja yhteiskuntarakenteen osatekijät, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kieleen ja ympäristön välityksellä. Toisessa tasossa ovat teknologiset, uskonnolliset, filosofiset, sukulaisuus- ja sosiaaliset tekijät, kulttuuriset arvot, elämäntavat, poliittiset, taloudelliset ja koulutukselliset tekijät. Yhdessä nämä puoliskot muodostavat yhtenevän auringon, joka edustaa kaikkea sitä, mitä sairaanhoitajien tulee ottaa huo-

mioon ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa ja terveyttä. Tämän mallin peruseriaatteena on se, että ihminen on erottamaton kulttuuristaan ja yhteiskuntarakenteestaan. (Alexander, Beagle, Butler, Dougherty, Roberts, Solokin & Valetta 1994, 410 - 422.) Tässä tutkimuksessa käytettiin soveltaen Leiningerin Auringonmouksumallia hoitokulttuuriin tutustumisen apuvälineenä.



Kuva 3. Leiningerin auringonmouksumalli

Keskeinen kysymys kulttuuritutkimuksessa on se, miten hyvin tutkija tuntee paikallisen hallinnon ja sen käytännöt sekä ihmisten välisen kanssakäymisen säännöt, koska epävirallinen viestintä toimii usein virallisen edellä (Nikkonen ym. 2003, 60). Tässä tutkimuksessa tutkija oli asunut ja työskennellyt tutkimusympäristössä yli 10 vuotta eli perusteellisesti tutustunut siihen. Jotta olisin saanut tutkimusluvan Ukrainassa, minä käännyin entisen esimieheni puoleen, joka nykyisinkin on palovammakeskuksen yli-

lääkäri. Meidän väliset aikaisemmat luottamukselliset työsuhteet auttoivat, ja sain helposti tutkimusluvan. Sen jälkeen pääsin haastattelemaan ukrainalaisia palovammapotilaita.

Tutkimuksen aineiston keräämisessä käytettiin teemahaastattelua palovammapotilaiden kanssa. Puolistrukturoitua haastattelumenetelmää kutsutaan teemahaastatteluksi. Teemahaastattelu on osoittanut menetelmäksi, jonka avulla paljastuu asioita, joita tuskin voitaisiin saada selville muilla keinoin (Hirsjärvi & Hurme 1993, 8).

Teemahaastattelua on paljon käytetty laadullisen tutkimuksen aineistokeruumenetelmänä. Teemahaastattelujen avulla on mahdollista hankkia tietoa aloilta, joita on aiemmin huonosti tunnettu ja vähän kartoitettu. Haastateltavalle annetaan mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35). Teemahaastattelussa tutkija keskustelee vapaamuotoisesti haastateltavan kanssa kysellen tämän mielipiteitä ja näkemyksiä ennalta määritellyistä aiheista tai teemoista. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 35 - 36.) Etukäteen kartoitetaan ne kysymykset, joista halutaan tietoa. Teemoista muodostetaan lista. (Hirsjärvi, Remus & Sajavaara 1997, 195.)

Teemahaastattelulla on myös eräitä haittoja, koska haastattelussa saadaan paljon tutkimusaiheen kannalta epärelevanttia materiaalia. Haastattelun haittana on myös pidetty sitä, että haastattelussa ei voida taata samaa anonymiteettia kuin lomakkeilla. Haastattelu on tutkijalle huomattavasti vaativampi. Teemahaastattelun etuna on mahdollisuus selventää vastauksia ja tarvittaessa voi tehdä lisäkysymyksiä, jotka syventävät jo saatuja tietoja. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 16 - 35.)

Tässä tutkimuksessa käytetty teemahaastattelurunko oli taustatietojen lisäksi jaettu kolmeen teema-alueeseen. Ensimmäinen teema käsitteli tutkimukseen osallistuneiden palovammapotilaiden taustatiedot, toinen teema käsitteli palovammahaavanhoitoon liittyviä potilaiden kokemuksia ja ajatuksia siitä, miten hoito heidän kohdallaan oli toteutunut. Kolmas teema sisälsi käsityksiä palovammapotilaan ja sairaanhoitajan välisestä hoitosuhteesta. Haastattelurungon ja kysymyksien ymmärrettävyyden tarkistamiseksi varasin aikaa Töölön palovammaosaston osastonhoitajan kanssa, ja me yhdessä teimme pieniä haastattelukysymyksien korjauksia.

6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

6.2.1 Töölön palovammaosaston kuvaus

Suomessa tutkimusaineisto hankittiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omistaman Töölön sairaalan palovammaosastolla. Nikulan (2008) mukaan potilaita palovammaosastolla on noin 150 vuosittain ja heistä yleensä 30 - 40 on pahoin palaneita. Paljon on myös plastiikkakirurgista tehovalvontaa tarvitsevia potilaita. Palovammaosastolla hoidetaan tehohoitoisia, vuodeosastohoitoisia ja polikliinisesti hoidettavia palovammapotilaita sekä paleltumapotilaita.

Palovammaosastolla on kolme tehopaikkaa ja kolme vuodeosastohoitoisen potilaan paikkaa yhteensä kolmessa huoneessa. Osasto kuuluu kirurgiaan toimialaan, tukielin-kirurgiaan kuuluvaan plastiikkakirurgiaan. Osastonylilääkärinä toimii plastiikkakirurgian erikoislääkäri. Osastolla on virka-aikana oma tehohoitoon perehtynyt anestesiologian erikoislääkäri. Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajan lisäksi osastolla on 26 sairaanhoitajaa. Viikoittain osastolla toimii monniammatillinen ns. Burn Team, johon kuuluu edellä mainittujen lisäksi psykiatri, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, fysio- ja toimintaterapeutti sekä sairaalapastori. (Laitila 2009.)

6.2.2 Zaporizhja kaupungin palovammakeskuksen kuvaus

Ukrainassa tutkimusaineisto hankittiin Zaporizhja-kaupungin palovammakeskustasta, joka on toiminut vuodesta 1982. Palovammakeskuksessa on kaksi osastoa, lasten ja aikuisten. Lasten osastolla työskentelee oma hoitoryhmä, joka koostuu lastenhoitajista ja lastenlääkäreistä. Aikuisten puolella on 16 potilashuonetta, joista 4 on tehohoito-huoneita. Teho-hoito huoneessa hoidetaan vain yhtä potilasta kerrallaan. Yhteensä osastolla 40 hoito-paikkaa. Hoitohenkilökuntaan kuuluu kolme erikoissairaanhoitajaa ja osastonhoitaja sekä kolme perushoitajaa. Samoissa tiloissa sijaitsee kaksi fysioterapiahoitohuonetta, joissa työskentelee samaan aikaan fysioterapeutti ja fysioterapiaan perehtynyt sairaanhoitaja. Nykyään palovammakeskuksessa työskentelee 4 anestesialääkärinä, 6 plastiikkakirurgiaan erikoistuneita lääkäreitä ja niiden lisäksi 2 amanuenssia. (Shepelev 2009.)

6.2.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto muodostui ukrainalaisten ja suomalaisten palovammapotilaiden kertomuksista, jotka saatiin teemahaastattelujen avulla. Ukrainassa tutkimukseen osallistuivat palovammakeskuksessa hoidossa olleet kuusi potilasta, jotka saivat palovammahaavan hoitoa päivittäin ja joilla oli laajoja II - III-asteen palovammoja. Etukäteen oli keskusteltu osastonlääkärin kanssa siitä, minkälainen ja minkäkokoinen potilasryhmä vastaisi parhaiten tutkimukseni ongelmanasettelua. Tutkimukseen osallistuneista informoitiin etukäteen sen vapaaehtoisuudesta hoitavan lääkärin välityksellä. Tällä pyrittiin varmistamaan laadukas aineisto. Ukrainassa aineisto kerättiin heinäkuussa 2009. Teemahaastattelut tehtiin potilashuoneissa, ja haastattelupaikka oli rauhaa, tuttu ja turvallinen palovammapotilaille. Haastattelu jokaisen potilaan kanssa kesti noin 30 minuuttia.

Suomessa haastattelin kolmea polikliinisesti hoidettavina olevaa palovammapotilasta, jotka tulivat kaksi kertaa viikossa Töölön poliklinikalle palovammahaavanhoidon vuoksi ja joilla oli laajoja II – III-asteen palovammoja. Ennen jokaista haastattelua varmistin haastateltavien potilaiden vapaaehtoisuuden sekä selvitin heille tutkimuksen luottamuksellisuuden. Haastattelut tehtiin rauhallisessa huoneessa ja ne niiden kesto vaihteli 20 - 40 minuuttiin. Ennen jokaisen haastattelua palovammapotilaille annettiin saatekirje, joka selvensi potilaille, mitä tutkitaan ja miksi. Lisäksi siinä mainittiin, että tutkimukselle oli anottu tutkimuslupa. Saatekirjeessä mainittiin myös se, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja nimetöntä, eikä kenenkään henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa.

Sekä Suomessa että Ukrainassa haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna, jotta jokaisen oma näkemys tulisi mahdollisimman hyvin esille. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella ja litteroitiin sanasta sanaan.

Aineisto koostuu palovammapotilaiden suullisesti ilmaisemista kokemuksista heidän saamasta palovammahaavan hoidosta. Osa aineistoa oli lyhyttä ja ytimekästä, osassa taas haavanhoitoa pohditaan laajasti.

6.3 TUTKIMUSAINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI

Tutkimusaineiston käsittely aloitettiin kuuntelemalla nauhoitettu tutkimusmateriaali useamman kerran läpi. Kun tutkittavasta materiaalista muodostui jonkinlainen kuva, aineisto kirjoitettiin sana sanalta kirjalliseen muotoon teema-alueittain. Tutkimusaineiston käsittely oli loogisesti helppo tehdä samalla tavoin teema-alueittain kuin itse haastattelu. Vastaukset luettiin useampaan kertaan vertailemalla vastauksia sekä etsimällä niistä eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivisen tutkimuksen induktiivista (eli aineistolähtöistä) sisällön analyysimenetelmää, jossa tutkimuksen tarkoitus ja aineisto ohjaavat analyysin kulkua. Deyn (1995) mukaan, laadullinen sisällön analyysi keskittyy merkityksiin ja ne välittyvät pääasiassa kielen ja toiminnan kautta. Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan erinomaisesti käsitellä kirjalliseen muotoon saatettua aineistoa järjestelmällisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4).

Induktiivisessä sisällön analyysissä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Analyysin tekninen ja ensimmäinen vaihe lähtee liikkeelle aineiston alkuperäisilmausujen pelkistämisestä. Aineistossa kysytään tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Ensinnä tunnistetaan aineistosta asiat, joista tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, ja näitä ilmaisevia lauseita pelkistetään yksittäiseksi ilmaisuksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102.)

Ryhmiteltäessä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmauksista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Tämän vaiheeseen kuuluu jo tulokintaa ja aineiston käsitteellistämistä eli abstrahointia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103.)

Tämän jälkeen analyysiä jatketaan yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorialle annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä kategorioita niin kauan kuin se on mahdollista. Abstrahoinnin avulla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103.) Lopuksi tulokset koottiin teema-alueittain yhdeksi ehjäksi kokonaisuudeksi.

6.4 TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET

Tutkimuksessa eettisten kysymyksien pohtiminen oli tärkeää, koska tutkimuksen kohteena oli ihminen. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelussa pyrittiin kysymään sellaisia asioita, jotka olivat tutkimuksen kannalta perusteltuja. Tutkimuksen eettisyys liittyy myös tiedonhankintaan, tulkittavien tieto-suojaan sekä tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta. Tutkimuksen tulee olla siihen osallistuvalla vapaaehtoinen eikä se saa vahingoittaa tulkittavaa millään lailla. Myös tutkittavien anonymiteetti on säilytettävä ja hänen antamansa tiedot on käsiteltävä luottamuksellisesti. (Vehviläinen-Julkinen 1997, 26–34.)

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkija haki virallisen tutkimusluvan Ukrainassa ja Suomessa. Lupa tutkimuksen suorittamiseen saatiin Zaporizhja-palovammakeskuksen ylilääkäri Petro Timosheveltä 10.7.2009 ja Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin tutkimuksesta vastaavalta lääkäriltä Jari Salolta 31.8.2009 (Liite 1).

Potilaille oli laadittu saatekirje, jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumiseen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Haastattelu-aika ja -paikka järjestettiin tutkitaville sopivaksi. Tutkimukseen osallistuvilta kysyttiin vielä suullisesti suostumusta tutkimukseen osallistumiseksi ja samalla esitettiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.

Tutkittavien anonymiteetti säilytettiin, tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti, ja ne olivat vain tutkijan käytössä. Tutkimusaineistoa käytettiin vain tämän tutkimuksen tekemiseen, ja aineistoa käsitteli ainoastaan tutkija. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto hävitettiin.

6.5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen keskeisiä ominaisuuksia ovat luotettavuus eli reliabiliteetti ja validiteetti eli pätevyys. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2000, 213.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Sisällön analyysin haasteena

pidetään sitä, kuinka tutkija onnistuu pelkistämään saadun aineiston ja miten tutkija pystyy kuvaamaan saatujen tulosten yhteyden alkuperäiseen, pelkistämättömään aineistoon. (Nieminen 1997, 215.)

Kulttuurisen tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa ns. uskottavuus, eli miten totuus on muotoutunut tutkijan ja haastateltavien kesken (Nikkonen ym. 2003, 72). Haastateltavilla ja tutkijalla oli yhteinen äidinkieli, joten he ymmärsivät toisiaan täydellisesti. Haastateltavat luottivat täysin haastattelijan ammattitaitoon ja halusivat aidosti kertoa kaiken tietonsa tutkimusongelmien liittyen. Tämä vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta vähentävänä tekijänä näin ensisijaisesti sen, että sekä ukrainalainen kirjallisuus että teemahaastattelut oli suomennettu, jolloin joidenkin asioiden ymmärtäminen oli voinut jäädä puutteelliseksi. Teemahaastattelut ukrainalaisten palovammapotilaiden kanssa oli tehty tutkijan ja tutkittavien äidinkielellä eli ukrainan kielellä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, mikä mahdollisti vastusten myöhemmän tarkastelun. Sitten käänsin kaikki materiaalit suomeksi englannin kielen opettajan avulla. Opettajan äidinkieli oli suomi.

Haastattelupaikan pitäisi olla rauhaisa sekä haastateltavalle tuttu ja turvallinen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74). Tässä tutkimuksessa kaikki haastattelut tehtiin rauhallisissa potilashuoneissa palovammaosastoilla, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

7 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen tulokset

7.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Ukrainassa tutkimukseen osallistui kuusi palovammapotilasta, joista neljä oli miehiä ja kaksi oli naista. Heidän ikänsä vaihteli 25 vuodesta 56 vuoteen. Vastanneista kaksi oli avioliitossa, kolme oli naimattomia ja yksi oli leski. Heistä peruskoulun käyneitä oli kolme, ammatillisen koulutuksen omaavia kaksi ja yhdellä oli akateeminen loppu-tutkinto.

Kahdelle eri tehtaassa työtä tehneelle miehelle oli sattunut vahinko tulen kanssa työaikana, ja sen seurauksena he olivat saaneet laajoja palovammoja. Yhden nuoren miehen palovammojen syynä oli ollut moottoripyörän tulipalo. Yksi nainen sanoi saaneensa palovammoja kesämökillä kaasulaitteiden väärinkäytöksen yhteydessä. Vastaajista ainoastaan yksi palovammapotilas selvisi asuntopalosta syntymäpäivänsä vieton jälkeen. Näiden lisäksi yksi potilas sai laajan palovamman autokorjaamossaan, kun hän yritti itse korjata autonsa. Ukrainalaiset palovammapotilaat olivat olleet osastolla hoidossa keskimäärin 3 - 5 viikkoa. Melkein kaikki potilaat osasivat hyvin kuvailla palovammojen sijaintia kehossansa.

Suomessa tutkimukseen osallistui kolme palovammapotilasta, josta kaksi miestä oli eronnut ja kolmas miespotilas oli naimaton. Potilaiden ikä vaihteli 45 – 60 vuoden välillä. Kaikilla oli taustalla ammatillinen tutkinto. Kaksi miestä oli saanut selän, pakenemisen ja jalkojen palovammoja saunassa alkoholin vaikutuksen alaisena. Yksi potilas selvisi asuntopalosta ja sai kasvojen, ylävartalon ja käsien palovammoja. Kaikki haastateltavat oli pitkäaikaishoidossa HUS:in poliklinikalla ja ennen sitä Töölön palovammaosastolla. Potilaiden mukaan heidän hoitonsa oli kestänyt jo monta kuukautta ja heidän oli vaikeaa muistaa tarkasti hoitajakson pituutta.

Sekä ukrainalasten että suomalaisten palovammapotilaiden vastauksista kävi kuitenkin ilmi, etteivät vastaajat aina osanneet sanoa, olivatko heidän palovammat tulehtuneet vai ei. Eräs haastateltavista ilmoitti asian näin:

”Luotan täysin ammattilaisten diagnoosiin ja tarjoamaan hoitoon...minusta, ei sillä väliä ovatko haavat tulehtuneet vai ei..”

7.1.2 Palovammahaavan hoito

Ukrainassa palovammahaavanhoidosta pääsääntöisesti vastaa ja sitä toteuttaa kirurgi eli palovammapotilaan omalääkäri. Joka päiväsen lääkärikierroksen aikana kirurgi arvioi haavanhoidon tarvetta. Omalääkärin lisäksi palovammapotilaat mainitsivat sairaanhoitajat, lääkärinharjoittelijat ja anestesiaalääkärit, jotka myös osallistuivat haavanhoidon ja toimivat kirurgin assistentteina. Potilaiden mukaan heidät tuotiin kaikissa tapauksissa haavanhoidon varten toimenpidehuoneeseen. Potilaat arvioivat, että jokaiseen haavanhoidon meni keskimääriin 45 minuuttia.

Suomalaiset palovammapotilaat saivat palovammahaavanhoidon sekä suihkutushuoneessa että potilashuoneessa. Potilaat totesivat, että haavanhoitoa teki useimmiten kaksi sairaanhoitajaa samanaikaisesti. Haavanhoitotiheys riippui aina tarpeesta: potilaat kertoivat, että haavanhoito oli hyvin säännöllistä ja se kesti noin puoli tuntia.

Sekä ukrainalaiset että suomalaiset palovammapotilaat kokivat myönteisesti sen, miten hoitotarvikkeiden ja hoitoaineiden oli etukäiteis valmistettu haavanhoidon varten:

”ei tarvinnut odottaa pitkään kuin esimerkiksi poliklinikalla, ennen kun hoitaja hakisi kaikenlaisia tarvikkeita”

Palovammahaavanhoidon keinojen määrittämiseksi haastateltavat joutuivat hieman pohtimaan vastauksiaan. Ukrainalaiset palovammapotilaat mainitsivat ennen kaikkea haavan mekaanisen puhdistamisen, haavan sidonnan antiseptisillä sidoksilla ja fysioterapeuttiset hoitajaksot. Suomalaiset potilaat totesivat, että palovammahaavan suihkuttaminen on keskeinen haavanhoitokeino ja muistivat vielä Flamazine-voiteen, joka oli jokaisen haavanhoidon aikana käytettävissä.

Kysyttäessä potilailta, tuntuiko haavanhoito joskus epämiellyttäviltä, kaikki potilaat totesivat, että se oli aina epämiellyttävää. Kuitenkaan he eivät osanneet nimetä mitään erityistä syytä siihen. Keskusteluissa ukrainalaisten potilaiden kanssa tuli ilmi, että palovammahaavan mekaaninen puhdistaminen tuntui erityisesti epämiellyttävältä.

Suomalaiset potilaat kertoivat suihkutuksen ennen haavanhoitoa pelottaneen heitä, koska se tuntui erittäin epämiellyttävältä. Kuitenkin kaikki potilaat ilmoittivat, että heidän pelkojaan oli huomioitu palovammahaavanhoidon yhteydessä. Kaksi haastateltavista koki pesu- ja suihkutilanteet kielteisesti.

”potilaalle jokainen suihkuttaminen saattaa olla pelottava, hoitajalle se on rutiinia, siihen kannattaa kiinnittää todella huomiota ja varata aikaa”

Palovammapotilaan kivunhoidon koskevia kysymyksiä oli kaksi. Ensimmäinen kysymys koski potilaiden tuntemaa kipua haavanhoidon aikana ja myös selvitettiin, oliko potilaille annettu tietoa haavanhoidon edellisestä kivunhoidosta ja ohjattiinko potilasta

raportoimaan kivusta. Toisessa kysymyksessä tiedusteltiin keinoja, joiden avulla palovammahaavapotilaiden kipua hoidettiin.

Osa ukrainalaisista potilaista koki, että kivunhoito ei ollut riittävän tehokasta ja että he ovat usein joutuneet pyytämään lisäkipulääkettä palovammahaavanhoidon aikana. Potilaat kuvailivat haavanhoitokipua mm. sanoilla ”sanoinkuvaamatonta”, ”räjähtävää”, ”sietämätöntä” ja ”kovaa”. Potilaiden mukaan erityisen kivuliasta ovat ihonotokohdat. Näin tunteneille potilaille ehdotettiin jatkossa nukutusmahdollisuutta haavanhoidon aikana.

Palovammapotilaat, jotka tunsivat erityisen voimakasta kipua haavanhoidon aikana, totesivat myös, että palovamman jälkeen he sietivät kipua paljon huonommin kuin ennen palovammaa. Heidän kivunsietokykynsä oli siis huonontunut palovammatapaturman jälkeen.

Loput potilaat kokivat kestäneensä haavanhoidon aiheuttaman kivun hyvin, vaikka anestesia lääkäri ja sairaanhoitaja ohjasivat heitä raportoimaan kivusta ja tarvittaessa pyytämään lisälääkitystä. Potilaat eivät osanneet nimetä kipulääkettä, jota he saivat, he ainoastaan mainitsivat, että se on ”jonkunlainen lääkeinfuusio”.

Suomalaiset palovammapotilaat olivat sitä mieltä, että heidän kipuaan haavanhoidon aikana on hoidettu riittävästi ja että he saivat kipulääkitystä tarpeeksi usein. Lääkehoidon tukena käytettiin myös asentohoitoa, kylmäpakkauksia ja musiikin kuuntelua. Yksi potilas kertoi kuitenkin, että jotkut sairaanhoitajat olivat aliarvioineet hänen kipunsa määrää, ja hän myös toivoi hoitajien vaihtavan haavasidoksia nopeammin.

”Kyseltiin monta kertaa miltä haavanhoito tuntuu, haluanko kipulääkettä ”

”Olen saanut ymmärtämystä ja kipulääkettä aina kun olen halunnut ”

”Musiikilla pyrittiin kiinnittämään huomiooni muualle haavanhoidon aikana...”

Seuraava kysymys koski palovammapotilaiden kokemuksia ravitsemuksesta osaston hoidon aikana. Ukrainalaisista potilaista lähes kaikki kokivat ravintoon ja ruokailuun liittyvät asiat myönteisinä:

”Hoitajat olivat aina valmiina auttamaan, kun tunsin nälän tai janon tunnetta”

Kaikkien suomalaisten palovammapotilaiden mukaan ravitsemusterapeutti on käynyt läpi potilaiden sen hetkisen ravitsemustilanteen ja sen vaikutuksen palovammahaavojen paranemiseen. Potilaat saivat riittävästi tietoa ravitsemusasioissa, ja se vaikutti positiivisesti potilaiden hoitoon sitoutumiseen:

”Vaikea yrittää syödä ruokaa kun ei o ruokahalua ollenkaan tai jos on pahaolo...”

”Olisi helpompi löytää yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa niitä keinoja, joilla juuri minun kohdalla olisi mielekästä ravitsemusasiaan vaikuttaa..”

Seuraavassa kysymyksessä palovammapotilailta tiedusteltiin sitä, tuntuiko heistä osaston korkea lämpötila sopivalta. Osa ukrainalaista potilaista tunsivat olonsa viluiseksi haavanhoidon aikana, vaikka toimenpidehuoneen lämpötila oli yli 30 astetta. Suomalaiset palovammapotilaatkin tunsivat olonsa viluiseksi erityisesti suihkutuksen jälkeen:

”Koko ruumistani pitkin kulkivat vilun väreet..sairaanhoitaja toi lämpöpeitteen, mutta vilu ei ottanut talttuakseen joten haettiin toinen samanlainen peite. ”

”Jouduin pyytämään kaksi kertaa hoitajia nostamaan huoneeni lämpötilan ”

7.1.3 Palovammapotilaan ja sairaanhoitajien välinen hoitosuhde

Ukrainalaiset palovammapotilaat tiesivät pääsääntöisesti, kuka on heidän omahoitajansa, koska sairaanhoitajat esittäytyivät potilaille jokaisen hoitosuhteen alussa. Vain

yhdellä potilaalla oli vaikeuksia muistaa, kuka hänen omahoitajansa oli, ja hän ei ehkä erottanut omahoitajaa korvaavasta hoitajasta tai lähihoitajista. Kahden potilaan mielestä turvallisuuden tunnetta lisää se, että aina samat hoitajat käyvät hoitamassa. Ukrainassa yhden palovammapotilaan hoidosta vastaa yksi erikoissairaanhoitaja koko työvuoron aikana. Suurin osa potilaista koki neuvottelevansa hoitotyönsä tavoitteista omahoitajansa kanssa. Potilaiden mukaan he arvostivat hoitajien työtä ja luottivat hoitajien osaamiseen ja tunsivat aitoa välittämistä. Neljän potilaan mielestä omahoitaja on pystynyt vastaamaan heidän odotuksiinsa:

”Tosi hyvin ja oikein avuliaita sairaanhoitajia, etenkin omahoitaja, joka on parhaiten tuttu ja luotettava ihminen. ”

”Rauhallinen ja asiallinen henkilökunta. Työtä tehtiin hymyillen..”

”..tytöt selvittivät koneet ja lääkeaineet perusteellisesti..”

”Olen kyllä aika vaativa potilas, mutta mitä tahansa kysyinkin, niin hoitajat selvittivät ja hoitivat asian.”

Suomalaiset potilaat olivat epävarmoja, kuka heidän omahoitajansa on. Sen syynä voi olla se, että Töölön palovammaosastolla käytetään hoitotiimi-työskentelytapaa, johon kuuluu 2 - 3 sairaanhoitajaa samana aikana ja sen lisäksi lääkärejä, fysioterapeutteja ja lähihoitajia. Palovammapotilaat kuitenkin kokivat tietävänsä, kuka kuuluu heidän hoitotiimiinsä. Kiitosta saivat sairaanhoitajien ystävällisyys, asiallisuus ja vuorovai-
kutus:

”..ei ole selkeää mielikuvaa kuka omahoitaja on ja mitä hän tekee...”

”Tytöt olivat auttavaisia..toiveet toteutettiin ja tarpeita huomioitiin haavanhoidossa”

Enemmistö ukrainalaista potilaista oli sitä mieltä, että heille kerrottiin tyydyttävästi, mitä tapahtuu haavanhoidon aikana ja missä järjestyksessä hoitotoimenpiteet suoritetaan. Kuitenkin jotkut potilaat olisivat halunneet lisätietoja kirurgilta, joka oli toimenpiteen suorittaja, eli tiedon saannissa palovammahaavanhoidon aikana näytti olevan jonkin verran puutteita.

”Lääkäri olisi voinut enemmän keskustella ”

”..lääkärit vain puhuivat kesken minun haavasta, ei minulle ”

”Jos lääkäri sanoisi enemmän minun tilanteesta..”

Suomalaiset palovammapotilaat olivat tässä suhteessa täysin eri mieltä, ja heidän mielestään he olivat saaneet riittävästi tietoa haavanhoidon aikana. Sen lisäksi heitä ei kiinnostunut kovin, mitä ja missä järjestyksessä sairaanhoitajat tekevät haavanhoidon aikana, koska he luottivat hoitajien ammattitaitoon ja kokemukseen. Kaksi potilaista muisti, että jotkut sairaanhoitajat oli halukkaita kommentoida tekemistään haavanhoidon aikana, kun toiset olivat hiljaisia, etenkin nuoremmat hoitajat, mutta se ei haitannut mitenkään potilaita:

”tytöt suorittivat jokaisen (haavanhoidon) tehtävänsä mallikkaasti..”

”..kerrottiin koko ajan mitä milloinkin tehdään ja mitä sen jälkeen tapahtuu, etenkin minun ikäisiä hoitajia näin toimivat, ei valitettavasti nuoria ”

”..hienoa kun minua kohdellaan yksilönä eikä suurena massana...

”Se on täysin persoonasta kiinni..jotkut ovat halukkaita keskustella ja kannustaa, jotkut ei..mutta tytöt turvallisen oloisia ja ystävällisiä.”

7.2 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tutkimusongelmiin sain riittävät ja hyvät vastaukset teemahaastattelujen avulla, vaikka vastaajajoukko olikin hyvin pieni (Ukrainassa n=6, Suomessa n=3). Kaksi ensimmäistä tutkimusongelmaa selvittää miten palovammapotilaiden haavanhoito toteutuu todellisuudessa Suomessa ja Ukrainassa potilaiden kuvaamana. Tulosten perusteella voisi sanoa, että palovammahaavanhoito toteutuu molemmissa maissa hyvin ja se on *kulttuurinmukaista*. Kulttuurimukaisuuden näkee ensisijaisesti siinä, että hoidon antajan ja hoidon vastaanottajan roolit eroavat jonkin verran Suomessa ja Ukrainassa.

Ukrainalaisen sairaanhoitajan toimintakuva perustuu Ukrainan terveysministeriön lakeihin, jotka sisältävät säädökset terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuuksista potilaiden hoidossa. Näiden säädöksiin pääviitteenä on se, että kirurgisen sairaanhoitajan päätehtävänä on avustaa lääkäriä erilaisissa hoitotoimenpiteissä. Sen lisäksi sairaanhoitajien tehtäviin kuuluvat erilaiset kliiniset toimenpiteet, kuten kanylointi, rokotukset, verenpaine- ja verensokerimittaukset sekä muut kädentaidot, joista lääkäri kantaa vastuuta, koska kaikki edellä mainitut tehtävät pitää suorittaa lääkärin valvonnassa. Sairaanhoitajat toimivat pääosin potilaan vuoteen vierellä ja ottavat vastaan tietoa potilaalta, hänen omaisiltaan ja muilta hoitoon osallistuvilta. Perushoidosta Ukrainassa vastaavat pääosin lähihoitajat ja potilaiden omaiset. (Timoshev 2009.)

Sairaanhoitajat eivät ole yhtä arvostettuja Ukrainassa kuin Suomessa, mutta kuitenkin sairaanhoitajat ovat Ukrainassa arvojärjestyksessä lääkäreiden jälkeen seuraavia. Sairaanhoitajan koulutus Ukrainassa kestää noin 2,5 vuotta, kun Suomessa vastaava koulutus on vuoden pidempi. Se voi osaltaan selittää, miksi sairaanhoitajan vastuu on isompi Suomessa. Tämän tutkimuksen tuloksista kävi ilmi myös, että ukrainalaisten sairaanhoitajien osuus haavanhoitajina ja tiedon antajina on pienempi kuin lääkäreiden vastaava osuus. Ukrainassa lääkäriltä saadun tiedon tärkeyttä korostetaan ja heiltä odotetaan monipuolisia vastauksia kysymyksiin potilaan diagnoosista, lääkehoidosta, ennusteesta, ravitsemuksesta sekä haavanhoidosta. Sairaanhoitajilta taas odotetaan vastausta sellaisiin potilaan fyysiseen hyvinvointiin liittyviin kysymyksiin kuten lämpö ja verenpaine sekä kivunhoito. (Shepelev 2009.)

Tuloksen perusteella ukrainalaiset potilaat olivat asettaneet omalääkärin ensisijaiseksi tiedonlähteeksi haavanhoitoaan koskevissa asioissa eivätkä näin huomioineet hoitajien vastuuta heidän haavanhoidostaan. Potilaat toivoisivat nimenomaan lääkärin keskustelevan heidän kanssaan ja kertovan heille asioita haavanhoidon aikana. Jotkut potilaat ilmoittivat haluavansa lisää haavanhoitoon liittyvää tietoa omalääkäriltä.

Suomessa monet lääkärin tehtävät on nykyään siirretty sairaanhoitajan vastuulle. Palovammapotilaan voimien muutoksien seuranta sekä niistä tiedottaminen ja palovammahaavanhoito kuuluvat täysin pelkästään sairaanhoitajan tehtäviin. Suomalainen sairaanhoitaja on vastuussa kaikista suorittamistaan toimenpiteistä, ja sen lisäksi hän toimii tiiviissä yhteistyössä lääkärin kanssa. Suomessa palovammapotilaille sairaanhoi-

tajan antama tietomäärä ennen haavanhoitoa, ja sen aikana oli haastateltavien mielestä sopiva.

Seuraavissa kahdessa tutkimusongelmassa selvitettiin palovammapotilaiden kokemuksia saamastaan haavanhoidosta. Sekä ukrainalaiset että suomalaiset palovammapotilaat ovat kertoneet kokeneensa hyvin samankaltaisia asioita palovammapotilaiden hoidon yhteydessä. Näin ollen potilaiden kokemuksista saadut tulokset ovat yleistettävissä.

Yllättävää oli se, että palovammahaavanhoidon kivunhoito Ukrainassa oli riittämättömää. Huomio tuloksissa kiinnittyi siihen, että monet palovammapotilaat kertoivat hoitotoimenpiteistä johtuneiden kipujensa olleen pahimmillaan sietämättömiä. Potilaat kokivat erityisesti ihonottokohdat kipeämmiksi kuin leikatut alueet. Tämä kiinnitti huomion siksi, ettei haavanhoidon aikaisessa kivunhoidossa tulisi pyrkiä siihen, ettei potilaan kipu ole voimakkuudeltaan lievää kipua voimakkaampaa missään vaiheessa. Leinosen (1991) mukaan palovammapotilaan kivunhoidossa kivun ennaltaehkäisy on helpompaa kuin jo hyvin voimakkaaksi yltäneen kivun poistaminen. Potilaiden kokemaa käsittelykipu vaikuttaa hoidon kulkuun, potilaan paranemiseen ja sairautteen sopeutumiseen. Tehokas kivunhoito on aina aiheellista turhien kärsimysten ja kroonisen kipuoireyhtymän estämiseksi. (Vesterinen & Virranta 1995, 12.) Suunnitelmallisuus ja nopeus vaihdettaessa palovammapotilaan haavasidoksia on ensisijaisen tärkeää, jotta käsittelykipu olisi mahdollisimman lyhytaikaista.

Suomalaiset palovammapotilaat olivat kivunhoitoon tyytyväisiä. Palovammapotilaiden kipuja lievitettiin toteuttamalla heidän yksilöllisiä toivomuksia esimerkiksi asennon, levon ja musiikin kuuntelun suhteen. Myös erilaisilla lääkkeillä pyrittiin lievittämään kipuja. Kaikki palovammapotilaat toivoivat myös nopeaa ja kivutonta haavanhoitoa.

Suurin osa potilaista kertoi tuntuneensa pelkoa ja epämiellyttäviä tunteita haavanhoidon aikana. Eniten epämiellyttäviä tunteita ukrainalaisille potilaille oli aiheuttanut palovammahaavan mekaaninen puhdistaminen. Suomalaiset potilaat pelkäsivät eniten suihkutilanteita. Palovammapotilaan ja sairaanhoitajan välinen vuorovaikutussuhde, jossa potilas tuntee olonsa mukavasti ja jossa potilas voi jakaa huolensa, lievittää osan potilaan tuntemasta pelosta. Potilaan pelkoja voisi vähentää se, että hän saa haavanhoitoa koskevaa teoreettista tietoa. Vesterinen ja Virranta (1995) korostivat tutkimuk-

sessaan, että palovammapotilaalla etukäteisinformaation on todettu vähentävän psyykkistä stressiä ja pelkoa sekä lisäävän turvallisuuden tunnetta. Palovammapotilaille olivat tärkeämpiä sairaanhoitajien antama rauhoittelu ja keskustelu kuin teknisesti aikaansaatu apu pelottavissa tilanteissa. Potilaan tieto hoitoaan koskevista asioista lisää luottamusta ja turvallisuuden tunnetta hoitoa kohtaan. Tiedonannon tulisi olla totuudenmukaista, täsmällistä ja johdonmukaista.

Luottamuksen ja yhteistyön luomisen oman hoitajan kanssa ukrainalaiset potilaat arvioivat melko hyväksi. Potilaiden mukaan heidän turvallisuutta palovammaosastolla lisäisi se, että samat hoitajat kävivät heitä hoitamassa. Potilaiden toiveita hoitajien ominaisuuksista olivat ystävällisyys, turvallisuus ja pysyvyys. Vastausten perusteella suomalaiset potilaat eivät ymmärtäneet omahoitajuuden osuutta palovammaosastolla, koska omahoitajuus ei ole kaikilla osastoilla samalla tavoin toteutettu. Potilaat kuitenkin kokivat tietävänsä, kuka kuuluu heidän hoitotiimiinsä. Kiitosta saivat sairaanhoitajien ystävällisyys, asiallisuus ja vuorovaikutus.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten palovammapotilaiden haavanhoito toteutuu nykyään sekä Suomessa että Ukrainassa. Lisäksi tavoitteena oli kuvata suomalaisten ja ukrainalaisten potilaiden kokemuksia palovammahaavanhoidosta. Pyrkimyksenä oli saada tuloksia, joiden avulla palovammahaavan hoitoa voidaan kehittää molemmissa maissa.

Tulosten mukaan palovammahaavanhoito on molemmissa maissa kulttuurinmukaista. Hoitotyö on aina jollakin tapaa kulttuurisidonnaista. Hoitotyö Ukrainassa ja Suomessa perustuu lainsäädäntöön ja sen lisäksi osaltaan yhteiskunnassa ja hoitotyössä vallitseviin arvoihin ja eettisiin käsityksiin. Hoitokulttuurien välisistä suurista eroista nostaisin esiin etenkin eroavaisuudet sairaanhoitajan roolista tiedonantajana ja haavanhoidon toteuttajana Suomessa ja Ukrainassa.

Leiningerin ”Auringonnousunmallissa” toisessa tasossa mainitut koulutukselliset ja teknologiset tekijät vaikuttavatkin palovammapotilaiden hoitamisen muotoihin ja käytäntöihin. Ukrainassa palovammahaavanhoidossa laajasti käytetään erilaisia fyysikaalisia hoitomenetelmiä. Sairanhoitajien koulutus on lyhyt ja sen takia monet hoitajan tehtävät ovat siirretty lääkäriin. Tämän tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että uk-

rainalaiset potilaat olivat asettaneet omalääkärin ensisijaiseksi tiedonlähteeksi haavanhoitoaan koskevissa asioissa eivätkä näin huomioineet hoitajien vastuuta heidän haavanhoidostaan. Ukrainalaiset vastaajat olivat kokeneet kipua haavanhoidon aikana ja suomalaiset palovammapotilaat olivat kokeneet pelkoa haavanhoitoa kohtaan. Tulos on samansuuntainen Vesterisen ja Virrannan (1995) saaman tuloksen kanssa, jonka mukaan potilaat kokivat pelkoa palovammahaavanhoidon aikana ja myös ennen sitä.

Haavanhoitoon liittyvä ohjaus ja tiedon antaminen Suomessa koettiin hyväksi. Kehitettävää Ukrainassa löytyi lääkärin ja palovammapotilaan välisestä vuorovaikutuksesta, yksilöllisestä ja riittävästä potilasohjauksesta palovammahaavanhoidon aikana. Molemmien maiden vastaajat olivat kokeneet sairaanhoitajien ammattitaitoisena ja ystävällisenä.

Tämän opinnäytetyön suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä työmäärä yllätti suuruudellaan. Tiedonhankintavaiheessa mietin, että minkälaista tietoa palovammoista Ukrainassa on saatavilla ja mistä löydän vertailukelpoista materiaalia tarpeeksi, jotta tutkimus on riittävän kattava. Ukrainalaisesta ja suomalaisesta kirjallisuudesta ja haastatteluissa asiantuntijoiden kanssa sain hyvän teoreettisen viitekehyksen, joka tuki omia ajatuksiani ja tavoitteitani. Lähteitä olen käyttänyt tässä opinnäytetyössä monipuolisesti ja pyrkinyt käyttämään ajankohtaisia tietolähteitä.

Kuten aikaisemmin tutkimuksen luotettavuutta pohtiessani vastaajien joukko oli hyvin pieni. Olisin halunnut selvittää kokemuksia suuremmalta ryhmältä, jolloin tutkimuksen luotettavuus olisi ollut parempi.

Useissa harjoittelujaksoissani kirurgisilla osastoilla ja terveyskeskuksessa huomasin, että sijaiset ja uudet työntekijät eivät aina pysty hahmottamaan palovammapotilaiden haavanhoidon periaatteita, ja se on ymmärrettävää, koska niiden potilaiden hoito vaatii erikoisosaamista ja edes lisäkoulutusta. Toivottavasti tätä opinnäytetyötä voivat hyödyntää ne ihmiset, jotka tarvitsevat viimeistä tietoa palovammahaavanhoidosta. Tämä tutkimus voi myös olla hyödyllistä niille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka halusivat tutustua ja perehtyä eteläeurooppalaiseen hoitokulttuuriin. Tutkimuksessani esitetyt ukrainalaiset haavanhoitomenetelmät voi nostaa kiinnostusta palovammayksikössä työskentelevillä ammattilaisilla ja lisätutkimus tarvetta Suomessakin.

Ammattitaitoisen hoitajan olisi hyödyllistä tunnistaa erilaisten kulttuurien erityispiirteitä ja toimia niiden mukaan potilaan hyväksi. Kulttuurien kirjoittamattomat toimintasäännöt tulevat esille juuri silloin, kun joku muu tekee asioita toisella tavalla. Jokaisen hoitajan on hyvä tiedostaa omien käsitystensä ja käytöksensä kulttuurillisia sidonnaisuuksia. Mielestäni erilaisten hoitokulttuurien ja hoitomenetelmien kohtaamisessa molemmat osapuolet hyötyvät toistensa näkökulmista.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia palovammahaavanhoitoa ja sen arviointia sairaanhoitajien näkökulmasta. Haavanhoitoala on erittäin vaativa, ja se asettaa sairaanhoitajille aina uudet haasteet, ja sen takia hoitajien mielipiteitä olisi hyödyllistä tutkia. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisin palovammapotilaan haavanhoitoa kotiutumisen jälkeen, koska haavanhoito ei pääty sairaalasta lähtemiseen.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli kokemuksena antoisa ja mielenkiintoinen. Saamani positiivinen palaute työnohjaajista yllätti ja tuntui hyvältä. Toivon, että tämä työ johtaisi sen lukijoiden kautta siihen, että palovammapotilas, jolla on laajat palovammahaavat, saisi mahdollisimman hyvää hoitoa ja olisi saamaansa hoitoon tyytyväinen.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Alexander, J., Beagle, C., Butler, P., Dougherty, D., Robards, K., Solotkin, K. & Velotta, C. 1994. Madeleine Leininger: Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa: Marriner-Tomey, A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä, s. 410–422.

Dey, I. 1993. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists. London: Routledge.

Hakala, P. 2002. Palovammapotilaan haavahoidon periaatteet. Haava 1/2002, s. 25 - 27

Hakala, P. 2001. Palovammapotilaan haavahoidon periaatteet. Haava 3/2001, s. 25 - 27.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1993. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Härmä, M., Mikkonen, K., Avikainen, T., Tomminen, O., Tuominen, R., Varpio, O. & Kauppinen, M. 2003. Vaikeat palovammat. Ihopotilaiden keskusliiton julkaisu.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen. Helsinki: Tammi, s. 730 - 736.

Iivanainen, A., Scarp, E. & Alahuhta, M. 2008. Aseptiikan toteutuminen haavanhoidossa. Haava 4/2008, s. 25.

Juutilainen, V. 2008. Laitteet haavanhoidossa. Haava 2/2008. s. 28 - 29.

Kaipila, S., Korhonen, R. & Pitkänen, K. 1995. Aikuisten palovammapotilaan fyysinen ja psyykinen kipu sekä hoitajien keinot lievittää niitä potilaan näkökulmasta katsottuna. Opinnäytetyö. Kotkan hoito- ja palvelualueen oppilaitos.

Кірік О.В., Колесник Ю.П. & Дікало С.А. 2002. Застосування фізіотерапевтичних засобів у комплексній терапії обгорілих. Teoksessa: Повстяной Н.Е, Козинець Г.П, Таран В.М. Пути совершенствования лечения ожоговых ран, s. 16-18.

Koskelo, S. 2006. Palovammojen paikallishoito. Haava 2/2006, s. 30 - 31.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammerpaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/99.

Laine, S. & Stolt-Niemi, T. 2006. Ihon ottokohta ja ihonsiirteen hoito. Haava 2/2006, s. 24 - 25.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 12.8.1992.

Lämsä, M. 2001. Arvokas iho. Haava 1/2001, s. 22 - 23.

Manninen, K. 1995. Kirurginen hoito. 6 painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Manninen-Kauppinen, E. 2001. Palovammaosaston toiminta vuosina 1988–2000. Haava 1/2001, s. 9.

Mikkonen, K. 2001. Palovammahaavan hoito. Haava 1/2001, s. 13 - 15.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkinen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, s. 215.

Nikkonen, M., Janhonen, S. & Juntunen, A. 2003. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, s. 44–73.

Nikula, M. 2008. Palovamman hoito vaatii erikoisosaamista. Verkko-husaari 6/2009. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivut. Saatavissa:

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;14828;14829;7967;25944;25967;25958> [Viitattu 17.2.2009].

Nikkonen, M., Tuominen, R. 2001. Palovammapotilaiden fysio- ja toimintaterapia. Haava 1/2001, s. 16.

Niskanen, T. 1999. Palovammapotilaiden selviytyminen ja selviytymisen tukeminen. Opinnäytetyö. Kuopion yliopisto.

Papp, A., Härmä, M., Ruokonen, E. & Alhava, E. 2001. Palovammat KYS:n palovammakeskuksessa 1994–2000. Duodecim 117(16):1637–1640.

Papp, A., Koljonen, V. & Vuola, J. Vaikeiden palovammojen hoito. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=palovamma. [Viitattu 16.8.2009].

Raatikainen U. 2001. Ammattitaitoa edistävä harjoittelu ulkomailla – Tie menestykseen sairaanhoitajan kansainvälisten ammattitaitovaatimusten saavuttamisessa? Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Hyvinkää.

Siirilä, N. 2008. Tehohoitotyön laatu. Sairaanhoitaja ja osastonhoitaja laadun arviojana. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi Oy.

Эпидемиология ожогов и мероприятия по их профилактике. Donetsk lääketieteellisen yliopiston Internet-sivut. Saatavissa: <http://www.aboutburn.com/content/view/12/29/>. [viitattu 15.8.2009].

Tomminen, O. 2008. Palovammapotilaan arpihoito. Haava 2/2008, s. 14 - 15.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Jyväskylä: WSOY.

Vesterinen, S. & Virranta, S. 1995. Potilaan, jolla on laaja-alainen palovamma, psyykkisen tuen tarve hoitoryhmän jäsenten kokemana sairaalahoitajakson aikana. Opinnäytetyö. Kuopion terveydenhuolto-oppilaitos.

Virolainen, S. 1995. Palovammapotilaiden hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Tampere: Tammerpaino Oy.

Vuola, J. 2006. Palovamman hoito. Haava 3/2006, s. 35 - 37.

Галибей И.Б. 2001. Лазерорефлексотерапия в лечении обожженных. Хмельницкий: ЦНТЭИ.

Painamattomat lähteet:

Laitila, M. Osastonhoitaja. Haastattelu 11.9.2009. Helsinki: Töölön sairaalan palovammaosasto.

Leinonen, J. 1991. Palovammapotilaan kivun hoito. Helsinki: Töölön sairaala. Palovammapäivien luentolyhennelmä. 7.3 – 8-3.

Shepelev, S. Vastaava plastiikkakirurgi. Haastattelu 10.7.2009. Zaporizhja-kaupungin palovammakeskus.

Timoshev, P. Palovammakeskuksen osastonlääkäri. Haastattelu 7.7.2009. Zaporizhja-kaupungin palovammakeskus.

KUVAT

Hietänen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen. 2003. Palovamma-asteet.

Therapia Fennica. Palovamman laajuuden arviointi.

Marriner-Tomey, A. 1994. Leiningerin auringonnousumalli.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

1. Ikänne, siviilisäätyenne, koulutuksenne.
2. Miten/Mistä ja minkä tekijöiden yhteydessä saitte palovamman?
3. Kuinka pitkään olette olleet palovammaosastolla?
4. Palovamman sijainti kehossanne ja miten laajat teidän mielestänne palovammahaavat ovat? Pystytkö sanomaan ovatko teidän palovammahaavat infektoituneet vai eivät?

Palovammahaavan hoito

1. Kuka tekee palovammahaavanhoitoa teille ja kuinka usein? Osallistuvatko joku muu haavanhoitoon (esim. lääkärit, fysioterapeutit, lähihoitajat)?
2. Miten säännöllinen teidän mielestänne haavanhoito on?
3. Missä paikassa osastolla tapahtuu haavanhoito?
4. Kuinka kauan palovammahaavan hoito tavallisesti kestää?
5. Suunnitteleeko sairaanhoitaja etukäteen haavanhoitoon käytettävät hoitoaineet ja tarvikkeet?
6. Pystytkö sanomaan, mitä hoitokeinoja sairaanhoitajat käyttävät palovammahaavan hoidon aikana? Ja miten ne auttoivat?
7. Miten kestätte palovamman aiheuttaman kivun haavanhoidon aikana? Ohjataanko teitä raportoimaan kivuistanne?
8. Mitä keinoja sairaanhoitajat käyttävät lievittääkseen kipuanne?
9. Herättääkö palovammahaavan hoito teissä joskus epämiellyttäviä tunteita? Jos kyllä, niin millaisia ne ovat?
10. Onko Teidän ravinto osastolla monipuolista ja riittävää?
11. Onko mielestänne osastolla tai huoneessanne sopiva lämpötila?

Palovammapotilaan ja sairaanhoitajien välinen hoitosuhde

1. Onko teille nimetty ns. omahoitaja(t)?
2. Onko omahoitajan ja teidän välinen suhde mielestänne luottamuksellinen?

3. Kun tapaisitte omahoitajan ensimmäisen kerran, keskustelitteko hänen kanssaan mm. palovamman syntymisestä, teidän kipukokemuksista, peloista ja hoitomahdollisuuksista?
4. Kommentoiko omahoitajanne teille mitä ja missä järjestyksessä hän tekee haavanhoidon aikana? Jos kommentoi, antoiko se turvallisuuden tunnetta teille?
5. Saitteko riittävästi omahoitajalta tukea ja tietoa jaksakseen eteenpäin?

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLIKKO HYKS-sairaanhoitoalue 2009 Operatiivinen tulosyksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 138 31.08.2009	1 (2) Dnro
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------

Hakija	sairaanhoitajaopiskelija Natalya Aleksandrova
Esittelijä	johtava ylihoitaja Arja Tuokko
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN TUTKIMUKSELLE: PALOVAMMAPO- TILAIEN HAAVANHOITO SUOMESSA JA UKRAINASSA POTILAIEN KUVANA
Perustelut	<p>Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Natalya Alaksandrova anoo tutkimuslupaa opinnäytetyölleen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää palovammapotilaiden kokemuksia haavahoidosta Suomessa ja Ukrainassa.</p> <p>Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla potilailta Suomessa ja Ukrainassa. Ukrainassa potilaiden (n = 6) haastattelut on jo tehty. Natalya Alaksandrova anoo lupaa haastatella potilaita (n = 3-4) Töölön sairaalan palovammakeskuksessa. Teemahaastattelun runko on tutkimuslupapäätöksen liitteenä. Potilaille on laadittu saatekirje, jossa kerrotaan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta ja potilaan suostumus vahvistetaan vielä suullisesti kysymällä. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtori Kristiina Mettälä ja lehtori Anja Roikonen Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Aineiston kerääminen tapahtuisi elokuussa 2009.</p> <p>Ylihoitaja Anna-Maija Kaira on tietoinen opinnäytetyöstä ja hän on suostuva sen toteuttamiselle.</p> <p>Opinnäytetyön avulla saadaan vertailevaa tietoa kahden eri maan haavanhoidon käytännöistä palovammapotilaiden kokemana. Tieto auttaa terveydenhuollon henkilöstöä arvioimaan palovammapotilaan haavanhoidon laatua.</p>
Päätös	Edellä olevan perusteella päätän, että sairaanhoitajaopiskelija Natalya Aleksandrovalle myönnetään tutkimuslupa esitetyle tutkimukselle ajalle 31.8. - 14.10.2009.
Ehdot	<p>Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonyymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten potilastietojen kopioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät julkaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuhtekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.</p> <p>Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa lyhyt yhteenveto EVO-tutkimuksesta vastaavalle lääkärille, tulosyksikön johtajalle ja johtavalle ylihoitajalle.</p>
Valmistelija	Koulutussuunnittelija Leena Timonen puh. 050 - 427 0568 tai 09 - 471 78407 e-mail osoite: leena.timonen@hus.fi.
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, Yleiskirje 22/2000 Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) Henkilötietolaki (523/1999) Laki viranomais toiminnan julkisuudesta (621/1999)

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
HYKS-sairaanhoitoalue 2009
Operatiivinen tulosityksikkö

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 138
31.08.2009

Dnro

2 (2)

Päätösvallan peruste

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Potilasvahinkolaki (585/1986)

HYKS-sairaanhoitoalueen toimintaohje, kohta 3
HYKS-sairaanhoitoalueen johtajan päätös § 26 (31.01.2007)

Jari Salo
EVO tutkimuksesta vastaava lääkäri

Tiedoksi

sairaanhoitajaopiskelija Natalya Aleksandrova
johtava ylihoitaja Arja Tuokko
ylihoitaja Anna-Maija Kaira
koulutussuunnittelija Leena Timonen
hoitotyön kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castrén
hoitotyön kliininen asiantuntija Satu Rauta
hoitotyön kliininen asiantuntija Jaana Kotila
hoitotyön kliininen asiantuntija Ulla Turunen
hoitotyön kliininen asiantuntija Jaana Lunnela

Lähetetty tiedoksi 31.8.2009/tv

HAAVAN SEURANTALOMAKE

Haavatyyppi	p.o.p.	Peiteina/ paikallishoito	Väri	al.pv.	Side/ vrk	Arviointi

Erityishuomiot _____ Suihkutus _____

Hoitaja/lääkäri/pvm: _____