

Riikka Tonteri, Essi Viidanoja

Sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

Toukokuu 2018

Tekijä(t) Otsikko	Riikka Tonteri ja Essi Viidanoja Sairaanhoitajien käsitykset painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla
Sivumäärä Aika	21 sivua 18.5.2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	lehtori, TtT, sh, Liisa Montin
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisilla osastoilla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä aineistonkeruumenetelmänä. Aineisto kerättiin yliopistollisen sairaalan kahdelta päiväkirurgiselta osastolta Helsingin kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyössä kehittämää kyselylomaketta käyttäen. Lomakkeisiin vastaaminen oli vapaaehtoista ja lomakkeet täytettiin nimettömästi. Kyselylomakkeiden vastaukset analysoitiin IBM SPSS Statistics-ohjelman avulla.</p> <p>Kyselylomakkeita vietiin osastoille 79. Vastaajia oli yhteensä 49, jolloin vastausprosentiksi saatiin 62%. Sairaanhoitajista suurin osa ilmoitti hoitavansa painehaavoja harvoin. Keskimääräinen työkokemus terveydenhuoltoalalla oli noin 19 vuotta. Nykyisessä toimipisteessä vastaajien työkokemus vaihteli kahdesta kuukaudesta 28 vuoteen.</p> <p>Sairaanhoitajien käsitys painehaavoista oli kohtalaista. Tulokset osoittivat sairaanhoitajien tietävän parhaiten painehaavojen ehkäisyyn liittyvän asentohoidon ja liikkumisen. Yksittäisistä kysymyksistä parhaiten sairaanhoitajat tiesivät, että potilaan ihon kuormituskohdat tulee tarkistaa jokaisessa työvuorossa. Heikoin tietämys näyttäytyi ravitsemushoidon ja painehaavaluokkien hallitsemisessa. Ravitsemusosion kysymys apteekin täydennysravintovalmisteiden käytöstä osoittautui heikoimmin tiedetyksi koko tietotestissä. Lisäksi MUST-vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmää koskevaan väitteeseen 20 vastaajaa jätti vastaamatta. Tietotestin vastausten keskiarvo oli 25,53/35.</p> <p>Yhteenvedon voidaan todeta, että sairaanhoitajat hyötyisivät lisäkoulutuksesta painehaavoihin ja niiden ehkäisyyn liittyen. Päiväkirurgisen osaston luonteen vuoksi erityistä huomiota lisäkoulutuksessa tulisi kiinnittää painehaavaluokkiin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää painehaavoihin liittyvän koulutuksen kehittämisessä päiväkirurgisilla osastoilla.</p>	
Avainsanat	painehaava, päiväkirurgia, sairaanhoitajien tietämys, kyselytutkimus

Author(s) Title	Riikka Tonteri and Essi Viidanoja Nurses' perceptions of pressure ulcers in day surgery unit
Number of Pages Date	21 pages 18 May 2018
Degree	Bachelor of Health care
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, Senior Lecturer, PhD, RN
<p>The purpose of this thesis was to describe nurses' perceptions of pressure ulcers in day surgery units. This thesis was made in collaboration with Metropolia University of Applied Sciences (UAS) and The Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The aim of this this thesis was to utilize results in day surgery units.</p> <p>This thesis was carried out by using a quantitative research method. The data was gathered by a questionnaire from two day surgical units. The questionnaire used in this thesis was made in collaboration with City of Helsinki and Metropolia UAS. Participation was voluntary and anonymous. The collected data was analyzed by using IBM SPSS Statistics software.</p> <p>A total of 79 questionnaires were distributed to the units. In total, 49 nurses answered the questionnaire. The response rate was 62%. According to most of the nurses, they rarely treat pressure ulcers. Nurses' average work experience in health care was around 19 years and their experience of working in their current place of work varied from two months to 28 years.</p> <p>Nurses' perceptions about pressure ulcers and their prevention was reasonable. The results show that the nurses had the best knowledge about repositioning and movement in pressure ulcer prevention. From single questions the nurses had the best knowledge about when to check patient's skin where it has been exposed to pressure. The weakest knowledge was on nutrition in pressure ulcer prevention and classification of pressure ulcers. The question about pharmacy nutrition supplements resulted in the least amount of right answers in the whole questionnaire. Also 20 participants did not answer the question about Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). The mean score of the questionnaire was 25,53/35.</p> <p>In conclusion, nurses would benefit from additional education about pressure ulcers and their prevention. Considering the nature of a day surgical unit the education should especially pay attention to classification of pressure ulcers. The results of this thesis can be used to develop education about pressure ulcers and prevention.</p>	
Keywords	pressure ulcer, day surgery, nurses' knowledge, survey

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Painehaava	2
2.1	Painehaavojen ehkäisy ja riskitekijät	2
2.1.1	Ihon tarkkailu	3
2.1.2	Ravitsemustila	3
2.1.3	Asentohoito	4
2.2	Painehaavojen luokitukset ja riskin arviointiasteikot	5
3	Päiväkirurginen potilas	6
4	Sairaanhoitajien tietämys painehaavoista	6
4.1	Sairaanhoitajien käsitykset painehaavoista Suomessa	6
4.2	Kansainvälinen tutkimustieto	7
5	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	9
6	Työn toteutus	10
6.1	Aineistonkeruumenetelmä	10
6.2	Aineiston keruu	10
6.3	Aineiston analyysi	11
7	Tulokset	11
7.1	Vastaajien kuvailu	11
7.2	Tietotestin vastausten kuvailu	12
8	Pohdinta	14
8.1	Tulosten pohdinta	14
8.2	Luotettavuuden pohdinta	15
8.3	Eettisyyden pohdinta	17
9	Yhteenveto	18
	Lähteet	19

1 Johdanto

Painehaavojen ilmaantumista pidetään yhtenä hoidon laadun mittarina (Juutilainen – Hietanen 2013: 300). Painehaavat aiheuttavat potilaalle kipua, kärsimystä, infektioita sekä laskevat elämänlaatua. Lisäksi ne pidentävät sairaalassaoloaikaa ja voivat johtaa jopa kuolemaan. Painehaavojen on todettu olevan yhteydessä korkeisiin terveydenhuollon kustannuksiin. (Gonzales – Pickett 2011; Mallah – Nassar – Kurdahi Badr 2015.) Suomessa on arvioitu hoidettavan vuosittain 55 000-80 000 yhden tai useamman painehaavan saanutta potilasta. Hoitokustannuksien on arvioitu olevan 350-520 miljoonaa euroa vuosittain, mikä on noin 2-3 % terveydenhoitokuluista. Painehaavojen ehkäisy on kustannustehokasta, sillä ehkäisyyn kustannukset ovat vain kymmenesosan hoidon kuluista. (Soppi 2016.)

Olenneisinta painehaavojen ehkäisyssä on potilaan painehaavariskin tunnistaminen ja kudokseen kohdistuvan paineen vähentäminen (Soppi 2010; Kinnunen ym. 2015: 3). Painehaavojen ennaltaehkäisy kuuluu sairaanhoitajan työnkuvaan. Haavauman patofysiologian ja ehkäisyyn perusteiden ymmärrys sekä painehaavariskin arvioiminen auttavat hoitajia tarjoamaan kokonaisvaltaista hoitoa painehaavariskissä oleville potilaille. (Casey 2013.) Sairaanhoitajien tietämys painehaavojen suhteen on kuitenkin todettu olevan riittämätöntä (Beeckman – Defloor – Schoonhoven – Vanderwee 2011; Qaddumi – Khawaldeh 2014).

Suomessa päiväkirurgiset leikkaukset kattavat noin puolet kiireettömästi tehdyistä leikkauksista (Ahonen ym. 2016: 130). Vuonna 2011 Suomessa päiväkirurgisia hoitojaksoja oli 202 000 (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito -suositus 2014). Lyhyistä hoitoajoista huolimatta on tärkeää huomioida painehaavojen ehkäisy, sillä painehaavat voivat syntyä hyvinkin nopeasti, kuten jo leikkauksen aikana (Soppi 2010; Koivunen ym. 2017).

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla.

2 Painehaava

Painehaava on usein luisen ulokkeen kohdalla sijaitseva ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen paikallinen vaurio. Painehaavoista yli puolet sijaitsevat lantion seudulla, erityisesti ristiluun, istuinkyhmyjen ja ison sarvennoisen alueella, sekä noin kolmasosa alaraajoissa, usein kantapäissä. (Juutilainen – Hietanen 2013: 300-301.) Aiheuttajana painehaavaumalle on kudokseen kohdistuva paine, venytys tai näiden yhdistelmä. (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP] – European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] – Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA] 2014: 11). Lisäksi kudoksen hapenpuute ja ihon kosteus ovat ratkaisevassa asemassa kudოსvaurion syntymisessä. Tiettyä aikarajaa kudოსvaurion syntymiselle ei pystytä määrittämään, sillä se voi vaihdella puolesta tunnista neljään tuntiin. (Juutilainen – Hietanen 2013: 303.)

2.1 Painehaavojen ehkäisy ja riskitekijät

Painehaavojen ehkäisyn tulee olla näyttöön perustuvaa toimintaa. Tämän tueksi on kehitetty kansainvälisiä ja kansallisia hoitosuosituksia. Suosituksen käyttöönotto edellyttää valtakunnallista, alueellista ja organisaatiotason yhteistyötä sekä hoitotyön ammattilaisten kouluttamista hoitosuosituksen käyttöön ja vakiinnuttamiseen. (Kinnunen ym. 2017: 170-177.) Painehaavojen ehkäisy tulee suunnitella yksilöllisesti riippuen potilaan riskitekijöistä (Jones 2013).

Painehaavariskin arvioinnissa kiinnitetään huomiota verenkiertoon, kudosten hapensaantiin, ravitsemustilaan sekä ihon kosteuteen. Muita riskitekijöitä ovat korkea ikä, kehonlämpötilan nousu, hematologiset muutokset ja tuntoaistin heikkeneminen. Riskiarvioinnin tulee olla jäsenneltyä, jotta kaikki riskitekijät otetaan huomioon. (NPUAP – EPUAP – PPPIA 2014: 13-14.)

Leikkaussalissa potilaiden painehaavariskiä arvioidessa tulee ottaa huomioon erityisesti immobilisaatioaika ennen leikkausta ja sen jälkeen, leikkauksen kesto, sekä verenpaineen ja lämmön seuranta. Leikkauksessa verenpaineen toistuva laskeminen ja matala ydinlämpö ovat riskitekijöitä painehaavan synnylle. (NPUAP – EPUAP – PPPIA 2014: 61.) Leikkauksen aikainen verenvuoto ja erilaiset lääkkeet, kuten steroidit, sytostaatit sekä vasoaktiiviset ja psykotrooppiset lääkkeet, ovat yhteydessä leikkauksen aikana syntyneeseen painehaavaan (Gonzales – Pickett 2011). Myös potilaan vakava

sairaus ja matalat pisteet Bradenin asteikolla lisäävät riskiä painehaavaan leikkauksen aikana (Fred – Ford – Waqner – Vanbrackle 2012).

2.1.1 Ihon tarkkailu

Potilaan painehaavariskin arviointiin on suositeltavaa sisällyttää ihon kattava ja säännöllinen tutkiminen ja arviointi, jotta painehaavan merkit tunnistetaan varhaisessa vaiheessa. Ihon tutkiminen tulisi tehdä mahdollisimman pian hoitoon tulemisen jälkeen. Ihon kuntoa arvioitaessa huomioidaan ihon punoitus ja lämpötila, turvotus, paikallinen kipu sekä kiinteyden muutokset kudoksessa. Riskinarvioinnissa kaikki huomioidut tulevat kirjata, jotta ihon muutoksia pystytään seuraamaan. (NPUAP – EPUAP – PPIA 2014: 13-23.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulisi suorittaa ihon tarkistus ja arviointi ennen leikkausta. Ihon tarkistuksessa huomioidaan ihon komplikaatiot ja etsitään merkkejä verenkierron vajaatoiminnasta. Ihon tilan vertailussa ennen ja jälkeen leikkauksen voidaan hyödyntää Braden-asteikkoa tai Nortonin asteikkoa. (Walton-Geer 2009.)

2.1.2 Ravitsemustila

Riittävä ravinnon saanti tulee huomioida potilaalla, jolla on painehaava tai sen riski. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää energian, proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden saantiin sekä nesteytykseen. Näistä proteiinin ajatellaan olevan erityisen tärkeä, sillä se korjaa kudoksia. Hyvä ravitsemustila ehkäisee painehaavan syntyä ja toisaalta auttaa myös haavan paranemisessa. (Leaker 2013; NPUAP – EPUAP – PPIA 2014: 19-21.) Leikkauksen aikana hoikemmilla potilailla riski painehaavaan on suurempi (Fred ym. 2012). Ravintoarvot tulee kuitenkin selvittää myös ylipainoiselta potilaalta, sillä myös heidän ravintoaineiden saanti voi olla riittämätöntä (Gould ym. 2015).

Sairaanhoitajien tulee arvioida potilaan ravitsemustila säännöllisesti. Ravitsemustilan arviointiin kehitetty Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä, joka ottaa huomioon potilaan pituuden, painon, painoindeksin sekä 3-6 kuukauden sisällä tapahtuneen painonlaskun. Lisäksi MUST ottaa huomioon potilaan akuutin sairauden vaikutuksen. Nämä pisteytetään ja pisteiden mukaan arvioi-

daan potilaan vajaaravitsemusriski, joko vähäiseksi, kohtalaiseksi tai korkeaksi. (MUST - Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008.)

2.1.3 Asentohoito

Leikkausasento on tärkeä osa perioperatiivista hoitotyötä. Leikkausasennon tulee olla ensisijaisesti turvallinen. Asennon valintaan vaikuttaa leikattava alue, kirurgin mieltymykset, anestesian sekä potilaan omat tarpeet. (Walton-Geer 2009.) Leikkauksen aikana potilas on kykenemätön vastaamaan paineen tunteeseen liikkumalla, mikä on suuri riskitekijä painehaavan syntymiselle (Bateman 2012). Onkin tärkeää, että potilas laitetaan asentoon, joka vähentää riskiä painehaavan syntyyn. Useimmat kudokset kestävät liiallista painetta vain lyhyitä aikoja ja suosituksena on, että potilas tulisi kääntää vähintään kahden tunnin välein. Harvoin potilasta voidaan kuitenkaan liikutella kesken leikkauksen. Yleensä päätä, käsiä ja kantapäitä on silti mahdollisuus asetella uudelleen. Potilaan asentoa vaihtaessa tulee olla huolellinen, sillä ihoon kohdistuvat vastakkaisiin suuntiin vetävät voimat voivat vahingoittaa ihoa. Kitkaa voi aiheuttaa esimerkiksi potilaan vetäminen lakanaa vasten asentoa vaihtaessa. Epidermikseen kohdistuva kitka taas lisää alttiutta painehaavalle. (Walton-Geer 2009.) Tangentiaaliset eli pinnan suuntaiset venyttävät voimat ovat kasvavat sen mukaisesti, mitä suurempi ihon ja pinnan välinen kitka on (Juutilainen – Hietanen 2012: 303).

Leikkaustasojen pehmeä ja muotoiltu patja ehkäisee painehaavariskiä (Karma – Kinnunen – Palovaara – Perttunen 2016: 105). Erityisesti luiset kohdat tulisi huomioida vahto- tai geelipatjoilla. Yli 2,5-3 tuntia kestävässä leikkauksissa tulisi hyödyntää useampaa patjaa päällekkäin. (Bateman 2012.) Leikkauspöydällä suosituksena on käyttää painetta vaihtelevaa tai korkean riskiluokan reaktiivista alustaa painehaavariskin omaaville potilaille. Vatsa-asennossa käytetään lisäpehmusteita painekohtien rasituksen välttämiseksi. Potilaan ollessa selällään pyritään pitämään kantapäät kevennettynä irti leikkauspöydästä. Kantapäiden kevennyslaitteen avulla painoa voidaan siirtää pohkeelle, niin ettei kantapää tai akillesjänne kuormitu. Painehaavan ehkäisy tulisi huomioida myös kirjaamisessa mainitsemalla potilaan asento ja paineella kuormittuneet kehonosat. (NPUAP – EPUAP – PPIA 2014: 22, 61-62.)

2.2 Painehaavojen luokitukset ja riskin arviointiasteikot

Kansainvälisessä painehaavojen luokittelujärjestelmässä painehaavat on luokiteltu neljään luokkaan syvyytensä perusteella: I luokka vaalenematon punoitus, II luokka ihon pinnallinen vaurio, III luokka koko ihon vaurio sekä IV luokka koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio. Lisäksi järjestelmässä on lisäkohdat luokittelemattomalle painehaavalle ja epäilylle syvistä kudosaivourioista. (NPUAP – EPUAP – PPIA 2014: 11-12.) Painehaava voidaan havaita ihon punoituksena, mutta usein vahinkoa on tapahtunut myös lihaksessa, mitä ei silmällä voida havaita (Varga 2015).

Painehaavariskin arviointiin on kehitetty erilaisia riskimittareita, jotka auttavat potilaan painehaavalle altistavien tekijöiden tunnistamisessa. Mittarit ovat vain osa riskin arviointia ja ne eivät voi täysin ennustaa potilaan riskiä saada painehaavaa. Ne eivät käsittele kaikkia riskitekijöitä vaan ne keskittyvät esimerkiksi potilaan liikuntakykyyn, ravitsemukseen sekä ihon tuntuun. Riskimittarit yhdessä kliinisen arvion kanssa antavat tietoa potilaan painehaavariskitekijöistä, jolloin näihin riskitekijöihin voidaan puuttua. On todettu, että Suomessa riskiluokitusmittareiden käyttö rutiininomaisesti on vähäistä. Riskiluokituksen käytöllä voidaan myös seurata ja arvioida ehkäisevien toimenpiteiden laatua ja vaikuttavuutta. (Juutilainen – Hietanen 2013: 313, 318.)

Vanhin riskimittari, Nortonin asteikko, kehitettiin 1960-luvulla. Nortonin asteikko käsittelee viittä osa-aluetta; fyysinen ja henkinen kunto, toiminta- ja liikuntakyky sekä inkontinenssi. Myöhemmin mittariin lisättiin ruuan ja juoman saanti sekä yleinen terveydentila. (Juutilainen – Hietanen 2013: 313.)

Bradenin asteikko auttaa painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistamisessa. 1980-luvulla kehitetty asteikko on eniten tutkittu ja todettu luotettavimmaksi painehaavariskimittariksi erityisesti akuutisti sairastuneiden potilaiden painehaavariskiä arvioitaessa. Bradenin asteikko mittaa kuutta riskitekijää: tuntoaistia, ihon kosteutta, fyysistä aktiivisuutta, liikkuvuutta, ravitsemustilaa sekä venyttäviä ja hankaavia voimia. Alhaiset pisteet Bradenin asteikolla kertovat korkeasta painehaavariskistä. (Juutilainen – Hietanen 2013: 313; Oliveira de Carvalho – Gomes – Tavares Gomes – Perrelli Valença – de Almeida Cavalcanti 2015: 8513.)

3 Päiväkirurginen potilas

Potilaan fyysinen suorituskyky, sairauksista ja yleiskunnosta johtuvat riskit sekä suunniteltavan leikkauksen riskit tulee huomioida potilaan leikkauksekelpoisuutta arvioitaessa ja mahdollista hoitoa ennen leikkausta suunniteltaessa. Arviointi voidaan toteuttaa esimerkiksi preoperatiivisella poliklinikalla. Leikkauksekelpoisuuden arvioinnin tehostamisen tueksi voidaan haastatella potilasta puhelimitse tai kyselylomakkeella sekä ohjata potilasta ottamaan yhteyttä omaan lääkäriinsä ennen leikkausta. Leikkauksekelpoisuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon potilaan perussairaudet, kuten sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, hengityselinsairaudet tai diabetes. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito -suositus 2014.) Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen soveltuu parhaiten anestesia-riskiluokituksen (ASA) 1 ja 2 luokkien potilaat. Kuitenkin hyvässä hoitotasapainossa oleva sairaus korkeammillakin ASA-luokilla soveltuu päiväkirurgiseksi potilaaksi. (Ahonen ym. 2016: 130-131.)

Potilaan fyysisten tekijöiden ja toimenpiteen lisäksi on huomioitava potilaan psykososiaalinen tilanne. Päiväkirurgisen potilaan on oltava kykenevä ottamaan vastuu omasta hoidostaan ja noudattamaan hoito-ohjeita. Kriteerinä päiväkirurgiseen operaatioon on myös aikuinen hakija kotimatkaa ja seuraavaa yötä varten. (Ahonen ym. 2016: 130.)

4 Sairaanhoidajien tietämys painehaavoista

Opinnäytetyössä hyödynnettiin aiempaa tutkimustietoa painehaavoista. Hoitotieteellisiä artikkeleita haettiin luotettavista tietokannoista Cinahl ja Medic. Tiedonhaussa pyrittiin tuomaan esille erityisesti hoitohenkilökunnan osaamista ja tietotaitoa painehaavoista.

4.1 Sairaanhoidajien käsitykset painehaavoista Suomessa

Hoitajien osaamista painehaavoista on testattu tietotestin ja itsearviointin avulla. Tutkimukseen osallistui interventio-osasto ja vertailuosasto. Intervention seurauksena hoitajat arvioivat painehaavoihin liittyvän osaamisensa paremmaksi, kuin ennen koulutusta. Interventio-osastolla hoitajat kokivat tarvitsevansa enemmän koulutusta intervention jälkeen, kun vertailuosastolla hoitajat kokivat koulutustarpeen vähentyneen. Interventio-

osaston hoitajien pistemäärä tietotestistä oli korkeampi sekä ennen että jälkeen intervention vertailuosastoon verrattuna. Hoitajien tietämys oli vahvinta liittyen ihon kuntoon ja heikointa ravitsemushoidon osalta. (Mattila – Rekola – Eriksson 2011.)

Hoitohenkilökunnan osaamista, koulutustarpeita ja painehaavojen ehkäisyä tutkittiin yhden keskussairaalan viidellä erikoissairaanhoidon osastolla. Tutkimukseen osallistui 160 henkilökunnan jäsenestä 66. Tutkimus toteutettiin itsearviointin ja tietotestin avulla. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, mihin painehaavojen syntyyn ja ehkäisyyn liittyviin osa-alueisiin hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta. Painehaavojen ehkäisyn osaaminen arvioitiin parhaimmaksi asentohoidossa ja heikoimmaksi psyykkisen tilan huomioimisessa. Kuitenkin psyykkisen tilan huomioimiseen koettiin vähiten tarvetta koulutukselle. Isoimmaksi koulutustarpeeksi vastaajat kokivat apuvälineiden käytön. Tietotestin maksimipistemäärä oli 35 ja vastausten keskiarvo oli 26,1. Parhaiten hallittiin painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät ja heikoimmin painehaavaluokat. (Koivunen – Luotola – Hautaoja – Laine – Asikainen 2014.)

On raportoitu myös erikoissairaanhoidon vuodeosastojen hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyn liittyvää koulutustarvetta sekä koulutusinterventioiden merkitystä. Tutkimukseen kuului kaksi vaihetta; alkukartoitus ja seurantavaihe. Näiden vaiheiden välissä järjestettiin painehaavoihin liittyvää koulutusta. Alkukartoituksen (n=146) ja seurantavaiheen (n=92) vastaajat arvioivat omaa osaamistaan, koulutustarpeitaan ja tekivät tietotestin. Vastaajat kokivat molemmissa mittauksissa eniten koulutustarvetta apuvälineiden käytössä. Alkukartoituksen ja seurantavaiheen itsearvioinnissa vastaajat kokivat hallitsevansa parhaiten asentohoidon ja heikoimmin psyykkisen tilan huomioimisen. Tietotestin keskiarvoiksi muodostui alkukartoitusvaiheessa 25,87 ja seurantavaiheessa 26,08. Tietotestin maksimipistemäärä oli 35. Parhaiten vastaajat tiesivät molemmissa mittauksissa painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät ja heikoimmin painehaavaluokat. Haavahoitajan pitämien koulutuksen käyneiden tulokset olivat jokaisella tietotestin osa-alueella paremmat verrattuna koulutukseen osallistumattomien tuloksiin. (Koivunen – Luotola – Hjerppe – Kauko – Asikainen 2017.)

4.2 Kansainvälinen tutkimustieto

Hoitohenkilökunnan (n=154) tietämystä painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta on tutkittu tietotestin avulla myös Ruotsissa. Tutkimus osoittaa sairaanhoitajilla olevan yleisesti ottaen hyvä tietämys painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta. Tietotesti sisälsi avoimia

kysymyksiä, joihin vastaajien tuli luetella painehaavaan vaikuttavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä, painehaavan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, hoitotoimenpiteitä ja painehaavariskissä olevia alueita. Tietotestissä vastaajien tuli myös tunnistaa painehaavan neljä astetta kirjallisen kuvauksen perusteella. Suurin osa hoitohenkilökunnasta tunnisti riskialueet ja osasi ehdottaa asianmukaisia toimenpiteitä painehaavan ehkäisyyn ja hoitoon. Painehaavan kehittymiseen vaikuttavat sisäiset tekijät olivat hyvin hallinnassa, kun taas ulkoiset tekijät osasi luetella vain harva vastaaja. Hoitohenkilökunnan jäsenet (32%, n=49), jotka olivat osallistuneet joillekin painehaavoihin liittyville kursseille, saivat selvästi paremmat tulokset tietotestin kaikilla muilla alueilla, paitsi painehaavaasteikkoon liittyvässä osiossa. Vastaajat, jotka olivat lukeneet tekstin tai artikkelin liittyen painehaavoihin (50%, n=81), saivat myös paremmat tulokset lähes kaikista tietotestin osa-alueista. (Källman – Suserud 2009.)

Norjalaisissa sairaaloissa tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu painehaavojen yleisyyttä, ehkäisyä ja vaihtelua. Tutkimuksessa 75% potilaiden painehaavoista ilmeni sisätautisilla sekä kirurgisilla osastoilla. Yleisimmin painehaavat muodostuivat kantapäihin ja ristiin luun seudulle. Tutkimus osoitti myös, että painehaavojen ilmenemisessä oli osastokohtaisia eroja. Johdon tehtävänä onkin kehittää henkilökunnan asenteita ja tietämystä painehaavoista. (Bredesen – Bjørro – Gunningberg – Hofoss 2015.)

Australiassa on tutkittu perioperatiivisten sairaanhoitajien osaamista painehaavoista sekä toteutettuja toimia liittyen painehaavojen riskinarviointiin ja ehkäisyyn leikkaussalissa interventiotutkimuksena kyselylomakkeiden avulla. Tutkimus toteutettiin kahdessa sairaalassa, joissa sairaanhoitajille jaettiin ennen interventiota ja sen jälkeen kyselylomakkeet. Interventio koostui 30 minuutin koulutuksesta, osastoille jaetuista oppaista ja koulutusmateriaalista sekä koulutuksen tiivistävistä postereista. Sairaanhoitajista 70 vastasi molempiin kyselyihin. Tulokset olivat ristiriitaisia, eikä interventiokoulutuksella saatu haluttuja tuloksia muun muassa sairaanhoitajien tietotaidon suhteen. Sen sijaan intervention jälkeen sairaanhoitajien tieto painehaavaluokista ja riskin arviointi kehittyi. (Sutherland-Fraser – McInnes – Maher – Middleton 2012.) Lisäksi on tutkittu, että sairaalassa työskentelevät perioperatiiviset sairaanhoitajat pitävät painehaavojen ehkäisyä kolmanneksi tärkeimpänä prioriteettina (Steelman – Graling – Perkhounkova 2013).

Belgialaisissa sairaaloissa on tutkittu kyselylomakkeen avulla sairaanhoitajien (n=553) tietämystä painehaavoista. Tutkimuksessa selvitettiin myös sairaanhoitajien asenteita

sekä asenteiden ja tietämyksen välistä yhteyttä. Kyselylomakkeen tietotestiosiossa oli 26 monivalintakysymystä. Lomakkeessa oli kysymyksiä kuudesta osa-alueesta painehaavoihin liittyen; etiologia ja kehittyminen, luokittelu ja tarkkailu, ravitsemus, riskin arviointi, paineen ja venytyksen vähentäminen sekä paineen ja venytyksen keston vähentäminen. Sairaanhoitajat saivat keskimäärin 49.6% (12.9/26) vastauksista oikein. Heikoiten tietotestissä osattiin riskin arviointi (35.6%). Sairaanhoitajat, jotka osallistuivat painehaavoja koskeviin koulutuksiin, saivat paremmat pisteet verrattuna hoitajiin, jotka eivät olleet saaneet lisäkoulutusta. Tulosten perusteella todettiin, että sairaanhoitajien tietämys painehaavoista oli riittämätöntä. (Beeckman ym. 2011.)

Jordaniassa tehdyssä tutkimuksessa kuvailtiin sairaanhoitajien osaamista ja tietotasoa painehaavojen ehkäisemisessä. Tuloksista käy ilmi, että suurimmalla osalla (73%, n=141) sairaanhoitajista on riittämätön tietotaso painehaavojen ehkäisystä. Henkilökuntavaje ja kiire olivat useimmiten mainittuja syitä siihen, miksi painehaavojen riskin arviointia, dokumentointia ja ehkäisyä ei pystytty tekemään. (Qaddumi – Khawaldeh 2014.)

Brasilialaisessa tutkimuksessa kartoitettiin hoitohenkilökunnan tietämystä painehaavojen luokittelusta, arvioinnista ja ehkäisystä 41 oikein- väärin kysymyksen avulla. Sairaanhoitajat (n=136) vastasivat oikein keskimäärin 79.4% kysymyksistä. Tulokset osoittivat vajetta joillakin osa-alueilla painehaavoihin liittyvässä tietämyksessä. (Miyazaki – Caliri – dos Santos 2010.)

5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää päiväkirurgisilla osastoilla.

Tutkimuskysymys

1. Mitkä ovat sairaanhoitajien käsitykset painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla?

6 Työn toteutus

6.1 Aineistonkeruumenetelmä

Määrälliselle tutkimukselle olennaista on esimerkiksi perusjoukon määrittely, muuttujien numeerinen mittaaminen ja niiden välisten yhteyksien tarkastelu sekä tutkimuksen objektiivisuus. Kyselylomake on määrällisen tutkimuksen yleisin aineistonkeruumenetelmä. Kyselylomakkeella saadaan tietoa suoraan tutkimuskohteesta, eli se on primaarinen aineistonkeruumenetelmä. Lomaketta laatiessa pohjalla tulee olla luotettava ja perusteellinen kirjallisuuskatsaus. Kun mittarina käytetään jo olemassa olevaa lomaketta, teoriataustan laatiminen voi tuottaa haastetta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55-62, 113-118.)

Opinnäytetyössä käytettävä kyselylomake on kehitetty yhteistyössä Helsingin kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa. Kyselylomakkeessa on 47 kysymystä, joista kysymykset 1-7 käsittelevät vastaajan taustatietoja, 8-12 koulutustarpeita ja 13-47 tietotestiosuutta. Tässä opinnäytetyössä käsitellään taustatietoja ja tietotestiä. Taustatiedoista ilmenee vastaajien koulutustaso, työtehtävä, mahdollinen haavahoitajana työskentely, työkokemus terveydenhuoltoalalla ja nykyisessä toimipisteessä, sekä missä toimipisteessä he työskentelevät. Lisäksi taustatiedoista ilmenee kuinka usein vastaajat hoitavat painehaavoja. Tietotestissä on yhteensä 35 kysymystä. Se on jaettu seitsemään osioon, jotka kaikki sisältävät viisi kysymystä. Osiot sisältävät kysymyksiä painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä, painehaavaluokista, riskin arvioinnista, asentohoidosta ja liikkumisesta, apuvälineistä, ravitsemushoidosta sekä ihon kunnosta. Kysymysten vastausvaihtoehdot ovat ”oikein” tai ”väärin”. (Mattila ym. 2011.) Tietotestin käyttöön saatiin lupa.

6.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin HUSin sairaaloiden kahdelta päiväkirurgiselta osastolta. Tutkimukseen osallistuivat päiväkirurgisten osastojen sairaanhoitajat, joita oli yhteensä 91. Kyseisillä päiväkirurgisilla osastoilla hoidetaan muun muassa gastroenterologisia, ortopedisia, plastiikkakirurgisia ja endokriiniskirurgisia potilaita. Päiväkirurgiassa potilas tulee suunnitellusti leikkauspäivän aamuna osastolle ja kotiutuu saman päivän iltana. Vuonna 2011 HUS:ssa tehtiin 34 490 päiväkirurgista toimenpidettä. (HUS päiväkirurgia.)

Aineiston keruu toteutettiin kokonaistutkimuksena helmi- ja maaliskuun 2018 aikana, jolloin osastoille vietiin yhteensä 79 paperista kyselylomaketta. Toisella osastolla sairaanhoitajat vastasivat kyselylomakkeisiin valvotusti ja lomakkeet palautettiin heti. Toisella osastolla lomakkeet olivat neljä viikkoa. Tietotestiin vastasi 49 sairaanhoitajaa, jolloin vastausprosentti oli 62.

6.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin käyttämällä määrällisen tutkimuksen analyysimenetelmiä eli tilastollisia menetelmiä IBM SPSS Statistics-ohjelmaa hyödyntäen. Aineiston jokaiselle kysymykselle selvitettiin frekvenssit ja prosenttijakaumat. Aineistosta analysoitiin myös keskiarvot sekä minimi- ja maksimit. Vastaajien oikein/väärin -vastauksia verrattiin väittämän oikeaan vastaukseen. Tietotestissä oli 35 väittämää, joista jokaisesta oikeasta vastauksesta oli mahdollista saada yksi piste. Jokaisesta seitsemästä osiosta laskettiin pistemäärien keskiarvot, jolloin yhden osion maksimipistemääräksi tuli viisi.

7 Tulokset

7.1 Vastaajien kuvailu

Kyselyyn vastanneista (n=49) 12 kertoi olevansa koulutukseltaan sairaanhoitaja, 24 sairaanhoitaja (AMK) ja 13 erikoissairaanhoitaja. Yksi vastaaja ilmoitti toimivansa myös apulaisosastonhoitajana, sekä kaksi vastaajaa toimivat oman toimipisteensä haavahoitajina. Vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalla vaihteli kuuden kuukauden ja noin 42 työvuoden välillä ja keskimääräinen työkokemus oli noin 19 vuotta. Nykyisessä toimipisteessä vastaajien työkokemus oli kahden kuukauden ja 28 vuoden välillä ja keskimääräinen työkokemus oli noin 9 vuotta.

Vastaajista 47 ilmoitti hoitavansa painehaavoja harvemmin kuin kuukausittain ja osa tarkensi hoitavansa painehaavoja 1-2 kertaa vuodessa tai ei koskaan. Yksi vastaajista ilmoitti hoitavansa painehaavoja kuukausittain ja yksi päivittäin.

7.2 Tietotestin vastausten kuvailu

Painehaavojen ehkäisyyn liittyvästä asentohoidosta ja liikkumisesta sairaanhoitajilla oli vahvin tietämys, vastausten keskiarvon ollessa 4,55 (Taulukko 1). Vastanneista sairaanhoitajista 96% tiesi oikeat vastaukset istumaan nostetun potilaan (n=47) ja istuvan potilaan (n=46) asentohoidosta ja liikkumisesta. Myös kylkiasennon hyödyntäminen vuodepotilaan asentohoidossa (n=46, 96%) tiedettiin yhtä vahvasti. Heikoiten vastaajat (n=41, 87%) tiesivät omaisten ohjauksen kävelevän potilaan liikkumisessa ja asennon vaihdossa.

Tietotestin ensimmäinen osuus käsitteli painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Parhaiten vastaajat (n=48, 98%) tiesivät painehaavan määritelmän sekä tupakoinnin tunnistamisen yhdeksi painehaavan riskitekijäksi. Heikoin käsitys vastaajilla (n=38, 83%) oli kohtisuoran, yhtäjaksoisen paineen yhteydestä painehaavan syntyyn.

Ihon kunnon yhteyttä painehaavojen ehkäisyyn käsiteltiin tietotestin viimeisessä osiossa. Kaikki vastaajat (n=49) tiesivät, että potilaan ihon kuormituskohdat tulee tarkistaa jokaisessa työvuorossa. Lisäksi 96% (n=47) vastaajista tiesi ihon kosteuden yhteyden painehaavojen syntyyn sekä 94% (n=46) istuvan potilaan ihon kunnon tarkastamisen. Heikoiten tässä osiossa vastaajat (n=31, 66%) tiesivät, että punoittavaa ehjää ihoa ei tule hieroa luu-ulokekohdilta.

Tietotestin viides osuus käsitteli apuvälineitä painehaavojen ehkäisyssä. Vastaajat (n=46, 98%) tiesivät parhaiten, että korkeariskisellä vuodepotilaalla tulee aina olla käytössä tietynlainen korkean riskin patja. Sairaanhoitajista myös 92% (n=48) tiesi ettei vaahtogeelityynyn avulla voida poistaa kaikkea painetta kantapäältä. Heikoiten vastaajat tiesivät, että luonnon karva ja keinokarva eivät ehkäise painetta, mihin 83% (n=38) vastasi väärin.

Painehaavojen riskin arvioimiseen liittyvistä kysymyksistä lähes kaikki vastaajista (n=47, 98%) tiesivät milloin riskinarviointi tulisi suorittaa potilaalle. Kolmasosa sairaanhoitajista (n=16, 33%) tiesi, että painehaavariskiä ei tarvitse osata arvioida ilman riskiluokitusmittaria, mikä näyttäytyi osion heikoimpana tietämyksenä.

Painehaavaluokkien määrittelyssä vastaajista 91% (n=41) tiesi kolmannen asteen painehaavan määrittelyn. Heikoiten tunnistettiin ensimmäisen asteen painehaavan esiin-

tyminen, jonka sai oikein 15% (n=7) vastaajista. Yli puolet vastaajista (n=24, 52%) eivät tiedneet toisen asteen painehaavan olevan pinnallinen. Toisaalta vastaajista 78% (n=36) tiesi toisen asteen painehaavan olevan ihon tasossa oleva rakkula tai haava.

Ravitsemushoidosta painehaavojen ehkäisyssä tiedettiin heikoiten. Vastaajat (n=36, 80%) tiesivät parhaiten korkean riskin vajaaravitsemuspotilaan tarvitsevan runsaasti energiaa sisältävää ruokavaliota. Sen sijaan vastaajat (n=24, 52%) tiesivät heikosti vähäisessä vajaaravitsemusriskissä olevan potilaan ruokavalion. Kaikista heikoiten vastaajat (n=5, 11%) tiesivät apteekin täydennysravintovalmisteen käytön. Osa vastaajista ei saanut yhtäkään ravitsemushoitoon liittyvistä kysymyksistä oikein ja osiossa oli myös joitakin vastaamatta jääneitä kohtia. Lisäksi kysymykseen MUST-vajaaravitsemuksen seulontamenetelmän käytöstä kotihoidossa tuli 20 (41%) tyhjää vastausta.

Taulukko 1. Tietotestin osioiden vastausten (min 0 - max 5) keskiarvot.

Tietotestin osiot	Keskiarvo
Asento ja liikkuminen painehaavojen ehkäisyssä	4,55
Painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä	4,49
Ihon kunto painehaavojen ehkäisyssä	4,45
Apuvälineet painehaavojen ehkäisyssä	3,55
Painehaavojen riskin arvioiminen	3,47
Painehaavaluokat	2,71
Ravitsemushoito painehaavojen ehkäisyssä	2,46
Koko tietotesti	25,53

Kokonaisuudessaan vahvin käsitys sairaanhoitajilla oli painehaavojen ehkäisyyn liittyvässä asentohoidossa ja liikkumisessa (ka. 4,55). Heikoiten sairaanhoitajat tiesivät ravitsemushoidon merkityksen painehaavojen ehkäisyssä (ka. 2,46). Yksittäisistä kysymyksistä selkeästi heikoin käsitys vastaajilla oli apteekin täydennysravintovalmisteen käytöstä vajaaravitsemusriskin potilaalle, ensimmäisen asteen painehaavasta, sekä karvamateriaalien vaikuttamattomuudesta painehaavan ehkäisyssä. Kaikkien vastausten keskiarvo oli 25,53/35. Saatujen vastausten minimipistemäärä oli 15 ja maksimipistemäärä 30.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista päiväkirurgisilla osastoilla. Tuloksien mukaan voidaan todeta, että sairaanhoitajien tietämys painehaavoista oli kohtalaista, mikä vastaa aiempien suomalaisten tutkimusten tuloksia (Mattila ym. 2011; Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017). Tietotestin kokonaiskeskiarvo 25,53 oli hieman matalampi kuin aikaisempien tutkimusten keskiarvot (Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017).

Tietotestin tulokset osoittivat, että osioista parhaiten osattiin painehaavojen ehkäisyyn liittyvä asentohoito ja liikkuminen. Aiempien tutkimusten mukaan asentohoito ja liikkuminen on hallittu keskinkertaisesti (Mattila ym. 2011; Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017). Vaikka tietotestin asentoon ja liikkumiseen liittyvät kysymykset eivät olleet erityisesti leikkausosastolle suunnattuja, opinnäytetyössä sairaanhoitajien tietämys osoittautui vahvaksi. Opinnäytetyön tuloksien mukaan keskimääräistä vahvempi käsitys sairaanhoitajilla oli myös painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä ja ihon kunnosta painehaavojen ehkäisyssä. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan nämä osa-alueet olivat vahvoja (Mattila ym. 2011; Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017). Opinnäytetyössä apuvälineiden käyttö ja painehaavariskin arvioiminen olivat osa-alueita, joissa oli kehitettävää.

Heikoiten tietotestin osa-alueista osattiin ravitsemushoito painehaavojen ehkäisyssä sekä painehaavaluokat, kuten myös Mattila ym. (2011) totesivat tutkimuksessaan. Muissa aiemmissä tutkimuksissa heikoimmat osa-alueet ovat olleet painehaavaluokat ja painehaavojen riskinarvioiminen (Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017). Opinnäytetyön tulokset voivat mahdollisesti johtua päiväkirurgisen osaston luonteesta, sillä useat kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kertoivat hoitavansa painehaavoja harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Käsityksen painehaavaluokista voitaisiin kuitenkin pitää sairaanhoitajan yleiseen osaamiseen kuuluvana. Ravitsemushoitoon liittyvien kysymyksien oleellisuutta voisi pohtia päiväkirurgisessa hoitotyössä lyhyiden hoitoaikojen vuoksi. Ravitsemusta voidaan kuitenkin pitää tärkeänä esimerkiksi leikkaushaavan paranemisen kannalta (Leaker 2013).

Tangentiaalisten voimien vaikutus painehaavojen syntyyn herätti vastaajissa kysymyksiä. Väittämän perään oli merkitty kysymysmerkkejä ja neljä vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kyseiseen kohtaan. Kuitenkin sairaanhoitajista 98% vastasi kysymykseen oikein. Vaikuttaisi siltä, että osa vastaajista on silti saattanut olla epävarmoja vastauksestaan, eivätkä ehkä ole ymmärtäneet mitä tangentiaalisilla voimilla tarkoitetaan. Myös MUST-vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän käyttö vaikutti olevan epäselvää, mistä kertoo vastaajien kirjoittamat kysymysmerkit ja kommentit, sekä suuri määrä tyhjiä vastausruutuja. Osa vastaajista oli myös jättänyt koko ravitsemusosion tyhjäksi, mikä osaltaan viittaa, että sairaanhoitajien käsityksissä ravitsemushoidosta olisi kehitettävää.

Toisaalta voidaan pohtia, kuinka tarkkaa tietämystä painehaavoista on tarpeellista vaatia päiväkirurgisella osastolla. Opinnäytetyössä käytetyn tietotestin soveltuvuutta päiväkirurgiaan voitaisiinkin hieman kyseenalaistaa, kyselylomakkeen mitatessa yleistä tietämystä painehaavoista ja niiden ehkäisystä. Jatkotutkimuksena voitaisiin hyötyä toimialakohtaisesta kyselylomakkeesta. Tietotestin kysymykset voisivat liittyä spesifimmin perioperatiiviseen hoitotyöhön. Täten saataisiin tarkempaa tietoa sairaanhoitajien tietämyksestä juuri kyseisessä hoitoympäristössä oleellisista tekijöistä liittyen painehaavoihin.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien painehaavoihin liittyvän koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa päiväkirurgisissa yksiköissä. Voitaisiin ajatella, että sairaanhoitajien tietämys painehaavojen ehkäisystä vahvistuisi kouluttamalla henkilökuntaa. Myös Koivunen ym. (2017) osoittivat tutkimuksessaan haavahoitajan pitämään koulutukseen osallistuneiden suoriutuneen tietotestistä paremmin ja tutkimustulosten pohjalta nähtiinkin syytä lisäkoulutukselle ja kehoitettiin huomioimaan painehaavojen ehkäisy jo uuden työntekijän perehdytysvaiheessa. Opinnäytetyön tulosten perusteella lisäkoulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti painehaavojen luokitteluun ja ravitsemushoitoon. Painehaavoihin liittyvän koulutuksen tulisi olla jatkuvaa ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaa.

8.2 Luotettavuuden pohdinta

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan käyttäen validiteettia ja reliabiliteettia. Reliabiliteetti kertoo mittarin kyvystä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti kuvaa mittaako tutkimus, mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimustu-

lostien yleistettävyydestä kertoo ulkoinen validiteetti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189,190.) Mittaustulosten validiuden kannalta muuttujat ja käsitteet määritellään tarkasti (Heikkilä 2014: 27).

Opinnäytetyössä käytettävää tietotestiä on testattu ja käytetty aiemmissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuodeosastoilla. Reliabiliteettia tarkasteltiin vertailemalla saatuja vastauksia aiempiin tutkimustuloksiin. Opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa (Mattila ym. 2011; Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017). Opinnäytetyössä käytettävän tietotestin antamat tulokset vastasivat tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyössä käytetyssä tietotestissä osaan kysymyksistä oli jätetty vastaamatta tai valittu molemmat vastausvaihtoehdot, vastattu kysymysmerkein tai muilla epäselvillä merkinnöillä. Vaikeasti tulkittavat ja tyhjät vastaukset jätettiin analysoimatta, jotteivat mahdolliset virhetulkinnat vaikuttaisi tuloksiin. Vastaamatta jääneet kohdat voivat viitata hoitajien tietämättömyyteen kysytystä asiasta, tai esimerkiksi asenteesta kyselyä tai painehaavoja kohtaan. Myös kyselylomakkeen täyttäminen kiireisellä hetkellä saattaisi aiheuttaa satunnaisia vastaamatta jääneitä kohtia. Tulosten luotettavuus heikentyy, kun kaikkia vastauksia ei pystytty analysoimaan. Kaksi vastaajista ilmoitti hoitavansa painehaavoja huomattavasti useammin kuin muut hoitajat, mikä saattaa viitata kysymyksen väärinymmärtämiseen. Voitaisiin päätellä, että vastaajat ovat saattaneet ajatella painehaavojen ehkäisyä.

Kun kyseessä on pienehkö ryhmä tutkittavia, on kannattavaa käyttää kokonaisotantaa luotettavan tiedon saamiseksi. Sopiva otoskoko on tärkeä, sillä liian pieni otos ei välttämättä vastaa tutkimuskysymykseen. Riittävän suuri otoskoko tuo tutkimustuloksille yleistettävyyttä. Otsokokoon vaikuttaa mahdollisesti myös kato, jos suunnitellut osallistujat eivät vastaakaan kyselyyn. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 104-107.) Riittävän kokoinen ja tarkkaan määritelty otos tukee tutkimuksen validiutta (Heikkilä 2014: 27).

Opinnäytetyö toteutettiin kokonaisotantana, jonka muodostivat tiettyjen päiväkirurgisten osastojen sairaanhoitajat. Vastausprosenttia 62% voitaisiin pitää kohtalaisen hyvänä verraten aiempaan suomalaiseen hoitotieteelliseen tutkimustietoon (Koivunen ym. 2014; Koivunen ym. 2017). Toisella osastolla lähes kaikki (96%) lomakkeen saaneet sairaanhoitajat vastasivat kyselyyn, kun toisessa yksikössä vastausprosentti oli 45%. Eroon vastausprosentissa on voinut vaikuttaa, että toisella osastolla vastaajat täyttivät kyselylomakkeen sille varatulla ajalla valvotusti. Lomakkeiden täyttäminen valvotusti

onkin tulosten luotettavuutta vahvistava tekijä. Toisella osastolla kyselylomakkeet jätettiin osaston pyynnöstä täytettäväksi useamman viikon ajaksi, jolloin lomakkeiden täyttämässä luotettiin vastaajien rehellisyyteen, että lomakkeet täytetään vain oman tietämyksen mukaisesti. Saattaisi olla mahdollista, että kyselylomakkeeseen valikoituisi vastaamaan hoitajia, joilla on kokemusta ja tietämystä painehaavoista ja näin ollen ehkä enemmän kiinnostusta tietotestin täyttöön. Opinnäytetyössä saatu otoskoko ja raja-
aus päiväkirurgisiin osastoihin ei anna kovin laajaa kenttää yleistettävyyden kannalta. Tuloksia voitaisiin kuitenkin pitää kuitenkin vähintäänkin suuntaa antavina päiväkirurgisten osastojen tietämyksestä painehaavoista. Vastaajien eri koulutustaustat ja työkokemuksen vaihtelu kuukausista kymmeneen vuosiin vahvistaa osaltaan tulosten yleistettävyyttä.

8.3 Eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat vahingon välttäminen, tutkittavan itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja tietosuojat. Tutkimus ei saa aiheuttaa sosiaalista, taloudellista tai henkistä haittaa tutkittavalle. Yksityisyyttä ja tietosuojaa kunnioittamalla vältetään sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. (Ettinen ennakoarviointi ihmistieteissä 2012.) Opinnäytetyössä minimoitiin mahdolliset haitat noudattamalla tutkimuksen eettisiä periaatteita.

Tutkimuksen tulee kunnioittaa osallistujien itsemääräämisoikeutta. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja suostumuksen tulee perustua riittävään tietoon. Osallistujalla on halutessaan mahdollisuus keskeyttää kyselyyn vastaaminen, tällöinkin hänen siihen mennessä antamiaan vastauksia voidaan hyödyntää tutkimuksessa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218-219; Ettinen ennakoarviointi ihmistieteissä 2012.) Osallistujat saivat luettavakseen saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä ja kyselyyn liittyvistä ehdoista. Lisäksi saatekirjeestä kävi ilmi kyselyn täyttämiseen kuluva aika. Osallistujat vastasivat kyselyyn vapaaehtoisesti.

Tutkittavien anonymiteetista pidetään huolta. Nimetön kysely, vastaajien taustatietojen luottamuksellinen käsittely ja raportointi niin, ettei vastaajan henkilöllisyys ole tunnistettavissa raportissa, ovat keinoja anonymiteetin säilyttämiseen. Tietoja ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille tahoille ja luottamuksellisten tietojen säilyttämisessä sekä käsittelyssä noudatetaan erityistä huolellisuutta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 221; Ettinen ennakoarviointi ihmistieteissä 2012.) Myös tulosten julkaisussa pidetään

ehdotonta huolta sekä yksilöiden että osastojen tietosuojasta (Heikkilä 2014: 29; Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä 2012). Opinnäytetyössä kyselylomakkeiden toimiksesta ja hakemisesta vastasivat opinnäytetyön tekijät. Vastajat täyttivät paperisen kyselylomakkeen nimettömänä anonymiteetin säilyttämiseksi. Tulosten raportoinnissa anonymiteetistä huolehdittiin raportoimalla tulokset niin, ettei yksittäistä henkilöä ole mahdollista tunnistaa.

Tutkijan tulee toimia rehellisesti. Viitattaessa toiseen tekstiin sekä suorissa lainauksissa merkitään lähdeviitteet selkeästi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 224.) Tutkimustulokset raportoidaan objektiivisesti, eikä tutkija saa vaikuttaa tuloksiin omilla mielipiteillään tai vakaumuksillaan (Heikkilä 2014: 28-29). Aineiston keruussa ja saatujen tulosten raportoinnissa pyrittiin puolueettomuuteen. Opinnäytetyö kirjoitettiin noudattaen Metropolian laajan kirjallisen työn ohjeita ja kunnioitettiin tekstin alkuperäistä kirjoittajaa merkitsemällä lähteet selkeästi. Mahdollinen plagiointi vältettiin tarkistamalla opinnäytetyö Turnitin plagiointitestiä työskentelyn eri vaiheissa. Opinnäytetyötä varten haettiin lupa HUS:lta. Ennen aineiston keruun aloittamista opinnäytetyön tekijät allekirjoittivat vaitiolosopimuksen ja näin sitoutuivat pitämään salassa osastolla näkemiään tai kuulemiaan asioita.

9 Yhteenveto

Tämän opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna. Sairaanhoidajien tietämys painehaavoista oli kohtalaista päiväkirurgisilla osastoilla. Useammalla tietotestin osa-alueella sairaanhoidajien tietämyksessä nähtiin kehitettävää painehaavoihin ja niiden ehkäisyyn liittyen.

Yhteenvetona tietotestin tulosten perusteella voidaan todeta, että

- vahvin käsitys oli painehaavojen ehkäisyyn liittyvässä asentohoidossa ja liikkumisessa.
- heikoin käsitys oli ravitsemushoidon merkityksestä painehaavojen ehkäisyssä ja painehaavaluokista.
- lyhyistä hoitoajoista huolimatta nähdään tarvetta sairaanhoidajien lisäkoulutukselle painehaavoihin liittyen. Erityisesti painehaavojen luokitteluun olisi hyvä kiinnittää huomiota. Painehaavoihin liittyvän koulutuksen tulisi olla säännöllistä ja palvella erityisesti päiväkirurgisen osaston tarpeita.

Lähteet

- Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka –Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2016. Kliininen hoitotyö. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Bateman, Sharon 2012. PREVENTING PRESSURE ULCERATION IN SURGICAL PATIENTS. *Wounds UK* 8(4): 65-73. Saatavilla myös sähköisesti.
- Beeckman, Dimitri – Defloor, Tom – Schoonhoven, Lisette – Vanderwee, Katrien 2011. Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 8(3): 166-176. Saatavilla myös sähköisesti.
- Bredesen, Ida Marie – Bjørø, Karen – Gunningberg, Lena – Hofoss, Dag 2015. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 52(1): 149-156. Saatavilla myös sähköisesti.
- Casey, Georgina 2013. Pressure ulcers reflect quality of nursing care. *Kaia Nursing New Zealand* 19(10): 20-24. Saatavilla myös sähköisesti.
- Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkko-dokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>>. Luettu 15.11.2017.
- Fred, Cynthia – Ford, Sharon – Wagner, Doreen – Vanbrackle, Lewis 2012. Intraoperatively acquired pressure ulcers and perioperative normothermia: a look at relationships. *AORN Journal* 96(3): 251-260. Saatavilla myös sähköisesti.
- Gould, Lisa – Stuntz, Mike – Giovannelli, Michelle – Ahmad, Amier – Aslam, Rummana – Mullen-Fortino, Margaret – Whitney, JoAnne D. – Calhoun, Jason – Kirsner, Robert S. – Gordillo, Gayle M. 2016. Wound healing society 2015 update on guidelines for pressure ulcers. *Wound Repair & Regeneration* 24(1): 145-162. Saatavilla myös sähköisesti.
- Gonzales, Dana – Pickett, Ray 2011. Too much pressure reducing intra-operative pressure ulcers. *Stanford Nurse* 31(1): 12-13. Saatavilla myös sähköisesti.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Päiväkirurgia. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/paivakirurgia/Sivut/default.aspx>>. Luettu 30.4.2018
- Jones, Donna 2013. Pressure ulcer prevention in the community setting. *Nursing Standard*. 28(3): 47-55. Saatavilla myös sähköisesti.
- Juutilainen, Vesa – Hietanen, Helvi (toim.) 2013. Haavanhoidon periaatteet. 1-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Karma, Anna – Kinnunen, Timo – Palovaara, Marjo – Perttunen, Jaana 2016. Periooperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kinnunen, Ulla-Mari – Ahtiala, Maarit – Hynninen, Nina – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Tervo-Heikkinen, Tarja 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Hoitosuositus. Verkkojulkaisu. <<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>>. Luettu 22.11.2017

Kinnunen, Ulla-Mari – Tervo-Heikkinen, Tarja – Hynninen, Nina – Seppänen, Salla – Iivanainen, Ansa – Ahtiala, Maarit – Holopainen, Arja 2017. Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen - esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. Hoitotiede 29 (3): 169-179.

Koivunen, Marita – Luotola, Eija – Hautaoja, Päivi – Laine, Kirsi-Marja – Asikainen, Paula 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa: pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva hoitotyö 12 (3): 14-22.

Koivunen, Marita – Luotola, Eija – Hjerppe, Anna – Kauko, Tommi – Asikainen, Paula 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede 29 (1): 51-63.

Källman Ulrika – Suserud Björn-Ove 2009. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment - a survey in a Swedish healthcare setting. Scandinavian Journal of Caring Sciences 23(2): 334-341. Saatavilla myös sähköisesti.

Leaker, Sarah Helen 2013. The role of nutrition in preventing pressure ulcers. Nursing Standard 28(7): 66-70. Luettu 9.3.2018

Leikkausta edeltävä arviointi 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066#suositus>>. Luettu 28.4.2018

Mallah, Zeinab – Nassar, Nada – Kurdahi Badr, Lina 2015. The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. Applied Nursing Research 28: 106-113. Saatavilla myös sähköisesti.

Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena – Eriksson, Elina 2011. Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - interventiotutkimus Laakson sairaalassa vuosina 2007-2009. Raportti intervention suunnittelusta, toimeenpanosta ja tuloksista. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2011:3.

Miyazaki, Margareth Yuri – Caliri, Maria Helena Larcher – dos Santos, Claudia Benedita 2010. Knowledge on Pressure Ulcer Prevention Among Nursing Professionals. Revista Latino-Americana de Enfermagem 18(6): 1203-1211. Saatavilla myös sähköisesti.

MUST - Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008. <http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/MUST_OpasA5.pdf>.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.) 2014. Cambridge Media: Osborne Park, Australia. Verkkodokumentti. <<http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>>. Luettu 4.10.2017

Oliveira de Carvalho, Priscila – Gomes, Andreza Cristina – Tavares Gomes, Eduardo – Perrelli Valença, Marília – de Almeida Cavalcanti, Aracele Tenório 2015. Risk assessment for development of pressure ulcers in critical patients. Journal of Nursing UFPE 9(7): 8512-8518. Saatavilla myös sähköisesti.

Qaddumi, Jamal – Khawaldeh, Abdullah 2014. Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a cross-sectional study. BMC Nursing 13(1): 6-21. Saatavilla myös sähköisesti.

Soppi, Esa 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Verkkojulkaisu. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava>. Luettu 15.10.2017

Soppi, Esa 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim 126(3): 261-268. Saatavilla myös sähköisesti.

Sutherland-Fraser, Sally – McInnes, Elizabeth – Maher, Elizabeth – Middleton, Sally 2012. Peri-operative nurses' knowledge and reported practice of pressure injury risk assessment and prevention: A before-after intervention study. BMC Nursing 11(1): 25-34. Saatavilla myös sähköisesti.

Steelman, Victoria M. – Graling, Paula R. – Perkhounkova, Yelena 2013. Priority Patient Safety Issues Identified by Perioperative Nurses. AORN Journal 97(4): 402-418. Saatavilla myös sähköisesti.

Varga, Marlene 2015. Prioritizing Pressure Ulcer Prevention. Alberta RN 71(1): 26-27. Saatavilla myös sähköisesti.

Walton-Geer, Patina 2009. Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. AORN Journal 89(3): 538-552. Saatavilla myös sähköisesti.