



Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä

Roosa Lundén, Sanni Pakarinen

Laurea-ammattikorkeakoulu

**Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle RENASYS
TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä**

Roosa Lundén, Sanni Pakarinen
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Toukokuu 2023

Roosa Lundén, Sanni Pakarinen

Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä

Vuosi

2023

Sivumäärä

4040

Haavanhoito kuuluu sairaanhoitajan perustaitoihin. Haavanhoidon vuosikustannukset muodostavat ison osan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Oikein hoidettu haava nopeuttaa sen paranemista, vähentää potilaan kärsimystä ja on taloudellisesti tehokkaampaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää Espoon sairaalan hoitohenkilökunnan osaamista RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, joka muodostuu kirjallisesta raportista ja opetusvideosta. Hoitohenkilökunnalta kerättiin palautetta opinnäytetyön tuotoksena tehdyn opetusvideon tarkoituksenmukaisuudesta kyselylomakkeen muodossa. Kirjalliseen raporttiin koottiin viimeisin tutkimustieto haavan paranemisprosessista, haavan hoidosta, alipaineimuhoidosta, RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteesta, potilaan ohjauksesta ja opetusvideosta. Tutkimusten mukaan systemaattinen haavanhoito ja kokonaisvaltainen potilasohjaus vaikuttaa merkittävästi haavanhoidon onnistumiseen. Aktiivisesti haavaa puhdistava alipaineimuhoido edistää haavan paranemista. Selkeältä ja lyhyeltä videolta ohjeet ovat nopeasti kerrattavissa ja useat katselukerrat edistävät oppimista. Opetusvideossa esitetään RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käyttöohjeet.

Asiasanat: alipaineimuhoido, haava, haavanhoito, opetusvideo, RENASYS TOUCH

Wound management is among the basic nursing competencies. Properly treated wound accelerates its healing, reduces the patient's suffering and is economically more efficient. The annual costs of wound management represent a large part of the total cost of health care in Finland. The purpose of this thesis was to produce an educational video of the RENASYS TOUCH Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) device for the clinical staff at Espoo Hospital. The aim of this thesis was to educate the clinical staff at Espoo Hospital on the usage of the RENASYS TOUCH NPWT device.

The thesis was conducted as a functional thesis that is composed of the theoretical framework written report and an educational video. A survey was conducted for the clinical staff to receive feedback on the expediency of the educational video. The theoretical framework written report compiled the latest research on the wound healing process, wound management, NPWT, RENASYS TOUCH NPWT device, patient counselling, and an educational video. The studies indicated that the systematic wound management and comprehensive patient counselling significantly impacts on the success of wound management. The actively cleansing NPWT improves wound healing. The instructions can be quickly recapped from a detailed and short video and several viewing sessions promote learning. Operating instructions of the RENASYS TOUCH NPWT device are introduced in the educational video.

Keywords: educational video, negative pressure wound therapy, RENASYS TOUCH, wound, wound care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen tausta.....	7
2.1	Haava ja paranemisprosessi	7
2.2	Haavanhoitosuunnitelma	8
2.3	Laadukas haavanhoito ja aseptiikka	9
2.4	Alipaineimuhoido	12
2.5	Haavan alipaineimuhoidon toteutus RENASYS TOUCH -laitteella.....	13
2.6	Potilaan ohjaus ja hoidon seuranta.....	15
2.7	Opetusvideo.....	16
3	Opinnäytetyön työelämäkumppani	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	18
5	Opinnäytetyöprosessi	18
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	18
5.2	Opetusvideon suunnittelu ja toteutus.....	19
5.3	Opetusvideon arviointi	21
6	Pohdinta	24
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	24
6.2	Opetusvideon tarkastelu	26
6.3	Kehittämissuhteet ja jatkokutkimusaiheet	27
	Lähteet.....	28
	Kuviot	34
	Liitteet	35

1 Johdanto

Haavanhoidon osaaminen kuuluu sairaanhoitajan perustaitoihin (EUR-Lex 2013/55/EU) ja osaava hoitotiimi on edellytys asianmukaiselle haavanhoidolle (Atkin ym. 2019; Palve 2017). Oikein hoidettu haava paranee nopeammin, potilas kärsii vähemmän ja se on taloudellista niin yhteiskunnalle kuin potilaalle (Atkin ym. 2019; Hietanen & Juutilainen 2018; Juutilainen 2018a; Kallio, Lagus, Isoherranen & Matikainen 2020). Suomessa käytetään arvioiden mukaan 2-6% terveydenhuollon kokonaiskustannuksista haavojen hoitoon (Kallio ym. 2020; Krooninen alaraajahaava 2021; Soppi 2020). Kansainvälisten tutkimusten perusteella esimerkiksi diabeetikon jalkahaava aiheuttaa noin 10 000 euron vuosittaiset hoitokustannukset (Diabeetikon jalokaongelmat 2021) ja yhden laskimohaavan hoito maksaa noin 8600 euroa/vuosi (Krooninen alaraajahaava 2021). Pelkästään painehaavojen aiheuttamat kustannukset ovat Suomessa vuositasolla jopa 420-630 miljoonaa euroa ja niiden arvioidaan aiheuttavan 500-1000 ihmisen kuoleman (Soppi 2020).

Haavojen alipaineimuhoido vaikuttaa suotuisasti haavan paranemiseen poistaen haavan alueelta ylimääräistä nestettä, bakteerimassaa sekä kuolleita soluja. Alipaineen muodostama mekaaninen kudoksen venytys ja imuvaikutus vaikuttavat edistävän granulaatiokudoksen muodostumista ja haavan seudun verenkiertoa. Yhtenä haavan alipaineimuhoidon tärkeimmistä tavoitteista onkin siis haavan siistiytyminen tehostuminen ja vitaliteetin parantuminen. Alipaineimuhoido pyrkii auttamaan haavan paranemisessa, jolloin haavan lopullinen paraneminen voidaan saattaa loppuun joko kirurgisesti tai konservatiivisesti. (Juutilainen 2021.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää hoitohenkilökunnan osaamista RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä. Opinnäytetyö tehtiin Espoon sairaalalle, joka oli opinnäytetyön työelämäkumppani. Työelämäkumppanilla oli tarve RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen opetusvideolle, joka olisi lyhyt ja siitä olisi helpposti löydettävissä alipaineimulaitehoidon eri vaiheiden ohjeet myös nopeaa kertausta varten. Selkeä video tuli olla katsottavissa sekä isolta ruudulta että pieneltä älypuhelimien näytöltä, ja olla helpposti ja nopeasti saatavilla.

Haavanhoidosta alipaineimulaitteilla on ammattikorkeakouluissa tehty opinnäytetöitä aiemminkin, mutta ainoastaan kaksi suomenkielistä opetusvideota alipaineimulaitteen käytöstä on julkaistu. YouTube -videopalvelusta on saatavilla Peltosen (2020) opetusvideo PICO-alipaineimulaitteen käytöstä sekä Peltosen ja Nykoppin (2022) video V.A.C.-alipaineimuhoidon siidosten vaihdosta, mutta ei yhtään suomenkielistä opetusvideota RENASYS-laitteista.

2 Teoreettinen tausta

2.1 Haava ja paranemisprosessi

Haavaksi määritellään rikkoutunut iho tai ihonalaiskudos sairauden tai akuutin trauman seurauksena (Hietanen & Juutilainen 2018; Mikä on haava? Terveyskylä, Haavatalo 2021). Tyypillisesti haava paranee kolmen vaiheen kautta. Ensimmäisenä on inflammaatio- eli tulehdusreaktiovaihe, joka on kehon oma puolustusreaktio akuuttiin haavaan. Inflammaatio näkyy haava-alueella samanlaisena kuin infektio, jolloin iholla voi punoittaa, kuumottaa, alue voi olla turvonnut ja kipeä. Noin 24-48 tuntia ihon vaurioitumisesta, inflammaatiota seuraa proliferaatio- eli korjausvaihe, jossa kudოსvaurioalue alkaa eheytyä solu- ja kudostasoilla. Lopuksi noin parin viikon kuluttua, haavanparanemisessa alkaa maturaatio- eli kypsymisvaihe. Tällöin korjausvaiheessa muodostunut kollageeni muuttuu vahvemmaksi ja haava-alueen vetolujuus lisääntyy. Haavan maturaatiovaihe kestää yli puoli vuotta tai jopa vuoden. (Lagus 2018; Haavan paranemisvaiheet, Terveyskylä, Haavatalo, 2021.) Kroonisessa haavassa nämä vaiheet ovat heikentyneitä ja pitkittyneitä (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021; Lagus 2018; Miten voi estää kroonisten alaraajahaavojen uusiutumista? Terveyskylä, Ihotautitalo, 2017).

Hoidon lisäksi haavan paranemiseen vaikuttavat monet muutkin tekijät. Sisäisesti haavan paranemista auttavat parhaiten kudoksen happiosapaine, hyvä verenkierto, monipuolinen ravitsemus, taustasairauksien hoitotasapaino ja stressin hallinta. Haavan paranemiseen vaikuttavia paikallisia tekijöitä ovat mm. bakteerienkasvua estävä happamuus, haavan optimaalinen kosteus, paranemiselle suotuisa noin 37 asteen lämpötila ja kivun hallinta. (HUS 2018; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021; Lagus 2018; Ravitsemus osana haavanhoitoa, Terveyskylä, Ihotautitalo 2018.) Negatiivisesti haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät, kuten muun muassa tupakointi ja ylipaino, olisi ensisijaista saada hallintaan haavan paranemisprosessin etenemiseksi. Myös tietyt lääkitykset voivat häiritä haavan paranemisprosessia. (Juutilainen 2018b; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.) Näiden muiden tekijöiden selvittäminen ja huomioiminen tulisi sisällyttää osaksi haavan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitohenkilökunnan osaaminen on edellytys haavan paranemiselle (Atkin ym. 2019; Palve 2017).

2.2 Haavanhoitosuunnitelma

Haavanhoito perustuu haavadiagnosiin, jonka lääkäri tekee haavapotilaan kokonaisvaltaisen tutkimisen perusteella ja haavaluokituksia hyödyntäen (Hietanen 2018a; HUS 2018; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus, 2021). Haavalle tehdään myös hoitosuunnitelma ja määritellään sen hoitotavoitteet (Juutilainen 2018b; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021). Haavapotilaan esitiedoilla selvitetään muun muassa kuinka ja milloin haava on syntynyt. Miten haavaa on tähän saakka hoidettu? Onko potilaalla haavan syntyyn tai paranemiseen vaikuttavia sairauksia (diabetes, verenkiertohäiriöt) tai lääkkeitä (kortisoni, anti-koagulantit)? Onko potilaan elämäntavoissa haavaan vaikuttavia tekijöitä kuten tupakointi, päihteet tai huono hygienia? (Juutilainen 2018b; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.) Haavapotilas tutkitaan myös kliinisesti arvioimalla haavaa silmämääräisesti, palpoiden sekä mitaten. Potilaan yleiseen terveydentilaan, toimintakykyyn ja ihon kuntoon kiinnitetään huomiota. Samalla tutkitaan verenkierron riittävyyttä ja mahdollisia turvotuksia. Perustutkimuksiin kuuluvat myös bakteeriviljely infektiota epäiltäessä sekä laboratoriotutkimuksina perusverenkuva ja tulehdusarvojen selvittäminen. (Juutilainen & Hietanen 2018, 57-64; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.)

Haavan tutkimus, diagnosointi, hoidon suunnittelu ja seuranta onnistuvat johdonmukaisimmin systemaattisen haavaluokituksen avulla (Hietanen 2018a; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021). Lähtökohtaisesti haava on joko akuutti tai krooninen (Hietanen 2018a; Mikä on haava? Terveyskylä, Haavatalo 2021). Akuutilla haavalla, vulnuksella voidaan tarkoittaa traumaattisesti syntynyttä, mekaanisen voiman aiheuttamaa kudosaauriota tai puhdasta, kirurgista haavaa. Krooninen haava eli ulcus voi aiheutua sisäisestä tekijästä, kuten verenkiertosaireudesta, syövästä tai diabeteksestä. Myös alun perin akuutti haava voi kroonistua, jos sen paraneminen hidastuu merkittävästi. (Hietanen & Juutilainen 2018; Mikä on haava? Terveyskylä, Haavatalo 2021.) Haavojen luokituksia on useita erilaisia, koska kaikkia erilaisia haavoja ei voisi jakaa samojen periaatteiden mukaan. Avoimen haavan luokitus värin mukaan kuvaa johdonmukaisesti haavapohjan kudostyyppiä ja ohjaa kudostyyppin mukaiseen paikallishoitoon (Hietanen 2018a; HUS 2018; Krooninen alaraajahaava 2021). Esimerkiksi painehaavoille on kuitenkin omia hoitoa ohjaavia luokituksia (Juutilainen & Hietanen 2018a), eikä VPKM-väriluokitus soveltuisi näihin (Hietanen 2018a).

VPKM-väriluokitus auttaa hoidon suunnittelussa ja sidosvalinnoissa. V = Vaaleanpunainen epiteelikudos on uutta, ohutta ihoa, joka haavan paranemisen edetessä kasvaa granulaatiokudoksen päälle. P = Punainen granulaatiokudos on verekäs, tekstuuriltaan ryynimäinen uudiskudos. K = Keltainen fibriinikate on proteiineja ja solujen osia. Fibriinikate on kiinni kudoksessa ja voi olla tekstuuriltaan pehmeästä sitkeään, paksusta paakkuiseen. Väritään se voi olla myös ruskehtavaa. M = Musta nekroottinen kudos on kuollutta kudosta. Se voi olla joko hyvin kostea

kudosta tai kuivaa ja kovaa. (Hietanen 2018a; 2018b; HUS 2018; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.)

Varsinaisen VPKM-väriluokituksen ulkopuolelle jäävät kudoksen ja värimuutoksen mukaan tunnistettavissa olevat ja erilaista hoitoa vaativat hypergranulaatiokudos, infektio sekä luu ja jänne haavapohjassa. Hypergranulaatiokudos on granulaation liikakasvua, joka voi viitata epäedulliseen paranemisympäristöön ja haittaa haavan paranemista, ellei sitä poisteta asianmukaisesti. Ulkonäöltään se on tavoiteltavaa granulaatiokudosta suuri jyväisempää, herkemmin vuotavaa ja se voi kasvaa ihon pintaa korkeammalle. Infektoituneen haavan tunnistaa kipeiden, punoittavien, kuumien ja turvonneiden reunojen lisäksi runsaasta erityksestä, mahdollisesta katteesta tai pahasta hajusta. Luu ja jänne erottuvat haavan pohjalla silmävaraisesti vaaleana tai kellertävänä. Varsinkin luun tunnistaa kudoksen kovuudesta, kun jänne on kudostyypiltään syymäistä. (Hietanen 2018a; 2018b; HUS 2018; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.)

2.3 Laadukas haavanhoito ja aseptiikka

Systemaattinen haavanhoito pohjautuu kansainväliseen TIMERS-toimintamalliin, joka on aiemmin tunnettu TIME-konseptina ja sitä ennen kolmiosaisena Wound Bed Preparation eli haavapohjan valmistelu -mallina (Atkin ym. 2019; Juutilainen 2018b; Kielo-Viljamaa 2021). TIMERS:n tarkoitus on ohjata haavan hoidossa ja arvioinnissa parhaan hoidon aikaansaamiseksi (Atkin ym. 2019; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021).

T = tissue management, joka on suomeksi kudoksen hallinta. Tällä tarkoitetaan haavan puhdistamista, mikä on tärkein lähtökohta haavan paranemiselle. Koska korjausvaihe voi käynnistyä vasta tulehdusreaktiovaiheen jälkeen, on haavasta poistettava inflammatiota ylläpitävät tekijät, kuten kuollut kudos, lika ja mahdollinen biofilmi. (Atkin ym. 2019; Juutilainen 2018b; Palve 2017.) Puhdistustavoista valitaan tilanteeseen ja haavatyypin sopivin. Yleisimmin käytetään mekaanista puhdistustapaa, jossa hyödynnetään steriilejä instrumentteja keltaisen fibriinikatteen ja mustan, nekroottisen kudoksen irrottamiseksi tai liuotetaan vesiavusteisesti mahdollista inaktiivista solukkoa, biofilmiä tai kuollutta kudosta haavapohjasta. Haavan mekaaniseen puhdistukseen voidaan hyödyntää tarpeen mukaan myös teknisiä apuvälineitä kuten ultraäänihoitoa ja alipaineimua. (Juutilainen 2018b; 2018d; Hietanen & Kuokkanen 2018; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021). Muita puhdistusmetodeja ovat autolyttinen, biologinen ja kemiallinen puhdistustapa. Joskus haavan paraneminen voi vaatia kirurgista hoitoa. Revisio on haavan kirurgista puhdistamista. Siinä haavasta poistetaan huono, eloton kudos kuten nekroosi tai infektoitunut kudos terve kudoksen rajalle. Ekskisiassa haava poistetaan kirurgisesti, jolloin kaikki paranemista haittaavat tekijät, kuollut kudos ja osa tervettä kudosta leikataan pois. Tällöin kroonisesta haavasta tehdään akuuttihaava ja

paranemisen edellytykset kasvavat. (Atkin ym. 2019; Juutilainen 2018b; 2018e; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.)

I = inflammation & infection eli inflammaatioreaktion ja infektion hallinta. Punoitus, turvotus, kuumotus, kipu ja heikentynyt toimintakyky ovat tyypillisiä merkkejä niin haavan paranemisprosessiin kuuluvalla tulehdusreaktiolle kuin tulehdukselle (Lagus 2018,32; Kanerva & Tenhunen 2018,111). Tulehdusreaktiossa haavasta erittyvä hapan haavaneste mahdollistaa solujen vaeltamisen ja re-epitelisaation sisältäen ravintoaineita ja kasvutekijöitä, joita tarvitaan haavan paranemiseksi (Lagus 2018). Tulehtuneen haavan merkkeinä voi edellä mainittujen lisäksi olla hidastunut paraneminen, lisääntynyt erityys ja paha haju. Kuten iho, niin myös avohaavat sisältävät aina bakteereita. Haavan tulehtuessa, siinä olevat bakteerit lisääntyvät ja hidastavat paranemista vahingoittamalla kudosta. (Atkin ym. 2019; Juutilainen 2018b; Kanerva & Tenhunen 2018.) Infektoituneen haavan hoito tulee suorittaa hoidoista viimeisenä aseptisen työjärjestyksen mukaisesti (Hietanen 2018b; HUS 2018). Hoitamaton haavatulehdus voi laajentua aiheuttaen jopa henkeä uhkaavan tilan (Kanerva & Tenhunen 2018).

M = moisture balance eli kosteustasapainon ylläpitäminen on edellytys paranevalle haavalle (Atkin ym. 2019; HUS 2018; Lagus 2018). Kuivassa haavassa solujen vaeltaminen ei ole mahdollista ja solukko kuolee. Esimerkiksi haavaerityksestä tai sopimattomista haavasidoksista johtuva liian kostea ympäristö taas aiheuttaa maseroitumista eli kosteusvaurion, jolloin ihosta tulee hauraampi ja ärtynyt eikä epitelisaatio ole mahdollista. Bakteeritulehdusten riski suurenee maseroituneessa ihossa. (Lagus 2018.) Puhdas granulaatiokudos on hyvä pohja haavan paranemiselle ja sen kasvua voidaan tukea aseptiikan lisäksi hyvällä kosteustasapainolla (Hietanen 2018b). Haavan kosteustasapaino on edellytys elimistön omalle puhdistamisprosessille kuolleen kudoksen hajottamiseksi (eli autolyysille) ja aiheuttaa potilaalle vähemmän kipua (Juutilainen 2018b). Erityisesti luu, jänne ja hermo haavapohjalla vaativat kosteana pysymistä pysyvien vaurioiden välttämiseksi (Hietanen 2018b; HUS 2018; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021).

E = Epitelisaatiossa haavaa ympäröivät ihon solut alkavat jakautua ja vaeltavat haava-alueelle kasvattaen uutta epiteelikudosta reunoilta kohti keskiosaa peittäen haavan. Haavan puhdistamisella, tulehduksen ehkäisemisellä, kosteustasapainon ylläpitämisellä ja etiologisten tekijöiden korjaamisella tuetaan epitelisaatiota. (Atkin ym. 2019; Juutilainen 2018b; Lagus 2018.)

R = repair & regeneration tarkoittaa paranevan haavan sulkeutumisen tukemista uusilla, edistyneemmillä paikallishoitomenetelmillä, mikäli paranemista haittaavien taustatekijöiden ja haavan perinteinen paikallishoito eivät ole auttaneet. Tällaisina keinoina tarkoitetaan esimerkiksi happihoitoa ja alipaineimuhoidoa. Tai vaihtoehtoisesti vielä kokeellisten typpioksidin, kasvutekijöiden tai ”keinoihon” (hydrokolloidi) hyödyntämistä haavan sulkemiseksi. Soveltuvuus arvioidaan yksilöllisesti. (Atkin ym. 2019; Kielo-Viljamaa 2021.)

S = social- and patient-related factors voidaan suomentaa termillä sosiaaliset ja potilaskohtaiset tekijät. Niillä tarkoitetaan kokonaisvaltaista potilasohjausta haavanhoidon kaikissa vaiheissa. Hoitoon sitoutumisen edistämiskeinona voi toimia motivoiva keskustelu ja hoitomyönteisyyttä voidaan parantaa selkeällä hoidon suunnittelulla yhdessä potilaan kanssa, hoidon tärkeyden perustelulla sekä taustatekijöiden hoitotasapainolla. Hoitoon sitoutumisen ja hoitomyönteisyyden katsotaan toimivan merkittävinä tekijöinä haavanparanemiselle. (Atkin ym. 2019; Kielo-Viljamaa 2021; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.) Potilaan hyvin suunniteltu, oikea-aikainen kivunhoito lisää hoitomyönteisyyttä ja edistää haavan paranemista (Järves & Kontinen 2018).

Haavanhoidossa noudatetaan tavanomaisia varotoimia, käsittäen huolellisen käsihygienian, tarvittavien suojainten käytön, aseptiset työtavat, eritetahradesinfektion sekä pisto- ja viiltovahinkojen ehkäisyn. Huolellinen ja hyvä aseptiikka suojelee sekä potilasta että haavanhoittoa toteuttavaa hoitajaa. (Härkönen, Kyöstiä, Bergström, Sankala & Andersson-Tapio 2022, 6; Kanerva ym. 2018, 125; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021.)

Haavanhoidossa on erittäin tärkeää huolehtia aseptiikasta. Aseptinen työtapo nopeuttaa potilaan paranemista ja ehkäisee hoidon pitkittymistä, infektioita sekä lisäkustannuksia. Haavan ollessa tuore, (alle 24 tuntia vanha kirurginen haava) haavahoidossa käytetään steriilejä suojakäsineitä. Muuten voidaan käyttää tehdaspuhtaita käsineitä. Haavaa hoitaessa käytetään yleisesti myös suojatakkaa tai esiliinaa, kirurgista suu-nenäsuojusta sekä suojalaseja. Suojauksien suhteen on hyvä toimia organisaation ohjeistuksien mukaisesti. Aseptinen työjärjestys tarkoittaa hoidettavien asioiden suunnittelemista tehtäväksi puhtaasta likaisempaan. Potilaat, joilla on puhtaat haavat, hoidetaan ennen sellaisia, joilla on katteisia haavoja. Viimeiseksi hoidetaan infektoituneita haavoja omaavat potilaat. Samoin toteutetaan yksittäisen potilaan haavahoito: ensin puhtaat haavat, jonka jälkeen siirrytään likaisempiin. Eri hoitotoimien välissä likaiset suojakäsineet poistetaan, kädet desinfioidaan, ja laitetaan uudet, puhtaat suojakäsineet. Myös kosketettaessa muita pintoja, kuin potilaan välitön lähiympäristö, tulee suojakäsineet vaihtaa ja tehdä huolellinen käsidesinfektio. Tällä suojataan jälleen sekä potilasta ympäristön kontaminaatiolta, että ympäristöä potilaan kontaminaatiolta. (Härkönen ym. 2022, 6; Kanerva ym. 2018, 125.)

Haavanhoitotilanne tulee valmistella hyvin etukäteen, siten että aseptiset työtavat toteutuvat, kaikki tarvittavat välineet vanhojen sidosten irrottamiseen, haavan puhdistamiseen ja uusien sidosten laittamiseen ovat käden ulottuvilla (Hietanen & Kuokkanen 2018). Hoidon ajaksi kannattaa varata lähelle tarvittavat jätteenastiat, jotta likaiset sidokset ja muut roskat tai jätteet voidaan laittaa heti oikeisiin astioihin. Aseptiseen työtapaan kuuluu myös ympäristön siistinä pito hoidon aikana, sekä lopuksi siivous. (Hammarström 2020; Kanerva ym. 2018, 125.) Haavanhoidon systemaattisuuden kannalta olennaista on, että hoitojen yhteydessä haava mitataan ja kuvataan ja tehdyt toimenpiteet kirjataan huolellisesti potilastietojärjestelmään.

Näin seurataan haavan paranemista ja mahdolliset ongelmat tulevat huomioiduksi luotettavasti. (Hietanen 2018a; Juutilainen 2018c; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito -suositus 2021; Virkki 2018a.)

2.4 Alipaineimuhoito

Haavan alipaineimuhoito perustuu haavan pinnalle tasaisesti jakautuvaan alipaineeseen. Alipaineimuhoidossa haavan päälle asetetaan tähän tarkoitukseen valmistettu haavasieni tai harso. Pinta tiivistetään ilmatiiviillä kalvolla ja haava yhdistetään letkuston avulla ohjausyksikkö. Ohjausyksiköstä voidaan säätää haavan pintaan muodostuvaa alipainetta. Alipaineen avulla haavasta imeytyy kudostettä haavasienen tai -harson ja letkuston kautta ohjausyksikön säiliöön. Kudosteen mukana haavasta erittyy myös esimerkiksi bakteerimassaa, kuolleita soluja ja paranemista haittaavia organismeja. (Juutilainen 2021.)

Haavan alipaineimuhoito on monesti hyvä valinta ylläpitämään haavan optimaalista kosteustasapainoa. Alipaine poistaa ylimääräistä nestettä haavakudoksesta, mutta samalla pitää alueen sopivan kosteana. Alipaineimuhoidon on suunniteltu erilaisia, esimerkiksi imukyvyttöään vaihtoehtoisia sidosmateriaaleja. (Atkin ym. 2019.)

Alipaineimuhoidon suositellaan monenlaisten kroonisten haavojen hoitoon. Hoitoa voidaan käyttää potilaalla, jolla on esimerkiksi krooninen tai akuutti haava, haava on syntynyt traumattisesti tai se on auennut uudelleen. Myös painehaavat tai diabeetikon erilaiset haavat soveltuvat alipaineimuhoidon. Toisen asteen palovammoissakin voidaan käyttää hoitokeinona alipaineimuhoidon. Myös ihokielekkeiden tai ihosiirteiden hoito on mahdollista. Ihosiirteiden osalta on tärkeää tarkkailla siirteiden pysymistä kiinni ihossa hoidon aikana. (Juutilainen 2021; Smith+Nephew 2017.)

Joissain tilanteissa alipaineimuhoidon ei saa käyttää. Tällaisia tilanteita voi olla esimerkiksi hoitamaton osteomyeliitti (luutulehdus) sekä paljastuneet valtimot, verisuonet, elimet tai hermot. Luu- tai jännepinta ei ole vasta-aihe hoidolle, mutta näissä tapauksissa kyseiset pinnat tulee suojata rasvaverkolla, joka estää sidosmateriaalin tarttumisen. Myös nekroottinen kudus tai panssarimainen kate, tai muu maligniteetti haavassa ovat vasta-aiheisia alipaineimuhoidolle. Ei-enteraaliset ja tutkimattomat fistelit estävät alipaineimuhoidon. Erilaiset hyytymishäiriöt sekä akuutti, lievä tai vakava verenvuodon riski haava-alueella vaikuttavat hoidon aloittamisen mahdollisuuksiin. (Apelqvist ym. 2017; Smith+Nephew 2017, 193.)

2.5 Haavan alipaineimuhoidon toteutus RENASYS TOUCH -laitteella

Haavan alipaineimuhoidon toteutetaan lääkärin määräyksestä. Lääkärin tulee määrätä hoidon aloituksesta, jatkosta ja lopetuksesta. Määräyksessä pitäisi tulla ilmi myös haavan sijainti, koko ja tyyppi, käytettävä sidostyyppi, paineasetukset, sidoksen vaihtoväli sekä muu tarvittava informaatio. Organisaatiosta riippuen myös haavahoitaja voi osallistua hoidon päätöksiin ja määräyksiin. (Salonen 2022.)

Laitevalmistaja on määritellyt suositukset haavantäytemateriaalin valintaan. RENASYS TOUCH -alipaineimuhoidon on käytettävissä kahta eri täytemateriaalia, harsoa sekä vaahtoa. Vaahtosidosta suositellaan käytettävän alueilla, joihin kohdistuu painetta, sekä haavoihin, jotka erittävät kohtalaisesti tai runsaasti. Vaahtoa ja harsoa voidaan myös käyttää samassa haavassa, jos esimerkiksi siinä on onkaloita tai taskuja. Harso sopii hyvin onkaloiden tai taskujen täyttämiseen, ja vaahto muualle haavaan. (Smith+Nephew 2016, 9.)

Ennen alipaineimuhoidon aloittamista, sekä aina sidosten vaihdon yhteydessä haava puhdistetaan lääkärin tai haavahoitajan ohjeistuksen mukaisesti. Haavahoidon yhteydessä on hyvä mitata ja kuvata haava, sekä kirjata tehdyt toimenpiteet huolellisesti. Haavaa ympäröivä iho suojataan tarvittaessa ihonsuoja-aineella. Aine suojaa ihoa kosteudelta ja liima-aineelta. Mikäli haavassa on näkyvää luu- tai jännepintaa, suojataan nämä tarttumattomalla rasvalapulla tai muulla kontaktikerroksella. Joissain organisaatioissa, kuten Espoon sairaalalla, käytetään haavan reunojen suojaamiseen hydrokolloidia. Tämä on hyvä toimintatapa esimerkiksi ikääntyneiden ihmisten herkkää ihoa suojaamaan. Suojauksen jälkeen haava täytetään ohjeen mukaisesti joko keittosuolaliuokseen kostutetulla harsolla löyhästi, tai haavan muodon mukaan leikatulla vaahtosidoksella. Mikäli haava on syvä, voi täytettä tarvita useamman kerroksen, huomioiden, että alipaine puristaa täytemateriaalia kasaan. Voi olla järkevää merkitä käytetty sidosmäärä ylös, jotta sidoksen vaihdossa haavasta otetaan kaikki laitettu materiaali pois. Tämä on tärkeää esimerkiksi onkalohaavoissa, jossa kaikki materiaali ei välttämättä ole täysin näkyvillä. Täyttämisen jälkeen sidoksen päälle asetetaan läpinäkyvä kalvo, joka tekee sidoksesta ilmatiiviin. Kalvo tulisi ulottua vähintään 5 cm haavan reunasta, ja mikäli käytetään useampaa kalvoa, tulee kalvot olla päällekkäin noin 7,5 cm matkalta. Hoitajan tulee huolehtia, että kalvo on kiinnitetty hyvin ympäröivään ihoon ilmatiiviiden varmistamiseksi. Erityisen tarkkana tulee olla, mikäli haava sijaitsee esimerkiksi taivekohdassa tai jos alueella on ihopoimuja. Tällöin suojakalvo tulee asettaa poimujen tai taiveen myötäisesti tiiviisti. Tiivistämiseen on apuna itsekiinnittyvä geelinauha. Suojakalvon keskelle leikataan noin 2 cm halkaisijaltaan oleva pyöreä aukko, jonka päälle kiinnitetään RENASYS Soft Port -letkusto. (Smith+Nephew 2016, 12-15.)

Mikäli potilaalla on useampi haava, voidaan ne yhdistää samaan RENASYS TOUCH -laitteeseen. Yhdistämiseen on mahdollista käyttää kahta tapaa. Ensimmäinen vaihtoehto on yhdistää

haavat ns. siltamenetelmällä, jolloin sama ilmatiivis kalvo yhdistää haavat, ja kalvon alla käytetään esimerkiksi vaahtosidosta haavoja yhdistämässä. Tällöin molemmista haavoista erittyvä neste siirtyy toisen haavan päällä olevan Soft Port -letkun kautta alipaineimulaitteeseen. Toinen tapa on yhdistää kaksi erillistä haavasidosta y-yhdistäjän kautta laitteeseen. Tässä tapauksessa molemmat haavat puhdistetaan ja niiden päälle asetetaan omat sidokset ja Soft Port -letkut. Laitteesta tulevan letkun päähän laitetaan y-yhdistäjä, johon molemmat haavat saadaan kiinnitettyä. Useamman haavan yhdistämisen kanssa tulee muistaa, että kummassakaan haavassa ei saa olla infektiota, joka yhdistämisen myötä voisi levitä haavasta toiseen. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2020; Isosomppi & Kuosmanen 2022.)

Haavan päälle asetettu Soft Port -letkusto yhdistetään alipaineimulaitteesta tulevaan letkuun pikaliittimien avulla. Liitoksesta kuuluva napsahdus varmistaa, että liitos on tiivis. (Smith & Nephew 2015, 398.) Liittämisen jälkeen käynnistetään RENASYS TOUCH -laite, johon asetetaan määräyksen mukaiset paineasetukset. Samalla valitaan joko jatkuva tai jaksottainen alipaine. Laitteessa on selkeä värillinen kosketusnäyttö, ja näytön alapuolella virtapainike, käynnistys/taukopainike ja lukituspainike. Kun oikeat asetukset ovat saatu valittua, imu käynnistetään. Alussa imun aktivoitumista voi hieman auttaa painamalla haavasidosta kevyesti. (Smith+Nephew 2016, 5-7.)

RENASYS TOUCH -laite tulisi sijoittaa potilaan haavan alapuolella, tai maksimissaan 90 cm haavan yläpuolella, jotta varmistetaan nesteen kulkeutuminen oikein. Laite suositellaan sijoittamaan pystyasentoon, tai tukijalkaan nojautuen, jotta säiliön täyttymishälytys toimisi optimaalisella tavalla. Laite toimii myös ollessaan vaakatasossa näyttö ylöspäin. (Smith+Nephew 2020, 6.) Laite varmistaa itse sidoksen tiiviyn, ja aloittaa hoidon, mikäli tiiviyden on kunnollinen. Myös hoitajan tulee tarkistaa sidoksen tiiviyden katsomalla, että sidos näyttää ryppyiseltä, kuuntelemalla kuuluuko laitteesta vuodosta johtuvaa suhinaa, sekä kokeilemalla, että sidos tuntuu koskettaessa kovalta. Erityisen tarkkana tulee olla, mikäli sidoksessa on ryppyjä tai taitoksia, sidosalueella on ihopoimuja tai rakoja, tai mikäli haavassa on dreeni, joka tulee ulos kalvosta. (Smith+Nephew 2016, 7.)

Sidosten vaihtoväli riippuu hieman käytetystä sidosmateriaalista. Vaahtosidokset tulisi vaihtaa 48-72 tunnin välein hoidon aloittamisesta. Mikäli potilas ei tunne oloaan epämukavaksi, eikä haavassa ole vuodon merkkejä, voi sidokset vaihtaa jatkossa 3 kertaa viikossa. Harsosidos puolestaan tulee vaihtaa 48 tunnin kuluessa hoidon aloittamisesta, ja tämän jälkeen 2-3 kertaa viikossa. Mikäli haava muodostaa epätavallista erityistä, tulee sidokset vaihtaa tiheämmin ja seurata haavaa. Jos täytemateriaali on tarttunut haavan pohjaan, voidaan sidosta kostuttaa keittosuolaliuoksella ja antaa vaikuttaa ennen uudelleen irrottamista. Sidoksia vaihtaessa on huomioitava, että haavasta poistetaan kaikki sinne laitettu sidosmateriaali. (Smith+Nephew 2016, 11.)

Alipaineimun ei tulisi aiheuttaa potilaalle kipua, mutta paineen muodostamaa, epä mukavaa tuntemusta voi esiintyä. Esimerkiksi painetason muutoksilla potilaan kokemaan kipuun voidaan vaikuttaa. Myös esimerkiksi haavan sidosmateriaalin valinnalla ja sidoksen koolla voi olla vaikutusta kivun muodostumiseen. Alipaineimuhoidon sidosvaihtoihin voi myös liittyä kipua. On mahdollista, että granulaatiokudosta kasvaa vaahtosidoksessa oleviin mikroaukkoihin, jolloin sidosta poistaessa ilmenee kipua haavan vaurioitumisen johdosta. Näissä tapauksissa vaahtosidoksen vaihtaminen harsosidokseen voi auttaa. Sidosmateriaalia voidaan myös liottaa esimerkiksi keittosuolaliuoksella ennen haavahoitoja, jolloin materiaali kostuu ja pehmenee. Sidosvaihdossa voidaan käyttää myös paikallispuudutetta, esimerkiksi lidokaiinia, mahdollista kipua helpottamaan. Kipua voi aiheuttaa myös kalvojen ja muiden kiinnitysmateriaalien irrottaminen ihosta. Tätä voidaan ehkäistä suojaamalla iho ihonsuoja-aineella ennen uusien sidosten laittoa, sekä erityisillä sidoksien poistoa helpottavilla aineilla. Sidoksen poistaminen on myös tehtävä varoen, rasittamatta liikaa potilaan ihoa. Sidoksen poistamisessa on hyvä vetää irrotettavaa sidosta ihon suuntaisesti, ja samalla tukea toisella kädellä potilaan ihoa. On myös olemassa silikonipinnoitettuja kalvoja, jotka saattavat irrota ihosta paremmin, kuin akryylii-makiinnitteiset kalvot. (Apelqvist ym. 2017; Isosomppi & Kuosmanen 2022.)

2.6 Potilaan ohjaus ja hoidon seuranta

Potilaan ohjaus on merkittävä osa hoidon toteutumista ja onnistumista, ja potilaalla on myös lakisääteinen oikeus saada ohjausta ja tietoa hoitoonsa liittyen. Potilasohjaus tähtää siihen, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen ja kokee pystyvänsä itse vaikuttaa siihen. Hyvä ohjaus auttaa potilasta motivoitumaan ja sitoutumaan. Potilasohjauksessa on tärkeä hyödyntää näyttöön perustuvaa ja mahdollisimman ajantasaista tietoa. Ohjaus tulee räätälöidä yksilöllisesti potilaan ja hänen tilanteensa mukaisesti. Ohjausta on hyvä antaa useammalla eri tavalla (sanallinen ja kirjallinen), sekä eri tilanteissa ja kerraten. Ohjauksessa on tärkeää pitää yhtenäinen, moniammatillinen linjaus, jotta potilas ei saa ristiriitaista tietoa eri henkilöiltä. Ohjaus tulee olla kannustavaa, tukevaa ja jatkuvaluontoista. (Pihlainen 2019.)

Lipponen (2014) kirjoittaa, että potilaslähtöisesti suunniteltu potilaan ohjaus on lähtökohta ohjauksen onnistumiselle. Atkin ym. (2019) mukaan potilas, joka ymmärtää haavan hoito-ohjeet, noudattaa niitä todennäköisemmin ja hoidon onnistumisen kannalta on ratkaisevaa saada potilas sitoutumaan hoitosuunnitelmaansa. Hoitajien tulisi osata erilaisia tapoja ohjata potilaita, mukaan lukien audiovisuaalinen ohjaus, joka auttaa potilasta omaksumaan saatua tietoa ja varmistaa hoidon jatkuvuuden. Audiovisuaalisia ohjaustapoja voisi hyödyntää myös vastaanottokäyntien vähentämiseen. (Lipponen 2014.)

Alipaineimuhoidon ohjauksesta merkittävämmän tekee se, että hoitoa voidaan toteuttaa myös potilaan kotona. Tällöin on tärkeää, että potilas osaa toimia laitteen kanssa, ja ymmärtää mitä hoito vaatii. (Juutilainen & Hietanen 2018.) Alipaineimuhoidon tulee seurata tiiviisti, ja

potilasta tulee ohjata myös itse seuraamaan hoidon toteutumista. Mikäli erite muuttuu veriseksi, tulee laite sammuttaa, tyrehtyttää verenvuoto asianmukaisesti, ja ottaa yhteys hoitoa järjestävään toimipaikkaan. Haavasidosta tarkkaillaan säännöllisesti, jottei siihen ole muodostunut ilmapuotoa, että sidos on tiukalla ja se tuntuu kiinteältä. Alipaineimuhoidon suositellaan pidettävän käynnissä koko hoidon ajan ja potilasta tulisi ohjata ja kannustaa keskeyttömään hoitoon. Laite toimii sekä akulla että verkkovirralla, joten laitteen kanssa on mahdollista liikkua vapaammin. (Smith+Nephew 2017, 194.)

Suihkussa käynnin ajaksi hoito voidaan keskeyttää. Mikäli laite on ollut sammutettuna pidemmän aikaa, tulee sidokset vaihtaa, haava hoitaa ja aloittaa hoito uudelleen. Pisin mahdollinen sammuneena oloaika määritellään yksilöllisesti potilaan haavan sijainnin, vuodon määrän, sidoskiinnityksen eheyden, haavan bakteerikuormituksen ja potilaan infektioriskin perusteella. (Smith+Nephew 2017, 195.)

Alipaineimuhoidon ei tule aiheuttaa kipua (Smith+Nephew 2017) ja sidosten vaihdossa on huomioitava kivunhoito ennakoivasti. Hoitaja ohjaa potilasta arvioimaan mahdollisesti kokeamaansa kipua esimerkiksi erilaisia kipumittareita hyödyntäen. On tärkeää valita oikeanlainen kipumittari potilaan kanssa, jotta kivun arviointi on mahdollisimman luotettavaa. Jos hoitoalueella on kipua, tulee tästä ilmoittaa lääkärille, joka määrää jatkotoimet. Potilasta ohjataan myös tarkkailemaan haavan aluetta muutoksien, kuten punoituksen tai turvotuksen osalta. Myös hoitajan tulee osata tarkkailla alipaineimuhoidon vaikutuksia. (Järves & Konttinen 2018; Smith+Nephew 2017, 192.)

2.7 Opetusvideo

Opetusvideo tai tutoriaali on taltioitu, visuaalinen esitys, jolla neuvotaan katsojalle, kuinka jokin asia tehdään. Tampereen korkeakouluyhteisö (2022) määrittelee opetusvideon verkkosivuillaan videomateriaaliksi, joka on valmisteltu etukäteen opetusta varten esimerkiksi käsikirjoittamalla ja editoimalla se. Video on arkipäiväinen tapa viestiä. Sosiaalisen median, avoimien verkkokurssien, Flipped Learning -metodin ja monimuoto-opintojen myötä audiovisuaalisesta viestinnästä on tullut olennainen työkalu opetukseen (Guo, Rubin & Kim 2014; Brame 2015). Opetusvideoita tekevät ja katsovat verkossa niin opettajat, opiskelijat kuin muutkin ihmiset (Guo ym. 2014; Sintonen, Vesterinen & Kynäslähti 2015). Opetusvideoiden etuna on se, että opiskelija voi valita yksilöllisesti parhaimman ajan ja paikan opiskelulle (Sointu ym. 2021).

Videoilla voidaan tehostaa oppimista, kun niiden suunnittelussa on otettu huomioon ihmisen kognitiiviset toiminnot. Katsojan tiedonkäsittelyyn ja muistamiseen voidaan vaikuttaa painottamalla tärkeitä asioita. Esimerkiksi asiasanoja korostamalla, voidaan auttaa opiskelijan työmuistiin poimittavien asioiden valitsemista varsinkin monimutkaisimpia asioita opetettaessa. Kun tieto on jaettu pienempiin, hallittavan kokoiisiin osiin, on opiskelijan helpompi sisäistää

uutta informaatiota ja mielenkiinto videon katsomiseen säilyy. Opetusvideosta kannattaa karsia kaikki ylimääräinen, koska videon musiikki tai kirjava tausta voivat ylikuormittaa opiskelijan työmuistia ja siksi haitata uuden asian mieleen painamista. Aktivoimalla tiedonhankinnan ja -käsittelyn kahta eri aistikanavaa, kuulo- ja näköaisteja, parannetaan oppimista, koska silloin ei ylikuormiteta yhtä kanavaa. Tietovirta kahdesta eri aistikanavasta täydentää annettua tietoa työmuistin käsiteltäväksi. (Brame 2015.)

Toimiva opetusvideo on kiinnostava (Brame 2015; Guo ym. 2014; Hibbert 2014). Opiskelijoiden mielenkiinnon ylläpitämiseksi suositellaan lyhyitä videoita (Brame 2015; Guo ym. 2014; Hibbert 2014). Median keskimääräinen katseluaika on noin neljä minuuttia (Hibbert 2014) ja opetusvideoiden katsomiseen käytetty mediaani enimmäisaika on kuusi minuuttia, videon kokonaiskestosta riippumatta (Guo ym. 2014). Opiskelijoille kohdennettu opetusvideo vaikuttaa myönteisesti opiskelijan kokemaan mielenkiintoon videota kohtaan (Brame 2015; Guo ym. 2015; Hibbert 2014). Mielekkäinä piirteinä opetusvideoissa pidetään keskustelevaa puhetyyliä (Brame 2015; Hibbert 2014), valmistelematonta kerrontaa (Guo ym. 2014; Niskanen 2020b; 2020c), huumoria (Hibbert 2014) ja nopea tempoista, innostunutta puhetta (Brame 2014; Guo ym. 2014). Videoiden visuaaliset elementit, kuten liike ja animaatiot lisäävät katsojan mielenkiintoa (Brame 2015; Guo ym. 2014). Puhujan pään lisäämistä opetusvideolle suositellaan pelkkään diatekstiin tai kaavioihin yhdistettynä (Guo ym. 2014). Jos puhuvan pään näkeminen ei tuo lisäarvoa opetettavaan asiaan, niin sen käyttäminen ei ole tarkoituksenmukaista (Brame 2015; Niskanen 2020b; 2020c).

Aktivoiva opetus auttaa opiskelijaa ymmärtämään ja käsittelemään oppimaansa. Vuorovaikutukselliset elementit, kuten opetusvideoon integroidut kysymykset ja tehtävät aktivoivat opiskelijaa. Aktivoivaa oppimista tukee myös se, kun opetusvideo on tehty osaksi isompaa tehtäväkokonaisuutta. (Brame 2015.)

Hyvä opetusvideo on tuotettu laadukkaasti huomioiden ääni, valaistus ja grafiikka (Hibbert 2014). Hyvä opetusvideo toimii erikokoisilla näytöillä ja erilaisilla laitteilla katsottaessa, se on värimaailmaltaan katsojaystävällinen, siinä on käytetty selkeää fonttia ja saavutettavuusdirektiivin (EUR-Lex 2016/2102) mukaiselle tekstitykselle on huomioitu tilaa videon alareunaan (Kankaanpää 2020).

3 Opinnäytetyön työelämäkumppani

Työelämäkumppanina tässä opinnäytetyössä toimii Espoon sairaala, jossa on hoitohenkilöstöä yli 400 (Espoon sairaala 2022b). Espoon sairaalassa hoidetaan ja kuntoutetaan varsinkin ikään-tyviä potilaita. Sieltä löytyvät myös tukipalvelut kotona asuville asiakkaille. Espoon sairaalassa on päivystysosasto, haavanhoito ja psykogeriatrinen osasto, ortopedinen kuntoutusosasto, neurologinen kuntoutusosasto, infektio-osasto, geriatrinen- ja muistipoliklinikka sekä palliatiivinen poliklinikka. Palliatiivisen ja saattohoidon osasto Villa Glimsissä ovat myös osa Espoon sairaalaa. (Espoon sairaala 2022a.) Espoon sairaalassa haavanhoitoa toteutetaan erityisesti Haavanhoito ja psykogeriatrisella kuntoutusosastolla, mutta tarvittaessa myös muilla osastoilla (Espoon sairaala 2022c).

Työelämäkumppanin edustajina tässä opinnäytetyössä toimivat Espoon sairaalan opetushoitaja ja haavahoitaja. He auttoivat opetusvideon kuvausjärjestelyissä ja varmistivat lopullisen opetusvideon tarkoituksenmukaisuuden. Kuvaus ja editointivaiheessa mukana oli myös Smith+Nephew:n yhteyshenkilö, joka antoi arvokkaita vinkkejä videon toteutukseen.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää hoitohenkilökunnan osaamista RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä.

5 Opinnäytetyöprosessi

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakouluissa yksi tapa tehdä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö on toimeksiantajan tarvitsema ammatillinen tuotos ja sen toteutusprosessin raportti, jonka AMK-opiskelija toteuttaa kehittämisprosessin mukaisesti. Ammatillisen tuotoksen tavoitteena on kehittää joko työelämäkumppanin määrittelemää kohderyhmää tai sen toimintaympäristöä käytännönläheisesti. Toiminnallisessa opinnäytetyössä opiskelijat toimivat yhteistyökumppanin kanssa jatkuvassa vuoropuhelussa, joka sisältää muun muassa keskustelua, arviointia, toiminnan suunnittelua, vertaistukea sekä palautteen antoa ja vastaanottoa. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena voi olla opetusvideon lisäksi esimerkiksi ohjevihko, diaesitys, juliste, peli tai tapahtuma. (Kostamo, Airaksinen & Vilka 2022; Salonen 2013, 6.)

Ideoinnin ja suunnittelun pohjalta luodaan toimintasuunnitelma yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa. Opiskelija kokoaa työn kehittämisen taustalle teoreettista aineistoa, jonka pohjalta kehitetään tuotosta ja edetään kohti yhteistyökumppanin kanssa sovittua tavoitetta palautetta ja keskustelua hyödyntäen. Loppukäyttäjältä kerätyn palautteen jälkeen viimeistellään tuotos ja kirjallinen raportti. Tarkoituksena on kehittää työelämäkumppanin toimintaa tai työympäristöä käytännönläheisesti, mutta tutkimuksellisella otteella. Varsinaisen opinnäytetyöraportin ja toiminnallisen opinnäytetyötuotoksen lisäksi, matkalla asiantuntijaksi tavoitellaan opiskelijan viestintätaitojen, ammatillisen ilmaisun, lähdekriittisyyden ja akateemisten tekstitaitojen kehittymistä. (Kostamo ym. 2022.) Opinnäytetyöprosessin mukaisesti valmistunut työ ja tuotos esitellään lopuksi toimeksiantajalle ja loppukäyttäjille (Salonen 2013; Vilka 2021).

Tämä opinnäytetyö oli menetelmältään toiminnallinen opinnäytetyö, jonka lopputuotteena tehtiin yhteistyökumppanin tarvitsema, selkeä, suomenkielinen opetusvideo RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteen käytöstä edistämään hoitohenkilöstön osaamista, koska sellaista ei ollut vielä julkisesti saatavilla. Opetusvideosta tehtiin yhteistyökumppanin toimintaympäristön käyttäntöjä palveleva ja toimintatapoihin sopiva tuotos, joka suunniteltiin uusimman teoreettisen taustan perusteella.

5.2 Opetusvideon suunnittelu ja toteutus

Löydettyään toiminnalliselle opinnäytetyölleen työelämäkumppanin, opiskelija suunnittelee ja päättää yhdessä työelämäkumppaninsa kanssa työlle tavoitteet, aikataulun ja rajaa aiheen. Kehittämisprosessi etenee opiskelijan, työelämäkumppanin ja ohjaavan opettajan yhteistyöllä, jossa opiskelijan rooli on kasvaa asiantuntijaksi. Työelämäkumppani antaa toiminnalliseen opinnäytetyöprosessiin kehittämistä tarvitsevan toimintaympäristön tai toiminnan näkökulman. Opiskelija kokoaa kirjalliseen raporttiinsa uusinta tietoa perehtymällä viimeisimpiin tutkimuksiin, asiantuntijatietoihin, kokemuksiin ja toimintatapoihin. (Kostamo ym. 2022.)

Kerätyn teoreettisen taustan ja työelämäkumppanin asettamien tavoitteiden perusteella toteutetaan tuotos ja prosessin kuvaus lisätään osaksi kirjallista raporttia. Tavoiteltua tuotosta kehitetään jatkuvalla dialogilla, uusimmalla teorian tiedolla ja palautteella, toimintaympäristön tarpeet huomioiden. Ohjaava opettaja tukee opiskelijan ammatillista kehittymistä asiantuntijaksi koettelemalla sitä kysymysten ja palautteen avulla. Työelämäkumppani osallistuu kehittämistyöhön arvioimalla prosessia sen eri vaiheissa ja antamalla opiskelijalle palautetta opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamisesta ja lopputuotoksen onnistumisesta. (Kostamo ym. 2022.)

Tämän opinnäytetyön lopputuotteena tehtiin opetusvideo hoitohenkilöstön käyttöön, jonka aihe tuli suoraan työelämäkumppanilta. Opetusvideon suunnittelu aloitettiin työelämäkumppanin haavahoitajan ja opetushoitajan tapaamisella. Suunnittelun taustalle selvitettiin

laadukkaalle haavanhoidolle, alipaineimuhoidolle, potilasohjaukselle ja hyvälle opetusvideolle ominaiset piirteet teoreettisen tietoperustan avulla huomioiden työelämäkumppanin tarpeet ja toiveet. Lähtökohtaisesti tähdättiin tuoreimpaan saatavilla olevaan tietoon ja käytettiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Tiedonhaussa hyödynnettiin Helmet-kirjastoa, Laurea Finnan tarjontaa, EBSCOhost ja Terveystietokantoja, Google hakua, aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä, työelämäkumppania sekä laitevalmistajaa.

Opetusvideon käsikirjoitus luotiin teoreettisen taustan sekä laitevalmistajan sivustolta saatavan materiaalin perusteella. Käsikirjoituksessa huomioitiin myös työelämäkumppanin toimintatavat. Käsikirjoituksessa kuvailtiin erikseen jokainen kohta; kohtauksen näkymä, tapahtumat, puhuttu asia ja tekstitys. Videolla käytettävä fontti, fontin koko ja väri, kohtauksiin käytettävä aika, puhetyyli sekä näkymän taustat suunniteltiin ja toteutettiin hyvän opetusvideon piirteiden mukaisesti. Käsikirjoitus tarkistutettiin ennen kuvaamista työelämäkumppanin haavoitajan toimesta sekä laitteen maahantuojaan edustajalla. Saaduista muutosehdotuksista keskusteltiin yhdessä opiskelijoiden kesken sekä yhteistyökumppanin kanssa. Opetusvideon käsikirjoitus on tämän raportin liitteenä (Liite 1).

Tämän opetusvideon kuvaaminen tehtiin työelämäkumppanin tiloissa heidän laitteillaan ja materiaaleillaan. Kuvauksiin kului aikaa neljä tuntia. Opetusvideolla haavanhoito tapahtui suunnitellusti nukelle, jolla oli tekohaava. Nukkea käyttämällä kuvaustilanne ei vaarantanut potilasturvallisuutta, kuvaukseen ei tarvittu tutkimuslupaa eikä toimenpide vaatinut tekijäkseen opiskelijoilta työsuhdetta työelämäkumppanin organisaatioon. RENASYS TOUCH -laitteen maahantuojaalta saatiin kuvauksissa käytettäväksi tuotemerkin omia haavanhoitotuotteita. Ne sisältyvät usein tuotepaketteihin ja ovat laadultaan valmistajan hyväksymiä. Kuvauksissa käytettiin vain sellaisia materiaaleja ja tarvikkeita, joita yhteistyökumppanilla on yleensä saatavilla. Haavareunojen suojaaminen ja päivämäärän lisääminen eritesäiliöön ohjattiin videolla yhteistyökumppanin ohjeiden mukaisesti. Alkuperäiseen käsikirjoitukseen tehtiin pieniä muutoksia kuvausten aikana yhteisymmärryksessä kaikkien osapuolten kanssa. Opinnäytetyön tekijöistä toinen esiintyi videolla haavanhoitajana ja toinen kuvasi.

Opiskelijat tuottivat videon itse eli opetusvideo kuvattiin, leikattiin ja editoitiin alusta loppu-tuotteeksi itse. Videon editoitiin kertojan ääni kuvausten jälkeen. Kuvaukset toteutettiin laadukkaalla mobiililaitteella käsivaraisesti kuvaten. Editointiin käytettiin ilmaista iMovie-sovellusta, jonka käyttö oli opiskelijoille tuttua aiemmista opinnoista. Saavutettavuusdirektiivin (EUR-Lex 2016/2102) mukainen tekstitys toteutettiin ilmaisilla Screenpal ja Veed.io -ohjelmilla muun editoinnin yhteydessä. Tekijät tarkistivat tekstityksen koon ja sävyn olevan selkeitä erikokoisilta näytöiltä katsottaessa.

Editoitaessa opiskelijat arvioivat työtä itse ja tekivät tarvittavia muutoksia. Seuraavaksi video lähetettiin yhteistyökumppanin ja laitteen maahantuojaan edustajan kommentoitavaksi.

Palautteen perusteella, videolta karsittiin y-yhdistäjän käyttö ja joidenkin kohtausten sanavalintoja muotoiltiin uudelleen. Editoinnin jälkeen yhteistyökumppani ehdotti käsihygienian korostamista ja suojainten pukemishjeiden lisäämistä videolle hygieniahoitajan kommenttien perusteella. Teoreettiseen viitekehykseen lisättiin haavanhoidon aseptiikkaa käsittelevä osa ja muutokset toteutettiin lopulliselle videolle tiivistetysti, koska opinnäytetyön alkuperäistä pääaihetta haluttiin käsitellä kattavasti toimivan opetusvideon kestoa ylittämättä. Tätä ratkaisua perusteltiin sillä, että tutkimusten mukaan lyhyt video tulee varmemmin katsotuksi ja kynnys uudelleen katsomiseen on matalampi (Guo ym. 2014). Tällöin myös aseptiikan kertominen edistää katsojan oppimista varmemmin, kuin liian pitkän videon katsomatta jättäminen. Lopullinen video lähetettiin tiedostona yhteiskumppanille julkaistavaksi Espoon sairaalan sisäisessä verkossa. Video tullaan julkaisemaan myös Laurean YouTube-kanavalla, jolla varmistetaan, että video on kaikkien aiheesta kiinnostuneiden vapaasti käytettävissä ja helposti aina saatavilla.

5.3 Opetusvideon arviointi

Kostamon ym. (2022) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön arviointi on osa lopulliseen tuotteeseen tähtäävää jatkuvaa keskustelua ja yhteistyötä. Palautteen saaminen, sen antaminen ja sisäistäminen opinnäytetyön eri vaiheissa selkeyttää tehtyjä valintoja ja kehittää asiantuntijuutta varsinkin, kun tehtyjä ratkaisuja joutuu perustelemaan. Jatkuvalle keskustelulle kehitytään asiantuntijuudessa, ammatillisissa vuorovaikutustaidossa sekä palautteen antajan että vastaanottajan taidoissa. (Kostamo ym. 2022.)

Jo opetusvideon suunnitteluvaiheessa yhteydenpito työelämäkumppanin edustajiin oli aktiivista. Heiltä saatujen arviointien, palautteen ja kehitysehdotusten lisäksi käsikirjoitusta arviointiin teoreettisen taustan perusteella. Suunnitteluvaiheessa videon käsikirjoitus lähetettiin myös opponentin arvioitavaksi ja tämän palaute ja kehitysehdotukset huomioitiin ennen kuvauksia. Työelämäkumppanin sekä laitevalmistajan edustajat olivat mukana kuvauspäivänä, mikä antoi mahdollisuuden kehittää opetusvideota yhdessä reaaliaikaista palautetta hyödyntämällä. Opinnäytetyöprosessin mukaisesti toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksesta kerättiin palautetta sen loppukäyttäjiltä, Espoon sairaalan haavojen hoitoon osallistuvilta hoitajilta.

Mielipiteen tai palautteen keräämiseksi voidaan mittausvälineenä käyttää kyselytutkimusta ja tavallisin tapa toteuttaa se on Likert-asteikkoa soveltamalla. Kysely kannattaa suunnitella lyhyeksi ja yksinkertaiseksi, mikä voi houkutella useamman osallistujan vastaamaan kyselyyn. Kyselyn toteuttaminen paperisena verkkokyselyn sijaan voi parantaa osallistujien tavoitettavuutta. (Vehkalahti 2020.) Vilkan (2021) mukaan kyselylomake sopii suurelle ja hajallaan olevalle kohderyhmälle, varmistaa anonymiteetin, mutta vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi. Viisiportainen Likert-asteikko on yleisin tapa tehdä kyselytutkimus. Kysymysten asettelusta riippuen sen vastauksista voi laskea arvosanan keskiarvon arvioinnin kohteelle ja se kertoo

myös vastaajan kokemuksesta. Likert-asteikossa äärimmäiset vastausvaihtoehdot ovat toisensa vastakohtia ja yksi vaihtoehto on ns. neutraali vastausvaihtoehto. ”En osaa sanoa” vastausvaihtoehtoa ei pidä laittaa keskimmäiseksi vaihtoehdoksi, vaan kokonaan asteikon ulkopuolelle, koska se ei toimi jatkumona muiden vaihtoehtojen välissä. ”Ei samaa eikä eri mieltä” voi toimia paremmin ns. neutraalina vastausvaihtoehtona ja sekin on parempi palaute kuin vastaamatta jättäminen. (Vehkalahti 2020.)

Tämän opinnäytetyönä valmistuneen opetusvideon palautteen keruussa käytettiin viisiporista Likert-asteikkoa. Kysely toteutettiin anonyyminä paperilomakkeena, jotka hävitettiin asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen. Vastausten selkeään käsittelyyn pyrittiin valmiilla vastausvaihtoehdoilla ja rajaamalla kysymysten määrä (Vehkalahti 2020). Opetusvideon loppukäyttäjien mielipiteiden mittaamiseksi, haavanhoitoon osallistuvia hoitajia pyydettiin arvioimaan videolta saatua uutta tietoa, saadun tiedon riittävyttä, puheen selkeyttä, visuaalista selkeyttä sekä videon hyödynnettävyyttä. Katsojilta kysyttiin myös, oliko tämä katsontu videon kokonaan. Kyseiset aihepiirit valikoituivat lomakkeen kysymyksiin, sillä ne koettiin merkityksellisiksi ajatellen videon hyödynnettävyyttä, kiinnostavuutta ja opettavaisuutta. Lisäksi lomakkeessa oli tilaa vapaana tekstinä annettaville kehitysehdotuksille sekä opiskelijoiden sähköpostiosoitteet mahdollisia lisätiedusteluita varten (Liite 2). Palautekyselyn toteuttamiseksi haettiin tutkimuslupa Länsi-Uudenmaan Hyvinvointialueelta sen ohjeiden mukaisesti (Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue 2023). Ennen varsinaista kyselyä lomake lähetettiin arvioitavaksi opinnäytetyön opponentille, Espoon sairaalan haavanhoitajalle ja sitä kommentoi myös Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen tutkimuslupakoordinaattori. Palautteiden perusteella kyselylomaketta muokattiin lisäämällä kohta avoimelle palautteelle. Myös tekijöiden yhteystiedot lisättiin lisätiedustelujen mahdollistamiseksi.

Yhteistyökumppani tiedotti Espoon sairaalan osastojen 1, 2, 3 ja 4 esihenkilöitä ja resurssikeskusta sähköpostitse opinnäytetyön palautteen keruusta, palautelaatikoiden sijainneista ja kyselyn ajankohdasta. Osastojen esihenkilöt jakoivat tiedon eteenpäin hoitajille. Kyselylomakkeessa oli tiivistetty esipuhe palautekyselyn tarkoituksesta ja se kohdistettiin haavojen hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle. Vastaajilta ei kysytty mitään taustatietoja anonyymitteetin vahvistamiseksi. Lomakkeessa ja palautelaatikoissa oli näkyvillä linkki sekä QR-koodi opetusvideoon (Liite 2). Vastaajia ohjeistettiin laittamaan täytetty kyselylomake sinetöityihin laatikoihin, jotka toimitimme saataville kyselynsuorittamisajaksi, kymmeneksi päiväksi. Lomakkeita vietiin saataville palautelaatikoiden viereen. Yhteistyökumppanin ehdotuksen mukaisesti palautelaatikat sijoitettiin henkilökunnan taukotiloihin osastoille 1 (haava- ja psyko-geriatrinen) ja 4 (infektio).

Kyselyyn saatiin 18 vastausta, joka edustaa noin 4,5 % Espoon sairaalan koko hoitohenkilöstöstä. Osastolla 1, eli haavaosastolla, henkilökuntaa on noin 40, johon suhteutettuna vastausprosentti olisi jopa 45 %. Kaikki vastaukset olivat haavaosaston palautelaatikossa. Vastaajista

noin 78 % koki saaneensa videolta uutta tietoa. Loput 22 % kyselyyn osallistujista olivat uuden tiedonsaannin suhteen osittain eri mieltä tai olivat valinneet vastausvaihtoehdon ”En samaa enkä eri mieltä”. Opetusvideolta saadun tiedon riittävydestä 94 % oli täysin tai osittain samaa mieltä. Kaikki kyselyyn osallistuneet kertoivat katsoneensa videon kokonaan. 100 % vastaajista olivat täysin samaa mieltä puheen ymmärrettävyydestä videolla ja 78 % videon visuaalisesta selkeydestä. Videon hyödyntämisestä työssään vastaajista 44 % kertoi olevansa täysin samaa mieltä, 33 % osittain samaa mieltä ja 22 % oli vastannut ”En samaa enkä eri mieltä”. Vastauksista saatiin laskettua keskiarvo opetusvideon onnistumisesta ja hyödynnettävyydestä (Kuvio 1).

RENASYS TOUCH -opetusvideon palautekysely						
Yhteensä 18 vastausta						
Vastaukset väitteisiin						
Väite	Täysin eri mieltä (1)	Osittain eri mieltä (2)	Ei samaa eikä eri mieltä (3)	Osittain samaa mieltä (4)	Täysin samaa mieltä (5)	Vastausten keskiarvo (1-5)
Sain videolta uutta tietoa	0 kpl	2 kpl	2 kpl	5 kpl	9 kpl	3,94
Sain videolta riittävästi tietoa	0 kpl	0 kpl	1 kpl	5 kpl	12 kpl	4,61
Katsoin videon kokonaan	0 kpl	0 kpl	0 kpl	0 kpl	18 kpl	5
Puhe videolla oli ymmärrettävää	0 kpl	0 kpl	0 kpl	0 kpl	18 kpl	5
Video oli visuaalisesti selkeä	0 kpl	0 kpl	0 kpl	4 kpl	14 kpl	4,77
Tulen hyödyntämään tätä videota työssäni	0 kpl	0 kpl	4 kpl	6 kpl	8 kpl	4,22
Vastauksien prosenttiosuudet						
Väite	Täysin eri mieltä (1)	Osittain eri mieltä (2)	Ei samaa eikä eri mieltä (3)	Osittain samaa mieltä (4)	Täysin samaa mieltä (5)	
Sain videolta uutta tietoa	0 %	11 %	11 %	28 %	50 %	
Sain videolta riittävästi tietoa	0 %	0 %	5 %	28 %	67 %	
Katsoin videon kokonaan	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	
Puhe videolla oli ymmärrettävää	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	
Video oli visuaalisesti selkeä	0 %	0 %	0 %	22 %	78 %	
Tulen hyödyntämään tätä videota työssäni	0 %	0 %	22 %	33 %	44 %	

Kuvio 1: Palautekyselyn tulokset

Kyselyyn vastanneista kuusi oli antanut lisäksi avointa palautetta tai kehitysehdotuksia. Kehitysehdotuksina videolle esitettiin tietoa käyttöaiheista ja vasta-aiheista ja kuinka toimia ongelmatilanteissa. Avoimissa palautteissa ehdotettiin lisätietoa haavapohjan tulkinnaista ja erilaisten haavatuotteiden sopivuudesta RENASYS-alipaineimulaitteen kanssa. Eräs vastaajista kirjoitti tälle jääneen epäselväksi vaahtosidoksen ja harson käyttötarkoitus, kysyen ovatko ne keskenään vaihtoehtoisia. Kolmessa palautteessa kerrottiin videon käyttökelpoisuudesta uusien hoitajien perehdytyksessä ja opiskelijoita ajatellen. Yksi vastaajista tiedusteli mistä videon löytää jatkossa.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka on käsite, jolla tarkoitetaan yhteisesti sovittuja pelisääntöjä. Näitä pelisääntöjä käytetään suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin sekä yleisöön. Hyvä tieteellinen käytäntö taas tarkoittaa sitä, että tutkijat käyttävät tutkimukseensa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. (Vilka 2021, 37.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2017) kirjoittavat tutkimuksen ja tieteen etiikasta, että tutkimuksen tekijöillä tulisi olla työtä tehdessään älyllistä kiinnostusta uuden informaation hankkimista kohtaan, tunnollisuutta omaa alaansa kohtaan, rehellisyyttä työtä tehdessään, ymmärrystä välttää vahinkoa aiheuttavan tutkimuksen tekoa, ihmisarvon kunnioitusta, sosiaalista vastuuntuntoa, ammatinharjoitusta edistävää tutkimuksen tekoa sekä kollegiaalista arvostusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 211-212.)

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa opiskelijat huomioivat edellä mainittuja eettisiä arvoja parhaansa mukaan. Opiskelijat olivat kiinnostuneita opinnäytetyön aiheesta, ja käyttivät aikaa oikeanlaisen informaation löytämiseen. Opinnäytetyötä tehtiin rehellisesti, ja työssä käytettiin ammattikorkeakoulun ohjeistamia raportointi- ja lähdeviittaustapoja. Pyrittiin siihen, että työ ei vahingoittaisi mitään tai ketään, ja yhteistyökumppaneitamme sekä muita tekemisissä olevia tahoja kunnioitettiin. Löydettyä informaatiota käytettiin eettisten vaatimusten mukaisesti, ja opiskelijat suhtautuivat toisiinsa sekä arvostavasti, että kunnioittavasti. Tässä opinnäytetyössä tutkimusetiikka päätettiin huomioida yksityisyydensuojan ja potilasturvallisuuden näkökulmasta, kuvaamalla video yhteistyöorganisaation tiloissa potilasnukella. Opetusvideon palautekyselyyn vastaaminen oli osastojen henkilökunnalta täysin vapaaehtoista, ja vastauksia käsiteltiin luottamuksellisesti.

Tutkimuksen luotettavuudella eli reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja mittaus- tulosten toistettavuutta (Vilka 2021, 153). Laadullisen tutkimuksen osalta luotettavuutta kuvaillaan siten, että tutkimuksen tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia. Myöskään tuloksiin ei täten ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät (Vilka 2021, 154). Toiminnallisen opinnäytetyötuotoksen sisältö suunnitellaan johdonmukaiseksi teoreettisen taustan kanssa ja tätä luotettavuutta arvioidaan tarkasti koko kehittämisprosessin ajan (Kostamo 2022).

Myös Kylmä ja Juvakka (2007) käsittelevät tutkimuksen luotettavuutta teoksessaan. Useat tutkijat ovat päätyneet arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuuden kautta käsitellään tutkimusta ja siitä muodostuvia tuloksia, siten, että ne vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä aiheesta ja tutkimuskohteesta. Vahvistettavuuden osalta on tärkeää,

että tutkimusprosessi on kirjattu monivaiheisesti ja kattavasti koko prosessin osalta. Vahvistettavuutta lisää se, että raportista on tulkittavissa, miten tutkija on päätenyt tiettyihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Laadullisen tutkimuksen ongelma vahvistettavuuden osalta on se, että kaksi tutkijaa samankaan aineiston perusteella ei välttämättä päädy samanlaiseen tulkinnaan. Refleksiivisyys käsittää tutkimuksen tekijän tietoisuuden omista lähtökohdistaan ja vaikutuksestaan aineiston ja tutkimusprosessin muodostumiseen. Siirrettävyys puolestaan tarkoittaa sitä, miten tutkimuksen tulokset ovat mahdollista siirtää toiseen vastaavaan tilanteeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.)

Tässä työssä luotettavuudella tarkoitettiin sitä, että työssä ja taustateoriassa käytettiin mahdollisimman ajantasaista tietoa sekä luotettavia lähteitä. Tämän opinnäytetyön luotettavuudesta kertoo myös se, ettei lähteinä ole käytetty yhtään salassa pidettävää asiakirjaa. Opiskelijat käsittelivät aihetta ilman ennako-oletuksia, ja pyrkivät tutkimaan aihetta monipuolisesti. Uskottavuutta opinnäytetyölle tuo palautekyselyn positiiviset vastaukset, jossa videota pidettiin selkeänä ja kiinnostavana, sekä uutta tietoa tuovana. Olemme pyrkineet kirjaamaan opinnäytetyöprosessista kattavasti ja laadukkaasti. Opinnäytetyön tuloksena tehty video on tehty teoreettisen taustan pohjalta, toimeksiantajan ja laitevalmistajan kanssa yhteistyössä. Videon päätöksiin ja aiheeseen tehtyihin rajauksiin löytyy perustelut kirjallisesta raportista. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen haettiin tutkimuslupa Länsi-Uudenmaan Hyvinvointialueelta arviointikyselyn suorittamiseksi Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle hyvinvointialueen ohjeiden mukaisesti (Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue 2023). Vilkan (2021) mukaan vähäinen sattumanvaraisuus ja otoksen laaja edustavuus perusjoukosta parantaa tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Tämän opinnäytetyön arvioinnissa käytettyyn palautekyselyyn vastanneiden lukumäärä jäi harmillisen pieneksi eikä perusjoukon lukumäärä ollut tarkasti määriteltävissä, jonka osalta arvioinnin kokonaisluotettavuus jäi alhaiseksi. Kaikki saatu palaute oli tasalaatuisesti positiivista.

Työhön saatiin tukea yhteistyökumppanilta, Espoon sairaalalta ja samalla tutustuttiin kyseisen organisaation tapoihin ja ohjeistuksiin, mikä oli tärkeää, jotta opetusvideo toisi organisaatiolle mahdollisimman paljon hyötyä. Espoon sairaalan yhteyshenkilön kautta saatiin kontakti myös RENASYS TOUCH -laitetta valmistavan Smith+Nephew:n yhteyshenkilöön. Häneltä saatiin viimeisimpiä käyttöohjeita ja oppaita kyseiseen laitteeseen. Häneltä saatiin kommentteja videon käsikirjoitukseen ja valmiiseen videoon laitevalmistajan näkökulmasta, sekä hänen kauttansa saatiin materiaalit videon kuvausta varten. Opinnäytetyön lopullisen tuotoksen aseptiikkaa kommentoi myös yhteistyökumppanin hygieniahoitaja. Kaikki tämä tuki auttoi saamaan opetusvideosta mahdollisimman todenmukaisen ja hyödyllisen toimeksiantajalle, Espoon sairaalalle. Työelämäkumppanit sekä Espoon sairaalalla sekä Smith+Nephew:llä auttoivat opinnäytetyön tekijöitä tuottamaan mahdollisimman paikkaansa pitävää tietoa ja materiaalia.

6.2 Opetusvideon tarkastelu

Bramen (2015) mukaan oppimista voidaan tehostaa eri aistikanavia aktivoimalla, mutta huolehtien ettei niitä ylikuormiteta. Tässä opinnäytetyössä tuotettu opetusvideo aktivoi sekä kuulo- että näköaistia. Videossa on käytetty paljon liikkuvaa kuvaa, mutta myös pysäytyskuvia ja harkittuja tekstiotsikoita. Videolla kuvattuja tapahtumia tuetaan sanallisella kerronnalla. Aistikanavien ylikuormittuminen on vältetty jättämällä taustamusiikki ja tarpeettomat kuvat pois, pitäen videon yleisilme mahdollisimman yksinkertaisena. Katselukertojen ja mielenkiinnon parantamiseksi sekä toimivan opetusvideon kriteereiden mukaisesti kuuden minuutin enimmäisaikaa (Guo ym. 2014) ei ylitetty tällä opetusvideolla. Opetusvideon käsikirjoitusvaiheessa suunniteltiin videon eri kohtaukset toimivan opetusvideon enimmäiskeston mukaan. Yhteistyökumppanin ehdottamia lisäyksiä pohdittaessa huomiottiin tarkasti myös se, ettei lopullisesta videosta tule liian pitkä. Kiinnostavuutta voidaan edistää kohdentamalla opetusvideo tietylle katsojakunnalle (Brame 2015; Guo ym. 2014; Hibbert 2014) ja tämä video kohdennettiin haavanhoitoon osallistuvalla hoitohenkilöstölle. Mielenkiintoa lisäävä nopeatempoisuus sekä liikkuvat, visuaaliset elementit (Brame 2015; Guo ym. 2014) on huomioitu liikkuvan kuvan nopeutuksella ja puheen reippaudella. Valmiin opetusvideon katsottavuus tarkistettiin erikokoisilla näytöillä, mikä oli yksi yhteistyökumppanin kanssa keskusteluissa pohdittu näkökulma lopputuotokselle.

Opetusvideon valmistumisen jälkeen Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalta pyydettiin palautetta opetusvideosta. Palautteella pyrittiin saamaan vahvistus videon käyttäjäkunnalta, sairaanhoidon ammattilaisilta tuotoksen onnistumisesta ja tämän opinnäytetyön tavoitteen saavuttamisesta. Kyselyn tulos vahvisti opinnäytetyön tavoitteen saavuttamisen ja opetusvideon tarpeellisuuden, koska enemmistö vastanneista kertoi saaneensa siitä uutta tietoa. Vastaukset, joiden mukaan vastaaja ei ollut saanut videolta uutta tietoa, antoi vaikutelman ennestään tutusta asiasisällöstä. Tätä tulkintaa tuki avoimena palautteena saadut vastaukset, joissa kerrottiin laitteen olevan ennestään tuttu. Lähes kaikki kyselyyn vastanneista kokivat saavansa videolta riittävästi tietoa. Tämä kertoi tekijöille videon sisällön tarkoituksenmukaisuudesta ja informatiivisuudesta. Koska kaikki vastasivat katsoneensa videon kokonaan, tulkittiin, että video oli koettu kiinnostavana, eikä ollut kestoltaan liian pitkä. Kaikki vastasivat videon puheen olevan ymmärrettävää ja valtaosa oli samaa mieltä videon visuaalisesta selkeydestä. Nämä vastaukset kertoivat tekijöiden onnistuneen opetusvideon audiovisuaalisessa suunnittelussa ja toteutuksessa. Suurin osa vastaajista kertoi aikovansa hyödyntää videota työssään. Avoimissa palautteissa kerrottiin vastaajien suunnitelmista käyttää videota perehdytyksessä, uusien hoitajien ja opiskelijoiden ohjauksessa. Avointa palautetta ja kehitysehdotuksia olivat antaneet enimmäkseen vastaajat, jotka eivät kokeneet saaneen videolta uutta tietoa eli he, joille alipaineimuhoito ja haavanhoito oli ennestään tuttua. Avoimissa palautteissa kerrottiin muun muassa, että ”kaikki oleellinen on videolla” ja ”hyvää työtä”. Saatu

palaute oli myönteistä ja kannustavaa, joka kertoi tekijöiden onnistuneen toimivan opetusvideon tuottamisessa, opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen saavuttamisessa.

6.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Jatkokehittämisehdotuksena opiskelijat ehdottivat yhteistyökumppanille opetusvideopankin laatimista sekä hygieniahoitajan aktiivista mukaanottoa tuleviin opinnäytetöihin. Tässä opinnäytetyössä tuotettua opetusvideota täydentämään yhteistyökumppani hyötyisi ainakin haavanpuhdistusta, haavanhoidon aseptiikkaa ja haavapotilaanohjausta käsittelevistä opetusvideoista. Videot täydentäisivät ja tukisivat toisiaan muodostaen kattavan haavanhoidon kokonaisuuden.

Lähteet

Painetut

Hietanen H 2018a. Haavadiagnoosi ja haavaluokitus. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 67-71.

Hietanen H. 2018b. Erilaisten haavojen hoitoperiaatteet ja sidosvalinnat. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 216-227.

Hietanen H. & Juutilainen V. 2018. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 27-29.

Hietanen H. & Kuokkanen O. 2018. Haavanpaikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 198-207.

Juutilainen V. 2018a. Haava yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 12-15.

Juutilainen V. 2018b. Haavanhoidon osatekijät. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 83-88.

Juutilainen V. 2018c. Valokuvaus. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 74-75.

Juutilainen V. 2018d. Tekniset apuvälineet haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 135-147

Juutilainen V. 2018e. Painehaavan kirurginen hoito. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 355-359.

Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Juutilainen V. & Hietanen H. 2018a. Painehaavan diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 327-334.

Järves K. & Konttinen V. 2018. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 97-109.

Kanerva M. & Tenhunen E. 2018. Haavainfektio ja sairaalahygieeniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 110-123.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro

Kostamo P., Airaksinen T. & Vilkka H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Opas Toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Helsinki: Art House.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Lagus H. 2018. Haavan paraneminen. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 30-55.

Smith+Nephew. 2015. RENASYS GO Negative Pressure Wound Therapy, Clinician User Manual. Smith+Nephew. 388-429.

Smith+Nephew. 2016. RENASYS TOUCH Pikaopas.

Smith+Nephew. 2017. Käyttöopas avoterveydenhoitoon, RENASYS TOUCH. Smith+Nephew. 190-279.

Smith+Nephew. 2020. Haavani alipaineimuhoito - Käyttöopas potilaalle. RENASYS TOUCH. Smith+Nephew.

Vilkka, H. 2021. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virkki P. 2018a. Haavanhoidon kirjaaminen. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 73-74.

Virkki P. 2018b. Biologinen puhdistus. Teoksessa Juutilainen V. & Hietanen H. 2018. Haavanhoidon periaatteet. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 205-207.

Sähköiset

Apelqvist, J., Willy, C., Fagerdahl, A-M., Fraccalvieri, M., Malmsjö, M., Piaggese, A., Probst, A. & Vowden, P. 2017. EMWA Document: Negative Pressure Wound Therapy - Overview, challenges and perspectives. MA Healthcare Ltd on behalf of EWMA. Viitattu 3.2.2023.

https://www.shhy.fi/wp-content/uploads/2021/11/SHHY_pdf_EWMA_JWC_NPWT_2017.pdf

Atkin L., Bućko Z., Montero E.C., Cutting K., Moffatt C., Probst A., Romanelli M., Schultz G.S. & Tettelbach W. 2019. Implementing TIMERS: The race against hard-to-heal wounds. Journal of Wound Care 5.3.2019; Supplement 3a; 28: S1-S50. Viitattu 23.1.2023. <https://www.magonlinejournal.com/doi/full/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>

Brame, C.J. (2015). Effective educational videos. Viitattu 29.12.2022. <http://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/effective-educational-videos/>

Diabeetikon jalkaongelmat. Käypä hoito -suositus. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 1.2.2023.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50079>

Espoon sairaala 2022 a. Espoon sairaala. Viitattu 06.10.2022. <https://www.espoo.fi/fi/es-poon-sairaala>

Espoon sairaala 2022 b. Espoon sairaala. Viitattu 29.10.2022. <https://www.espoo.fi/fi/toimipisteet/53484>

Espoon sairaala 2022 c. Espoon sairaalan osasto 1: Haavanhoito ja psykiatriininen kuntoutus-osasto. Viitattu 06.10.2022. <https://www.espoo.fi/fi/toimipisteet/64680>

EUR-Lex (2013/55/EU). Viitattu 17.10.2022. <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj>

EUR-Lex (2016/2102). Viitattu 13.1.2023. <http://data.europa.eu/eli/dir/2016/2102/oj>

Guo P., Rubin R. & Kim J. 2014. How video production affects student engagement: An empirical study of MOOC videos. Viitattu 17.12.2022. https://www.researchgate.net/publication/262393281_How_video_production_affects_student_engagement_An_empirical_study_of_MOOC_videos

Haavan paranemisvaiheet. Terveyskylä, Haavatalo. 2021. Viitattu 13.1.2023.

<https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa-haavoista/johdanto-haavoihin/miten-haava-paranee/haavan-paranemisvaiheet>

- Hammarström, E. 2020. Haavanhoidon aseptiikkaa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 2.5.2023. https://www.epshp.fi/files/11949/STEPPI-tyopaja_Haavanhoidon_aseptiikka_E_Hammarstrom.pdf
- Hibbert M. 2014. What Makes an Online Instructional Video Compelling? Viitattu 17.12.2022. <https://er.educause.edu/articles/2014/4/what-makes-an-online-instructional-video-compelling>
- HUS 2018. Haavakeskuksen haavanhoito-ohjeistus. Viitattu 13.1.2023. https://www.hus.fi/sites/default/files/2020-09/Haavan%20paikallishoito_ohje.pdf
- Härkönen, A., Kyöstilä, A., Bergström, L., Sankala, M. & Andersson-Tapio, S. 2022. Haavahoidon opas. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. Viitattu 2.5.2023. <https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2022/03/Haavaopas-2022docx.pdf>
- Juutilainen, V. 2021. Haavan alipaineimuhoidon, toimintaperiaate ja toteutus. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 29.11.2022. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix01332>
- Kallio M., Lagus H., Isoherranen K. & Matikainen N. 2020. Yhteistyö haavanhoidossa: mahdollisuus parantaa laatua ja vähentää kustannuksia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 136(15):1702-4. Viitattu 1.2.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15702>
- Kankaanpää J. 2020. Vinkkejä esitysdiojen tekemiseen ja asian esittämiseen - Niin videoille kuin muihinkin esityksiin - video. University of Eastern Finland. Viitattu 16.12.2022. <https://sites.uef.fi/flippaus/flippauksen-toteutus/ennakkomateriaalit/esiintyminen-videolla/>
- Kielo-Viljamaa E. 2021. Haavapohjan systemaattista valmistelua varten kehitetty kansainvälinen TIMERS-malli. Viitattu 13.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix02884>
- Krooninen alaraajahaava. Käypä hoito -suositus. 2021. Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 13.1.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50058#s5>
- Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Viitattu 4.5.2023. <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue 2023. Tutkimusluvut. Viitattu 30.4.2023. <https://www.luvn.fi/fi/tietoa-meista/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiotoiminta/tutkimusluvut>
- Mikä on haava? Terveyskylä, Haavatalo 2021. Viitattu 12.11.2022. <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa-haavoista/johdanto-haavoihin/mik%C3%A4-on-haava>

Miten voi estää kroonisten alaraajahaavojen uusiutumista? Terveyskylä. Ihotautitalo. 2017. Viitattu 13.1.2023. <https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/haavat/krooninen-eli-pitk%C3%A4aikainen-alaraajahaava/miten-voi-est%C3%A4%C3%A4-kroonisten-alaraajahaavojen-uusiutumista>

Niskanen, S. 2020a. Tiivis katsaus opetusviestinnän tutkimuksiin -video. University of Eastern Finland. Viitattu 16.12.2022. <https://sites.uef.fi/flippaus/flippauksen-toteutus/ennakkomateriaalit/esiintyminen-vidella/>

Niskanen, S. 2020b. Opetus videolla -video. University of Eastern Finland. Viitattu 16.12.2022. <https://sites.uef.fi/flippaus/flippauksen-toteutus/ennakkomateriaalit/esiintyminen-vidella/>

Niskanen, S. 2020c. Kuvavideo opetuksessa -video. University of Eastern Finland. Viitattu 16.12.2022. <https://sites.uef.fi/flippaus/flippauksen-toteutus/ennakkomateriaalit/esiintyminen-vidella/>

Palve J. 2017. Kroonisten haavojen konservatiivisen hoidon mahdollisuudet. Lääkärin tietokannat. Suomen lääkärilehti (online). 72(8):518-523. Helsinki. Viitattu 13.1.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/sll45642/search/kosteustasapaino>

Peltonen P. 2020. PICO alipaineimuhoido -opetusvideo. Viitattu 13.1.2023. <https://youtu.be/JE4y-K3fBS8>

Peltonen P. & Nykopp K. 2022. V.A.C. haavan alipaineimuhoido -video. Viitattu 13.1.2023. <https://youtu.be/mPbIMGAigEs>

Pihlainen, V. 2019. Potilasohjausta vaikuttavasti. Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. Viitattu 3.2.2023. https://www.ksshp.fi/Elintapamuutosryhmat-ohjaaajakasikirja/Pihlainen_Vuokko_Ohjaus.pdf

Ravitsemus osana haavanhoito. Terveyskylä. Ihotautitalo 2018. Viitattu 13.1.2023. <https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/haavat/ravitsemus-osana-haavanhoitoa>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.5.2023. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sintonen, S., Vesterinen, O. & Kynäslähti H. 2015. YouTube koko kansan oppimisen ja opettamisen areenana. Aikuiskasvatus: Aikuiskasvatustieteellinen aikakauslehti. 35(3), 208-214. Saatavilla: <https://journal.fi/aikuiskasvatus/article/view/94147/52825>

Sointu, E. T., Kankaanpää, J., Saarelainen, M., Valtonen, T., Ronkainen, A., Heikkinen, L., Kaasinen, A. R., Pekkarinen, V., Atjonen, P., Manninen, J., Mäkitalo, K., & Hirsto, L. (toim.) (2021). Flippausmanuaali, 2. painos. Viitattu 27.12.2022. <http://www.uef.fi/flippaus/> ISBN: 978-952-61-3755-1

Soppi E. 2020. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkäriin tietokannat. www.terveyskirjasto.fi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.2.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00352>

Tampereen korkeakoulu yhteisö 2022. Opetusvideoiden tekeminen. Viitattu 15.12.2022. <https://www.tuni.fi/fi/it-palvelut/kasikirja/videopalvelut/esittely-videopalveluista-0/opetusvideoiden-tekeminen>

Vaasan sairaanhoitopiiri. Alipaineimuhoidon potilasohje. Viitattu 5.1.2023. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSHP/Alipaineimuhoidon.pdf>

Vehkalahti K. 2020. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Viitattu 31.1.2023. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf>

Julkaisemattomat

Isosomppi, A. & Kuosmanen L. Tapaamiskäynti Espoon sairaalassa ja RENASYS TOUCH -alipaineimulaitteeseen tutustuminen. Haastattelu 13.6.2022. Espoon sairaala. Espoo.

Salonen, J. Sähköpostikeskustelu Smith+Nephew:n aluejohtajan kanssa. Sähköpostiviesti 8.12.2022. Smith+Nephew. Vantaa.

Kuviot

Kuvio 1: Palautekyselyn tulokset	23
--	----

Liitteet

Liite 1: Opetusvideon käsikirjoitus.....	36
Liite 2: Kyselylomake	40

Liite 1: Opetusvideon käsikirjoitus

1

Opetusvideon käsikirjoitus

Nimi: Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle Renasys Touch alipaineimulaitteen käytöstä

Kuvauspaikka: Espoon sairaala

Kuvaus pvm: 24.3.2023

Videon pituus: < 6 minuuttia:

Kuvaus: Sanni Pakarinen

Puhe ja editointi: Roosa Lundén

Teksti fontti: Noteworthy Bold

Fontin koko: 91 & 58

Fontin väri: valkoinen

Tekijät: Roosa Lundén & Sanni Pakarinen



Kohtaus ja kesto	Näkymä	Audio	Teksti	Tekstitys
1: Otsikko 00.04	Tekstin taustana esimerkiksi steriiliini Laurean ja Espoon sairaalan logot Renasys logo	Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle Renasys alipaineimulaitteen käytöstä	Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle Renasys alipaineimulaitteen käytöstä	Opetusvideo Espoon sairaalan hoitohenkilökunnalle Renasys alipaineimulaitteen käytöstä Video on tehty yhteistyössä Laurea Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan kanssa.
2: Ennen hoidon aloitusta 00.15	Sammunut api -laite, taustana steriiliini. Hoitajan käsi osoittamassa sammutusnappia.	Alipaineimuhoidon aloituksesta, jatkamisesta tai lopettamisesta päättää aina lääkäri tai haavahoitaja. Mikäli hoito on ollut jo käynnissä, laite sammutetaan puoli tuntia ennen sidosten irrottamista	Ennen hoidon aloitusta	Alipaineimuhoidon aloituksesta, jatkamisesta ja lopettamisesta päättää aina lääkäri. Mikäli alipaineimuhoidon on ollut jo käynnissä, laite sammutetaan puoli tuntia ennen haavanhoitoa ja sidosten vaihtoa.
3: Aseptiikka 00.04	Käsihygienian esittäminen stijl -kuvina: <ul style="list-style-type: none"> Käsien pesu Käsien desinfektio Tehdaspuhtaiden suojakäsineiden pukeminen 	Muista aseptiikka ja toimi organisaation ohjeistamalla tavalla.	Muista aseptiikka: Työväiteiden välissä vähintään käsien desinfektio ja puhtaat suojakäsineet	Muista aseptiikka ja toimi organisaation ohjeistamalla tavalla.

2

4: Sidosten poistaminen 00.20	Suojakäsine kädet irrottamassa sidoksia esimerkiksi.	Irrota suojakalvo ja hydrokoloidit tukemalla toisella kädellä potilaan ihoa ja vetämällä irrotettavaa sidosta. Näin ihon ärsytys on vähäisempää. Irrottamista voit auttaa käyttämällä liimapintaisten haavasidosten irrotusainetta	Sidosten poistaminen	Irrota suojakalvo ja hydrokoloidit tukemalla toisella kädellä potilaan ihoa ja vetämällä irrotettavaa sidosta. Näin ihon ärsytys on vähäisempää
5: Tarvikkeet 00.08	Steriilin liinan päällä haavan puhdistamiseen ja hoitoon käytettäviä tarvikkeita.	Puhdista ja hoida haava sen vaatimalla tavalla. Ota kaikki tarvittavat välineet esille ennen aloittamista.	Tarvikkeet Haavan puhdistus	Puhdista ja hoida haava sen vaatimalla tavalla. Ota kaikki tarvittavat välineet esille ennen aloittamista.
6: Tarvikkeet 00.14	Steriilin liinan päällä harsosetin osat	Harsosetti sisältää Soft- port letkuston, antimikrobista harsoa, suojakalvon, keittosuolaliosta , mitan, ihonsuoja-ainepyyhkeen sekä parafiiniverkon.	Tarvikkeet Harso-setti (saatavilla S, M & L)	Harsosetti sisältää Soft- port letkuston, antimikrobista harsoa, suojakalvon, keittosuolaliosta , mitan, ihonsuoja-ainepyyhkeen sekä parafiiniverkon.
7: Foam -setti 00.08	Steriilin liinan päällä Foam -setin osat	FOAM vaahtosidossetti sisältää foam vaahtosidospalan, soft port letkuston sekä suojakalvon.	Tarvikkeet Foam -setti (saatavilla S, M & L)	FOAM vaahtosidossetti sisältää foam vaahtosidospalan, soft port letkuston sekä suojakalvon
8: Materiaalien valinta 00.08	Steriilin liinan päällä harsopakkaus ja erikokoisia foam paloja	On tärkeä valita haavaan parhaiten sopiva täytemateriaali	Tarvikkeet Antimikrobin harso Vai FOAM-vahtosidos?	On tärkeä valita haavaan parhaiten sopiva täytemateriaali
9: Tarvikkeet	Steriilin liinan päällä ihon suojaukseen käytettäviä materiaaleja.	Ihonsuoja-ainetta on saatavilla sekä pyyhkeenä että applikaattorissa. Lisäksi voidaan tarvita itsekiinnittyvää	Tarvikkeet Muita olennaisia tarvikkeita	Ihonsuoja-ainetta on saatavilla sekä pyyhkeenä että applikaattorissa. Lisäksi voidaan tarvita

00.20		geelinauhaa. <u>Hydrokolloidit</u> käytetään suojaamaan haavan ympärillä olevaa tervettä ihoa. Säiliöitä löytyy kahta eri kokoa erityksen määrän mukaan valittavaksi.		itsekiinnittävää geelinauhaa. <u>Hydrokolloidit</u> käytetään suojaamaan haavan ympärillä olevaa tervettä ihoa. Säiliöitä löytyy kahta eri kokoa erityksen määrän mukaan valittavaksi
10: Renasys lisätarvikkeet 00.10	Steriilin liinan päällä Renasys lisätarvikkeita: virtajohto, kantohihna, itse laite ja y-yhdistäjä	Lisäksi tarvitet verkkovirtajohdon, kantohihnan ja mahdollisesti y-yhdistäjän, mikäli potilaalla on useampi haava.	Tarvikkeet Muita olennaisia tarvikkeita	Lisäksi tarvitet verkkovirtajohdon, kantohihnan ja mahdollisesti y-yhdistäjän, mikäli potilaalla on useampi haava.
11: Haavan puhdistus 00.13	Kuvassa nuken avohaava, jonka vieressä mitta. Potilasnuken alta näkyy kroonikko vuodesuojaa tms. Hoitajan tehdaspuhdashanskaiset kädet mitaamassa haavan leveyttä ja pituutta.	Haava tulee puhdistaa huolellisesti. Tässä kohtaa haava on hyvä myös mitata ja kuvata. Haavat ovat yksilöllisiä ja puhdistustoimet tehdään haavan tarpeiden mukaisesti.	Haavan puhdistus ja dokumentointi Mittaa – kuvaa – kirjaa	Haava tulee puhdistaa huolellisesti. Tässä kohtaa haava on hyvä myös mitata ja kuvata. Haavat ovat yksilöllisiä ja puhdistustoimet tehdään haavan tarpeiden mukaisesti.
12: Haavareunojen suojaaminen 1 00.09	Tehdaspuhtaalla suojakäsineellä suojattu hoitajan käsi laittaa haavareunaan ihonsuoja-ainetta leveästi.	Haavaa ympäröivä iho ja haavan reunat suojataan ihonsuoja-aineella ja annetaan kuivua	Haavareunojen suojaaminen Ihonsuoja-aine (esim. <u>secura</u>)	Haavaa ympäröivä iho ja haavan reunat täytyy suojata ihonsuoja-aineella ja antaa kuivua
13: Haavareunojen suojaaminen 2 00.08	Tehdaspuhtailla suojakäsineillä suojatut hoitajan kädet laittavat <u>hydrokolloidisidosta</u> tarkasti haavaa ympäröivälle iholle.	Suojaa haavaa ympäröivä iho laittamalla haavareunoille <u>hydrokolloidit</u> tarkasti reunoja myöten	Haavareunojen suojaaminen Hydrokolloidi	Suojaa sitten haavaa ympäröivä iho laittamalla haavareunoille <u>hydrokolloidit</u> tarkasti reunoja myöten.
14: Haavan pohjan suojaaminen 00.13	Tehdaspuhtailla suojakäsineillä suojatut hoitajan kädet pitelemässä parafiiniverkkoa ja saksia. (parafiiniverkon muotoilu saksilla)	Jos haavapohjassa on luuta, jännettä tai hermoa, tulee nämä suojata parafiiniverkolla haavapohjan myötäisesti. Verkkoa voi käyttää myös herkästi sidosmateriaaliin tarttuvaan haavaan.	Haavan pohjan suojaaminen	Jos haavapohjassa on luuta, jännettä tai hermoa, tulee nämä suojata parafiiniverkolla haavapohjan myötäisesti. Verkkoa voi käyttää

	Sopivaksi muotoillun parafiiniverkkoalan asettelua haavapohjalle		Suojaa luu- ja jännepinnat (parafiiniverkko)	myös herkästi sidosmateriaaliin tarttuvaan haavaan.
15: Haavapohjan täyttäminen <u>FOAMilla</u> 00.20	näytetään <u>FOAM</u> -pakkaus ja saksit hoitajan käsissä → sopivan muotoinen <u>FOAM</u> pala laitetaan haavan pohjalle. Toinen, valmiiksi leikattu pala laitetaan päälle	FOAM vaahtosidosta leikataan haavapohjan mukaisesti. <u>FOAMia</u> voi tulla useampi kerros haavan syvyyden mukaisesti. Sidosta saa olla reilu kerros, ettei haavan kohdalle muodostu kuoppaa imun alkaessa. Ylimmäinen kerros ylittää haavareunat, mutta älä ylitä <u>hydrokolloidit</u> rajoja.	Haavapohjan täyttäminen <u>FOAMilla</u> Haavan pohjan mukaisesti kerroksittain, pintakerros haavareunojen yli	FOAM vaahtosidosta leikataan haavapohjan mukaisesti. <u>FOAMia</u> voi tulla useampi kerros haavan syvyyden mukaisesti. Sidosta saa olla reilu kerros, ettei haavan kohdalle muodostu kuoppaa imun alkaessa. Ylimmäinen kerros ylittää haavareunat, mutta älä ylitä <u>hydrokolloidit</u> rajoja
16: Haavapohjan täyttäminen antimikrobisella harsolla 00.30	Puhdistettu haavapohja, johon hoitajan kädet suojakäsinein laittamassa harsoa kuohkeasti ja esimerkillisesti.	Antimikrobinen harsosidos kastellaan keittosuolaliuoksella ja asetellaan kuohkeasti haavan sisään. Huomioi, että sidosta tulee tarpeeksi, jotta haavaan ei muodostu kuoppaa imun alkaessa. Harsosidos voi olla parempi vaihtoehto esimerkiksi onkalohaavoihin tai kun haavan pohja on epäsymmetrinen tai epätasainen. Sidokset vaihdetaan hoito-ohjeen mukaisesti	Haavapohjan täyttäminen antimikrobisella harsolla Sidosten vaihto ensimmäisen kerran 48 h hoidon aloituksesta, jatkossa 2-3 x viikko.	Antimikrobinen harsosidos kastellaan keittosuolaliuoksella ja asetellaan kuohkeasti haavan sisään. Huomioi, että sidosta tulee tarpeeksi, jotta haavaan ei muodostu kuoppaa imun alkaessa. Harsosidos voi olla parempi vaihtoehto esimerkiksi onkalohaavoihin tai kun haavan pohja on epäsymmetrinen tai epätasainen. Sidokset vaihdetaan hoito-ohjeen mukaisesti
17: Suojakalvon laittaminen 00.40	Suojakäsinekädet asettamassa suojakalvoja haavan päälle. Korostetaan toista kalvoa laitettaessa kalvojen reilu limittäin meneminen.	Suojakalvot asetetaan haavan päälle sidoksen myötäisesti. Voit leikata kalvoja sopivamman kokoiseksi paloiksi. Kalvo asetetaan löyhästi, sitä ei saa venyttää tai pingottaa. Kalvosuojaukseen ei saa jäädä aukkoja ja kalvon tulee peittää koko haava-alue. Jos yksi kalvo ei riitä, huolehditaan, että jatkopalat on tarpeeksi limittäin tiiviiden varmistamiseksi	Suojakalvon asettaminen Voit leikata kalvon sopiviksi paloiksi. Ei venyttäen, haavan reunan yli terveelle ihoalueelle asti.	Suojakalvot asetetaan haavan päälle sidoksen myötäisesti. Voit leikata kalvoja sopivamman kokoiseksi paloiksi. Kalvo asetetaan löyhästi, sitä ei saa venyttää tai pingottaa. Kalvosuojaukseen ei saa jäädä aukkoja ja kalvon tulee peittää koko haava-alue. Jos yksi kalvo ei riitä, huolehditaan, että jatkopalat on

			Seuraavat kalvot edellisen kanssa lomittain, ei saa jäädä aukkoja. <ul style="list-style-type: none"> - 5 cm yli - 7,5 cm lomittain 	tarpeeksi limittäin tiiviiden varmistamiseksi
18: Imulaitteen yhdistäminen 00.30	Suojakäsinekädet leikkaavat aukon haavaa peittävän suojakalvon keskelle. Mallataan imuletkua vaihtoehtoisin suuntiin ennen imututin liimaamista keskitetyksi reiän päälle. Yhdistetään imututin letku Renasys laitteen letkuihin. Yhdistettäessä letkut, painotetaan yhdistämisestä kuuluvaa "click" ääntä. Taustana steriiliiniä.	Sidoksen keskelle leikataan noin 2 cm levyinen reikä soft port letkustoa varten. Reikä tulee kohdistaa letkuston imututin kanssa. Letkun suunta tulee huomioida, jotta potilaan liikkuminen on mahdollisimman vaivatonta. Keskustelee potilaan kanssa hänen toiveistaan. Kiinnitä letkusto huolellisesti.	Imulaitteen yhdistäminen Reikä halkaisijaltaan n.2cm Huomioi letkun suunta. Kysy potilaan toive.	Sidoksen keskelle leikataan noin 2 cm levyinen reikä soft port letkustoa varten. Reikä tulee kohdistaa letkuston imututin kanssa. Letkun suunta tulee huomioida, jotta potilaan liikkuminen on mahdollisimman vaivatonta. Keskustelee potilaan kanssa hänen toiveistaan. Kiinnitä letkusto huolellisesti.
19: Letkuston yhdistäminen 00.11	Suojakäsinekädet yhdistävät letkut ja näyttävät kiinnityksen lujuuden. Letkujen irrotuksen jälkeen liitosten sulkeminen niiden omilla korkeilla.	Letkut yhdistetään, ja napsahdus vahvistaa kunnollisen kiinnityksen. Letkujen ollessa irrallaan, liitokset on hyvä sulkea.	Letkujen yhdistäminen Yhdistettäessä tulee napsahdtaa. Letkujen irrotuksen jälkeen suljetaan liittimet.	Letkut yhdistetään, ja napsahdus vahvistaa kunnollisen kiinnityksen. Letkujen ollessa irrallaan, liitokset on hyvä sulkea.
20: Laitteen käynnistäminen 00.04	Hoitajan sormi osoittamassa laitteen vasemmassa reunassa olevaa käynnistysnapia. Hoitajan sormi painamassa käynnistysnapia. Taustana steriiliiniä.	Käynnistä laite käynnistysnapista	Laitteen käynnistäminen	Käynnistä laite käynnistysnapista
21: Hoidon asetusten säätäminen 1 00.08	Hoitajan sormi osoittamassa valikkoa, mistä valitaan paineen voimakkuus. Laitteen näytöllä näkyvät vaihtoehdot. Taustana steriiliiniä.	Aseta lääkärin määräämä paineen voimakkuus, yleensä se on 120 mmHg.	Alipaineen voimakkuuden säätäminen	Aseta lääkärin määräämä paineen voimakkuus, yleensä 120 mmHg.

22: Hoidon asetusten säätäminen 2 00.13	Hoitajan sormi painelemassa valikkoa, mistä valitaan jatkuva tai jaksottainen imu. Laitteen näytöllä näkyvät vaihtoehdot. Taustana steriiliiniä.	Imu voidaan asettaa jatkuvaksi tai jaksottaiseksi, säädä asetukset määräyksen mukaisiksi.	Imun tyyppin säätäminen	Aseta imun tyyppi: jatkuva tai jaksottainen.
23: Hoidon aloitus 00.40	Säiliön kiinnittäminen laitteeseen sivuilla olevilla puristimilla Hoitajan käsi painamassa haavasidoksen päältä kevyesti samalla kun imu käynnistyy.	Valitse oikean kokoinen säiliö ja kiinnitä se sivuilla olevilla puristimilla. Yhdistä letkut toisiinsa. Aloita hoito painamalla aloituspainiketta. Sijoita laite turvalliseen paikkaan pystyasentoon. Imun aloitusta voidaan auttaa painamalla sidosta kevyesti	Hoidon aloitus Voit keriä ylimääräisen letkun lyhyemmäksi ja kiinnittää suljijoilla.	Valitse oikean kokoinen säiliö ja kiinnitä se sivuilla olevilla puristimilla. Yhdistä letkut toisiinsa. Aloita hoito painamalla aloituspainiketta. Sijoita laite turvalliseen paikkaan pystyasentoon. Imun aloitusta voidaan auttaa painamalla sidosta kevyesti
24: Näytön lukitus ja avaaminen 00.15	Steriilin liinan päällä Renasys Touch laite, jonka lukituspainiketta suojakäsinekäden sormi painaa ja vapautuminen.	Näyttö kannattaa lukita hoidon ajaksi painamalla pitkään lukkopainiketta. Näytön lukitus avataan painamalla pitkään lukkopainiketta	Näytön lukitus Näytön lukituksen avaaminen	Näyttö kannattaa lukita hoidon ajaksi painamalla pitkään lukkopainiketta. Näytön lukitus avataan painamalla pitkään lukkopainiketta
25: Kahden haavan yhdistäminen Y-yhdistäjällä 00.10	Hoitaja asettamassa y-yhdistäjää kahden suojakalvollisen haavan välille. Taustana steriiliiniä.	Kaksi haavaa voidaan yhdistää samaan imuun y-yhdistäjällä. Tällöin tulee huomioida, ettei kumpikaan haava ole infektoitunut.	Kahden haavan yhdistäminen Y-yhdistäjällä Huomioi mahdollinen infektio.	Kaksi haavaa voidaan yhdistää yhteen laitteeseen vaihtoehtoisesti Y-yhdistäjän avulla. Haavoja yhdistettäessä täytyy varmistaa, ettei kumpikaan haavoista ole infektoitunut.
26: Y-yhdistäjän käyttöön ottaminen 00.10	Y-yhdistäjän käyttöönoton valinta Renasys touch laitteen näytöltä.	Y-liittimen käyttöönotto valitaan laitteen näytöstä.	Y-liittimen käyttöönotto laitteessa.	Y-liittimen käyttöönotto valitaan laitteen näytöstä.

27: Hoidon aikana 1 00.10	Kuvassa kipumittareita. Taustana steriililiina.	Hoidon aikana tarkkaillaan potilaan kokemaa kipua haastatteleamalla potilasta. Hoidon ei tulisi aiheuttaa kipua.	Kivun seuranta	Hoidon aikana tarkkaillaan potilaan kokemaa kipua haastatteleamalla potilasta. Hoidon ei tulisi aiheuttaa kipua.
28: Hoidon aikana 2 00.20	Hoitaja osoittamassa säiliötä, missä eritettä. Animaationa eritteinen säiliö. Taustana steriililiina.	Eritteen väriä, laatua ja määrää tarkkaillaan hoidon aikana. Mikäli erite on veristä, hoito tulee keskeyttää ja ottaa yhteys hoitavaan lääkäriin.	Erityksestä seurataan: - Eritteen väriä - Eritteen laatua - Eritteen määrää Mikäli erite on veristä, hoito on keskeytettävä ja otettava yhteys lääkäriin!	Tarkkaile eritteen väriä, laatua ja määrää. Mikäli erite on veristä, hoito on keskeytettävä. Ilmoita asiasta hoitavalle lääkäriin.
29: Hoidon aikana 3 00.40	Renasys touch laite, missä eritesäiliö kiinnitettynä. Taustana steriililiina.	Eritesäiliö vaihdetaan tarpeen mukaan, laitteen ollessa sammutettuna. Hävitä eritejäte oikeaoppisesti työpaikan ohjeistamalla tavalla. Päivämäärän merkitseminen eritesäiliöön auttaa hoidon seurannassa. Huolehdi ja ohjeista potilasta pitämään laitetta verkkovirrassa aina, kun mahdollista, vähintään yön ajan. Laitetta tulee säilyttää aina pystyasennossa, jotta imu ei tukkeudu. Varmista, että hoito-ohjeet ovat hyvät ja selkeät. Hoitajan tulee tarkistaa laitteen toiminta joka vuorossa.	Huomioitavaa <ul style="list-style-type: none"> Eritesäiliö vaihdetaan laitteen ollessa sammutettuna Eritejätteiden oikeaoppinen hävittäminen Päivämäärä eritesäiliöön Lataus / verkkovirta aina, kun mahdollista. Vähintään yöksi. Säilytys pystyasennossa Hyvät ja selkeät hoito-ohjeet lääkäriltä / haava-hoitajalta 	Eritesäiliö vaihdetaan tarpeen mukaan, laitteen ollessa sammutettuna. Hävitä eritejäte oikeaoppisesti työpaikan ohjeistamalla tavalla. Päivämäärän merkitseminen eritesäiliöön auttaa hoidon seurannassa. Huolehdi ja ohjeista potilasta pitämään laitetta verkkovirrassa aina, kun mahdollista, vähintään yön ajan. Laitetta tulee säilyttää aina pystyasennossa, jotta imu ei tukkeudu. Varmista, että hoito-ohjeet ovat hyvät ja selkeät. Hoitajan tulee tarkistaa laitteen toiminta joka vuorossa.

			<ul style="list-style-type: none"> Laitteen toiminnan tarkastus joka vuorossa. 	
30: Lopetus 00.06.27	AMK opinnäytetyönä tehty opetusvideo Tekijät: Roosa Lundén ja Sanni Pakarinen	Tämä on AMK opinnäytetyönä tehty opetusvideo. Video on tehty yhteistyössä Espoon sairaalan ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa.	Tämä on AMK opinnäytetyönä tehty opetusvideo. Video on tehty yhteistyössä Espoon sairaalan ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa. Tekijät: Roosa Lundén ja Sanni Pakarinen	Video on tehty yhteistyössä Espoon sairaalan ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa

Liite 2: Kyselylomake



Roosa Lundén
Sanni Pakarinen

Palautekyselylomake
Opinnäytetyö

Huhtikuu 2023

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Roosa ja Sanni. Teimme Espoon sairaalalle toiminnallisena opinnäytetyönä opetusvideon RENASYS TOUCH alipaineimulaitteen käytöstä. Keräämme nyt anonyymii palautetta opetusvideosta mahdollisimman monelta haavan hoitoon osallistuvalla hoitajalta 18.-27.4.2023.

Vastaathan 27. 4. 2023 klo 21 mennessä.

Video on nähtävillä verkossa osoitteessa: <https://screenpal.com/watch/c0FDYmVaSvp> tai viereisen QR-koodin lukemalla (kohdistaa puhelimen kamera koodiin).
Videon pääsyyn tarvittava salasana: RenasysEspoo. Huomioi isot alkukirjaimet.



Tästä videoon!

Sain videolta uutta tietoa:

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Puhe videolla oli ymmärrettävää:

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Sain videolta riittävästi tietoa:

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Video oli visuaalisesti selkeä:

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Katsoin videon kokonaan:

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Tulen hyödyntämään tätä videota työssäni:

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Mahdolliset kehitysehdotukset:

Kiitos kun vastasit!

Ystävällisin terveisin,

Roosa Lundén & Sanni Pakarinen

Lisätietoja: roosa.lunden@student.laurea.fi ja sanni.pakarinen@student.laurea.fi