

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Ann-Sofie Pajunen

PAINEHAAVOJA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOITOTYÖ

- Hoitajien tietojen, taitojen ja asenteiden itsearviointi terveyskeskuksen sairaalaosastolla

Ann-Sofie Pajunen

PAINEHAAVOJA ENNALTAEHKÄISEVÄ HOITOTYÖ

- Hoitajien tietojen, taitojen ja asenteiden itsearviointi terveyskeskuksen sairaalaosastolla

Painehaavat ovat yleisiä kudосvaurioita, joilla on suuri vaikutus potilaan yleistilaan. Ne ovat kuitenkin estettävissä mutta hoitohenkilökunnan painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä on todettu puutteita.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoja, taitoja ja asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä eräällä terveyskeskuksen sairaalaosastolla Varsinais-Suomessa. Tavoitteena on saada tietoa hoitohenkilökunnan painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä, jota myöhemmin voidaan hyödyntää haavanhoitotyön kehittämisessä terveyskeskuksen sairaalaosastolla. Empiirisen osuuden menetelmänä käytettiin kvantitatiivista kyselytutkimusta (n=24 hoitohenkilökunnan jäsentä).

Tuloksista havaittiin, että terveyskeskuksen osaston hoitajien tiedot ovat hyvällä tasolla, mutta käytäntöön siirrettyissä taidoissa löytyi puutteita. Epävarmuutta löytyi muun muassa makuualustojen- ja istuintynyjen käytöstä, lääkinnällisten laitteiden vaikutuksesta painehaavojen synnylle ja riskiarvioinnista. Vastaajien vahvuutena todettiin myönteinen asennoituminen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön.

Painehaavoja esiintyy edelleen suurissa määrin ja jatkossakin tarvitaan ammatillista uusiutumista. Opinnäytetyön aikana saatiin hyödyllistä tietoa, jonka pohjalta on hyvä lähteä suunnittelemaan jatkokoulutuksia. Opinnäytetyön tekijän suositus on, että jokin painehaavojen riskimittareista otettaisiin yhteiseen käyttöön ja tästä tarjottaisiin riittävä koulutus. Myös käytännön toimia olisi hyvä kerrata.

ASIASANAT:

Painehaava, ennaltaehkäisy, osaaminen, sairaalaosasto

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 39 pages, 5 pages in appendices

Ann-Sofie Pajunen

THE PREVENTIVE CARE OF PRESSURE ULCERS

- Self-assessment of nurses' knowledge, skills and attitudes at a hospital ward

Pressure ulcers are common tissue damages, which have a remarkable impact on the patient's well-being. They are preventable, but it has been noted that the nursing care is inadequate.

The purpose of this thesis was to survey the knowledge, skills and attitudes towards the preventive care of pressure ulcers at a health center ward in Southwest Finland. The aim is to gather information about the preventive care of pressure ulcers. This received information could be later used when planning the upcoming education at the ward. The information was gathered with a quantitative research implemented at the ward (n= 24 medical personnel).

The results show that the nurses at this ward have good knowledge about pressure ulcer prevention. On the other hand, the results demonstrated that some of this knowledge hadn't been put to practice. Defects were found for example in using mattresses and cushions, the impact of medical devices and risk assessment. The strength of this studied group was to be found their positive attitudes towards preventive care.

Pressure ulcers still often occur and professional renewal is desired. This thesis gained some useful information which can be used in the future when planning the upcoming training. For this studied group of medical personnel, a suggestion of training in practical skills is to be recommended. Possibly one of the risk assessment tools together with suitable training could be taken into common use.

KEYWORDS:

Pressure ulcer, prevention, proficiency, ward

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 PAINEHAAVAT	7
3 PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY	10
3.1 Riskitekijät ja riskien arviointi	10
3.2 Ihon ja kudosten arviointi ja ihon hoito	12
3.3 Ravitsemus	12
3.4 Painepisteiden vaihtelu	13
3.5 Ammattihenkilöiden osaaminen	15
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
5.1 Tutkimusmenetelmä	19
5.2 Aineiston keruu ja analysointi	21
6 TULOKSET	23
6.1 Hoitajien tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä	24
6.2 Hoitajien taidot painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä	25
6.3 Hoitajien asenteet painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä	29
6.4 Hoitajien kertoma vapaa sana	30
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	32
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	35
LÄHTEET	37

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Saatekirje

KUVIOT

Kuvio 1. Vastaajien työtehtävät (n= 24 hoitohenkilökunnan jäsentä)	23
--	----

KUVAT

Kuva 1. Vartalon luu-ulokekohdat (Hietanen & Juutilainen 2018)	7
--	---

TAULUKOT

Taulukko 1. Painehaavojen NPUAP-EPUAP-syvyysluokitus (Hietanen & Juutilainen 2018)	9
Taulukko 2. Tiedonhaun tulokset	19
Taulukko 3. Hoitajien tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä	24
Taulukko 4. Hoitajien taidot painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä	27
Taulukko 5. Hoitajien asenteet painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä	30

1 JOHDANTO

Painehaavat ovat yleisiä kudosisvaurioita. Niillä on suuri vaikutus potilaan yleistilaan, sillä ne ovat kivuliaita, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektioalttiutta ja aiheuttavat pahimmillaan kuolemia. Lisäksi niillä on merkittävä yhteiskunnallinen vaikutus, sillä painehaavat aiheuttavat huomattavia kustannuksia. (Soppi 2010.) Suomessa painehaavoja esiintyy vuosittain 55 000 – 85 000 potilaalla. Niistä aiheutuvat suorat kustannukset ovat noin 420 miljoonaa euroa vuodessa, joka on 2 – 3 % kaikista terveydenhuollon kustannuksista. Kustannuksista noin puolet on henkilöstökustannuksia ja noin 20 % tarvikkeita. Painehaavojen ehkäisykustannukset ovat vain noin kymmenesosa kaikista kustannuksista. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.) Terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuus painehaavojen esiintyvyydestä on todettu olevan puutteellista. Syynä on pidetty muun muassa sitä, että painehaavojen syntyä ei aktiivisesti seurata ja niistä dokumentointi on usein riittämätöntä. Puutteellisen kirjaamisen vuoksi painehaavojen todellista esiintyvyyttä on haasteellista arvioida potilastietojärjestelmien avulla. (Hietanen & Juutilainen 2018, 323.)

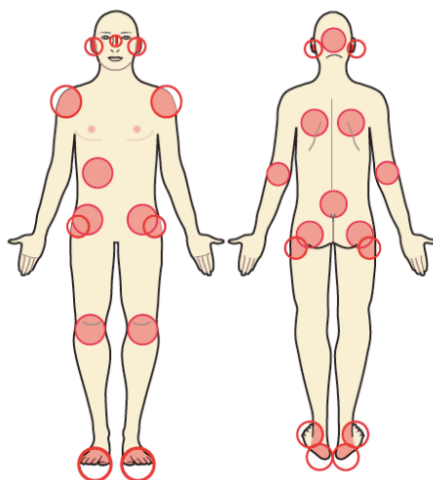
Hoitotyön kulmakivenä toimii periaate näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. Terveydenhuoltoalalla tapahtuu nopeita muutoksia ja näiden tulisi kohdata alalle asetetut taloudelliset rajoitteet. Tästä johtuen uusille tutkimuksille on jatkuva tarve mutta haasteena on se, miten saadaan näyttöön perustuvat hoitotyön toiminnot siirrettyä käytäntöön. (Borg ym. 2010.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoja, taitoja ja asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä terveyskeskuksen sairaalaosastolla. Tähtöteenä on saada tietoa hoitohenkilökunnan painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä, jota myöhemmin voidaan hyödyntää haavanhoitotyön kehittämisessä terveyskeskuksen sairaalaosastolla. Opinnäytetyö on osa terveyskeskuksen tulevaa kehittämisprojektia koskien haavanhoitotyötä.

2 PAINEHAAVAT

Painehaava (eng. pressure ulcer, decubitus ulcer) on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Painehaava on terminä vakiintunut Suomessa viimeisen 20 vuoden aikana. Termi voi kuitenkin olla harhaanjohtava, sillä painehaavojen taustalla on iholle kohdistuvan paineen lisäksi monia muita taustatekijöitä. Painehaavat lasketaan osaksi kroonisia haavoja ja ne ovat erityisen pitkäkestoisia ja hintavia hoitaa. Painehaavat syntyvät usein komplikaatioina muiden sairauksien hoidon aikana ja painehaavoja on jopa pidetty tiettyssä määrin hoidon laadun mittarina. (Hietanen & Juutilainen 2018, 322.) Pahimmillaan painehaavat aiheuttavat kuolemanvaaran. Lisäksi ne lisäävät hoitohenkilökunnan työtaakkaa ja aiheuttavat huomattavia kustannuksia. Painehaavat ovat kuitenkin estettävissä. (Soppi 2010.)

Painehaavat sijaitsevat yleensä ristiselän, istuinkyhmyjen, lonkkien sekä kantapäiden luisten ulokkeiden kohdilla (kuva 1). Yli puolet painehaavoista esiintyy lantion alueella, jossa tyypillisiä paikkoja ovat ristiluun (sacrumin) alue, istuinkyhmyjen kohdat ja lonkkien sivuilla ison sarvennoisen alue (trochanter major). Noin kolmannes painehaavoista esiintyy alaraajojen alueilla, etenkin kantapäissä. Epätavallisempia alueita ovat kasvon eri kohdat ja yläraajat. Nämä liittyvät usein äkillisiin sairauskohtauksiin, jolloin potilas on maannut paikallaan samassa asennossa useita tunteja. Myös potilaan hoitoon liittyvät lääkinnälliset välineet voivat aiheuttaa painehaavoja. (Hietanen & Juutilainen 2018, 323.)



Kuva 1. Vartalon luu-ulokekohdat (Hietanen & Juutilainen 2018)

Painehaavojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä on tutkittu laajalti. Niiden syntyyn vaikuttavat paikalliset mekaaniset tekijät, kuten paine, kitka ja kudosten venyminen kehon kohdissa, joissa ilmenee luista uloketta. Näiden lisäksi muun muassa ihon kosteudella ja potilaan yksilöllisellä alttiudella on vaikutus painehaavojen syntyyn. Esimerkiksi ihmisen istuessa yli kaksi kolmasosaa kehon painosta kohdistuu pienelle alueelle pakaroissa. Tällöin ihon alla oleva luinen tukiranka aiheuttaa epätasaisen painejakauman, jossa painehuiput sijoittuvat kehon luisten ulokkeiden kohdalle. Jos kudoksissa oleva paine ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, verenkierto voi lakata ja kudokset kärsivät hapenpuutteesta. Samalla tavalla muutkin ulkoiset tekijät, kuten kipsit ja ortoosit, dreenit, nenämahaletkut, sängyn päädyt ja reunat, tai pyörätuolin eri osat voivat aiheuttaa painevaurion. Painevaikutuksen lisäksi paineen suuruudella on merkitystä painehaavojen syntyyn. Kudosten on todettu kestävän paremmin korkeampaa, mutta lyhytkestoista painetta kuin pitkään kestävää matalaa painetta. Kudosvaurion aikaraja saattaa vaihdella 30 minuutista noin neljään tuntiin. Ratkaisevassa asemassa kudosvaurion synnyssä on pitkittynyt hapenpuute. (Hietanen & Juutilainen 2018, 322-325.)

Kudosvaurion syntyyn vaikuttaa myös ihoon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuva tangentiaalinen, eli sivuava, voima. Kudokseen kohdistuvaa voimaa ilmenee esimerkiksi, kun makuulla olevaa potilasta siirretään vuoteessa tai kun sängyn päätä nostetaan ylös ja keho pyrkii valumaan sängynpäätä kohti. Näissä tapauksissa patjan ja sen kanssa kontaktissa olevan ihon välinen kitka pyrkii jarruttamaan siirtävää liikettä, jolloin ihon alaisissa kudoksissa tapahtuu venymistä ja ihon hankautumista ja venymistä. Mitä suurempi kitka kontaktipintojen välillä on, sitä suuremmat voimat aiheutuvat liikkeestä. Ihon kosteus lisää kitkaa, jolloin tangentiaalisten voimien vaurioittava vaikutus kasvaa. Ihon kosteudella on kudosvaurioiden syntyyn vaikuttava merkitys myös siltä osalta, että ihon pitkittynyt kosteus johtaa vettymiseen, joka heikentää ihoa suojaavaa pintarakennetta. Vettyminen altistaa haavaumille ja infektiolle. Näiden kolmen elementin lisäksi painehaavalle altistavia tekijöitä ovat potilaaseen liittyvät tekijät, joita käsitellään tarkemmin kapaleessa painehaavojen ennaltaehkäisystä. (Hietanen & Juutilainen 2018, 325.)

Painehaavojen kliinisessä tutkimisessa hyödynnetään painehaavojen NPUAP-EPUAP-syvyysluokitusta (taulukko 1). Luokitus perustuu haavan anatomiseen syvyyteen, eli mihin anatomiseen rakenteeseen haava tai kudosvaurio ulottuu syvyys suunnassa. (Hietanen & Juutilainen 2018, 331.)

Taulukko 1. Painehaavojen NPUAP-EPUAP-syvyysluokitus (Hietanen & Juutilainen 2018)

Luokitus	Vaurion taso
1. aste	Ihon vaalenematon punoitus
2. aste	Ihon pinnallinen vaurio
3. aste	Koko ihon läpäisevä vaurio
4. aste	Ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio
Luokittelematon painehaava	
Epäily syvien kudosten vauriosta	

Painehaavojen luokittelusta on hyötyä sekä kliinisessä että tutkimustyössä. Parhaimmillaan luokittelu kuvailee haavan paranemisen ennustetta ja ohjaa hoidon linjausta. Luokittelun avulla kudოსvaurioita on myös helpompi vertailla keskenään, kun arvioidaan ja tilastoidaan painehaavaongelman laajuutta. (Hietanen & Juutilainen 2018, 331.)

3 PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY

Hoitohenkilökunnan painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitotyön on todettu olevan kohdalla tasolla, mutta osaamisessa on löydetty myös puutteita. Esimiesten sitoutumisella, selkeillä ohjeistuksilla ja yleisellä asenneilmapiirillä on yhteys siihen, kuinka hyvin painehaavojen ennaltaehkäisevää hoitotyötä toteutetaan. Systemaattiset ja jokapäiväiset toimenpiteet ovat tarpeen, jotta painehaavoja voidaan ehkäistä. On myös todettu, että haavanhoidon asiantuntijan toteuttamalla, näyttöön perustuvalla, koulutuksella voidaan tukea hoitohenkilökunnan painehaavojen ennaltaehkäisevää hoitotyötä. (Asikainen ym. 2017.) Samuriwon (2010) tutkimuksessa (n=16 hoitajaa) kuvattiin hoitajien suhtautumista painehaavojen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. Tutkimuksessa todettiin, että hoitajat pitävät painehaavojen ennaltaehkäisevää hoitotyötä vähemmän tärkeänä muuhun hoitotyöhön verrattuna. Tutkimus osoitti kuitenkin myös, että hoitajat kokevat painehaavojen ennaltaehkäisevän työn periaatteessa tärkeänä, mutta tätä ei olla saatu siirrettyä käytäntöön. (Samuriwo 2010.)

Euroopassa vastuu painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitotyön suosituksesta kuuluu European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) – järjestölle. Heidän työnsä on vähentänyt painehaavojen ilmentymistä monella alueella. Tästä huolimatta, tutkimustulokset ovat osoittaneet, että uuden tiedon jakelu ammattihenkilöstölle on osoittautunut haasteelliseksi. (Borg ym. 2010.) Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) julkaisi vuonna 2015 hoitosuosituksen *Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä*. Suositus perustuu kansainväliseen suositukseen, jonka on laatinut National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel ja Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

3.1 Riskitekijät ja riskien arviointi

Lähtökohtana painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä on tunnistaa riskipotilaat. Pääasiassa vuoteessa ja/tai tuolissa olevilla potilailla on riski painehaavan kehittymiselle. Riskiarvioinnin tulee sisältää aktiivisuuden, liikuntakyvyn ja ihon kunnon arviointi. Näiden lisäksi tulee arvioida muita riskitekijöitä, kuten verenkiertoa ja hapettumista, ravitsemustilaa, yleistä terveydentilaa ja makuu- sekä istuinalustojen käyttöä. Tulisi myös

huomioida, että kosteus ja lämpötilamuutokset iholla lisää painehaavariskiä. Myös korkealla iällä, tuntoaistin heikkenemisellä, veriarvojen muutoksilla (alhainen HB ja albumiini) ja kortikosteroidien käytöllä on vaikutusta painehaavojen syntymiselle. Tietty perussairaudet kuten diabetes, perifeerinen laskimosairaus ja dementia lisäävät painehaavariskiä. Perussairauksien tila ja pidentynyt hoitoon pääsaika ovat myös painehaavariski. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 11-12.)

Apuna arvioinnissa voidaan käyttää riskiarviointimittaria. Riskiarviointi tulisi tehdä validoidulla mittarilla ja kliinisesti arvioiden heti potilaan tultua hoitoon tai viimeistään kahdeksan tunnin sisällä potilaan hoitoon saapumisesta. Validoituja mittareita on yksitoista kappaletta ja niitä on kehitetty sekä tutkimukselliseen että kliniseen käyttöön. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 11-12.) Bradenin riskimittari on käytetyin painehaavojen riskiarviointimittari. Siinä arvioidaan potilaan fyysistä aktiivisuutta, liikkuvuutta, tuntoaistia, ravitsemusta ja ihon altistumista kosteudelle tai hankaaville voimille. (Kataja 2014.) Jackson & Cubbin painehaavariskimittari puolestaan on alun perin kehitetty tunnistamaan tehohoidossa olevien potilaiden painehaavariskejä. Mittarissa on kaksitoista alaluokkaa ja arvio toistetaan kerran vuorokaudessa. Nortonin riskiluokitusmittarissa puolestaan arvioidaan ja pisteytetään potilaan fyysistä kuntoa, henkistä tilaa, toiminta- ja liikuntakykyä ja inkontinenssia. Uusin suomalainen riskimittari on Shape Risk Scale ja sen on kehittänyt sisätautiopin dosentti Esa Soppi. Shape Risk Scale mittarin arviointiperusteet ovat vartalomalli, painoindeksi, fyysinen aktiivisuus, tajunnantaso ja ruumiinlämpö. Se on tarkoitettu käytettäväksi Bradenin riskimittarin rinnalla. Shape Risk Scale ei kuitenkaan vielä ole validi mittari. (Peltonen 2019.) Todennäköisyys saada painehaava pienenee, jos riskiarviointi on tehty sairaalaan tulovaiheessa. Jos potilaan tilassa tapahtuu mikä tahansa muutos, tulee riskiarviointi toistaa. Siitä huolimatta millainen riskiarviointimittari on rakenteeltaan, tulee osana arviointia aina toteuttaa kliininen tutkimus. Riskiarviointiin kuuluu lisäksi kattava ihon arviointi, jotta kaikki ihon muutokset tulevat arvioiduksi. Painehaavariskipotilaalle tulee aina tehdä painehaavanehkäisysuunnitelma. Riskiarviointi pelkästään ei kuitenkaan estä painehaavan syntyä. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 11-12.)

3.2 Ihon ja kudosten arviointi ja ihon hoito

Painehaavan kehittymisen ensimmäiset merkit voidaan havaita ihon ja kudosten muutoksina. Tämän vuoksi painehaavojen ehkäisy edellyttää näiden huolellisen ja säännöllisen arvioinnin. Kun muutokset havaitaan ajoissa, voidaan oikein valituilla hoitotoimenpiteillä ehkäistä painehaavan kehittyminen. Iho tulee arvioida tiheämmin, jos potilaan yleisilassa tapahtuu muutoksia. Arviointi kohdistuu koko kehoon, erityisesti huomioiden kehon luiset ulokkeet; ristiluu, istuinkyhmyt, isosarvennoisten ja kantapäiden iho. Ihon punoitus saattaa olla merkki alkavasta painehaavasta. Tällöin on oleellista selvittää punoituksen aiheuttaja, syvyys ja laajuus. Ihon punoituksen arvioinnissa voidaan käyttää vaalenevan ja vaalenemattoman punoituksen tutkimisen menetelmää. Menetelmässä ihoa painetaan kolmen sekunnin ajan sormella ja havainnoidaan ihon vaaleneminen paineen vaikutuksesta. Jos punoitus ei vaalene ihoa painettaessa, on se merkki ihon rakenteellisesta vauriosta kapillaarisuonissa ja mikroverenkierrossa. Tämä ihovaurio luokitellaan ensimmäisen asteen painehaavaksi. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 12-13.)

Ihohoidossa tulee erityisesti huomioida ihon kosteus ja puhtaus. Iho tulisi pitää puhtaana ja suojata liialliselta kosteudelta kuten eritteiltä. Siitä syystä potilailla, joilla on uloste- tai virtsainkontinenssi, on huomattava riski saada painehaava. Lisäksi pidätyskyvyttömyyden aiheuttamat ihotulehdukset tulee ehkäistä ja hoitaa sillä niillä on merkittävä yhteys painehaavan syntyyn. Jos potilaalla on todettu painehaavariski, ihoa ei saa hieroa eikä hangata. Hankaukselle ja venytykselle alttiina olevilla kehon alueilla voidaan käyttää haavasidoksia suojaamaan ihoa. Polyuretaanivaahasidokset kehon luisten ulokkeiden päällä saattavat ehkäistä painehaavoja. Sidos tulee vaihtaa, jos se vaurioituu, irtoaa, löystyy tai kostuu voimakkaasti. Sidosten käyttö ei kuitenkaan poista perusteellisen ja säännöllisen ihon arvioinnin tarvetta. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 13-14.)

3.3 Ravitsemus

Huono ravitsemustila tai vajaaravitsemus ovat riskitekijöitä painehaavojen synnyssä. Muun muassa puutteellinen proteiinin saanti vähentää kollageenin synteesiä, joka vähentää ihon vetolujuutta. Pelkästään painehaavariskiä mittaava mittari ei kuvaa riittävästi potilaan ravitsemustilaa, vaan tähän käytetään siihen tarkoitettua mittaria.

Vajaaravitsemuksen riskin arviointiin voidaan käyttää muun muassa NRS 2002, MNA- tai MUST- menetelmää. Ravitsemustilan arviointi tulisi tehdä kaikille painehaavariskissä oleville potilaille heidän saavuttuaan hoitavaan yksikköön. Arviointi tulee myös tehdä, jos terveydentilassa tapahtuu mikään merkittävä muutos tai jos jo olemassa olevan painehaavan paraneminen pysähtyy. Painehaavariskissä oleville potilaille tulee tehdä yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma, joka lisätään potilaan hoitosuunnitelmaan. Potilaan painoa ja ravitsemusta tulee säännöllisesti seurata ja tarvittaessa aloitetaan riittävää ravinnonsaantia tukeva lisäravinto. Riittävän ja tasapainoisen energian lisäksi on kannustettava potilasta riittävään nesteiden nauttimiseen, huomioiden sairautteen ja hoitoon liittyvät mahdolliset rajoitteet. Aikuisen nesteentarve on normaalitilanteessa noin 30-35 ml painokiloa kohti. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 14-16.)

Chaboyerin, Desbrowin ja Robertsin (2016) pilottitutkimuksessa kartoitettiin potilaskeskeisen ravitsemussuunnitelman käyttökelpoisuutta painehaavariskissä olevien potilaiden kohdalla (n=66 potilasta). Tutkimuksessa käytetyn ravitsemussuunnitelman pääpiirteet olivat potilasohjaus, potilaiden osallistuttaminen ja tavoitteiden asettaminen. Tutkimus osoitti, että tämän kaltainen ravitsemussuunnitelma on käyttökelpoinen mutta lisätutkimukset ovat tarpeellisia. (Chaboyer ym. 2016.)

3.4 Painepestien vaihtelu

Liikkumattomuus ja liikunnan vähäisyys ovat merkittäviä riskitekijöitä painehaavan syntymiselle. Asentohoidon tarkoitus on vähentää paineen kestoa ja voimakkuutta luisten ulokkeiden kohdalla. Painehaavariskissä olevan potilaan asentoa tulee muuttaa säännöllisesti, mikäli hänen terveydentilansa sen sallii. Asennon vaihtamisessa tulee huomioida potilaan aktiivisuus ja liikuntakyky, ihon sen hetkinen kunto ja kudosten painesietokyky. Asennon vaihtaminen 30 asteen kallistuskulmaa käyttäen on osoittautunut tehokkaaksi painehaavan ehkäisykeinoksi. Potilasta ei kuitenkaan saa asettaa asentoon, jossa paine kohdistuu jo punoittavalle kohdalle. Potilasta voidaan kannustaa vaihtamaan asentoa itse, mikäli se on hänen terveydentilaansa huomioon ottaen mahdollista. Kannustimena voidaan hyödyntää esimerkiksi musiikkia. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 17-19.)

Potilaiden osallistuttaminen ja sitouttaminen omaan hoitoonsa on ollut ajankohtainen trendi terveydenhuollon alalla. Potilaiden osallistuttaminen hoitoon on todettu

parantavan hoitoon sitoutumista ja hoidon tuloksia. Potilailla on mahdollisuus ottaa aktiivinen rooli myös painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Neljällä akuutilla ortopedisellä ja neurologisella osastolla suoritettu tutkimus osoitti, että 86 % haastatelluista potilaista (n=51) ymmärsivät painehaavojen merkityksen hyvinvoinnille ja 80 % heistä oli samaa mieltä siitä, että potilailla tulee olla aktiivinen rooli painehaavoja ennaltaehkäisevä hoitotyössä. Tutkimukseen osallistuneet ehdottivat kolmea pääteemaa, jotka olisivat potilaiden vastuulla: ihon kunnosta huolehtiminen, oman kehon kuunteleminen ja omasta yleisvoinnista huolehtiminen. Onnistuneelle omatoimiselle ehkäisytoiminnalle koettiin kuitenkin oleellisenä, että potilaat saavat riittävät tiedot painehaavojen ennaltaehkäisystä, riittävän kivunhoidon ja kannustavan yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa. (Allen ym. 2014.)

Painehaavan ehkäisyyn on olemassa lukuisia sille tarkoitettuja makuualustoja ja istuintyynyjä. Mikäli potilaan terveydentila ei salli asennon vaihtamista, tulee käyttää painetta jakavaa korkean riskin painohaavoja ehkäisevää makuualustaa. Makuualustasta huolimatta potilaan asentohoito on kuitenkin välttämätöntä. Makuualustat ja istuintyyny alenavat ja jakavat paineen jakaantumista vähentämällä kudoksiin kohdistuvaa kuormitusta ja säätelemään lämpö-kosteustasapainoa. Makuualusta valitaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti ja sen sopivuutta sekä toimivuutta tulee jokaisen potilaan ja hoitoympäristön kohdalla arvioida. Painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä tulisi myös huomioida, että lämpö kiihdyttää aineenvaihduntaa, joka puolestaan aiheuttaa hikoilua ja vähentää kudoksen paineensietokykyä. Kosteus puolestaan altistaa ihoa vaurioille. Makuu- ja istuinalustojen materiaalivalinnoilla voidaan osittain vaikuttaa ihon kosteuden ja lämmön haihtumisnopeuteen. Lämmittimiä tai lämpötyynyjä ei saa laittaa suoraan kosketukseen iholle tai painehaavalle. Vuodemateriaaleissa tulee suosia silkkiä muistuttavia kankaita, mieluummin kuin puuvillaa tai puuvillasekoitteita, jotta voidaan vähentää kitkaa ja venyttäviä voimia. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 17-19.)

Yleisenä suosituksena on pidetty sitä, että painehaavariskissä olevien potilaiden asentoa tulisi vaihtaa kahden tunnin välein. Suositus on kuitenkin annettu aikana, kun terveydenhuolto oli kovin erilaista potilaiden ominaisuuksista johtuen. Nykyään ihmiset elävät pidempään ja ovat iäkkäinä jo fyysisesti hauraita, painavat keskimäärin enemmän ja ovat usein monisairaita. Tämän vuoksi, painetta jakavista makuualustoista huolimatta, kahden tunnin sääntö on edelleen pätevä ja hyödyllinen nyrkkisääntö painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Tutkimuksessa, jossa kartoitettiin asentohoitoon vaikuttavia

tekijöitä, todettiin että potilaiden muuttuneista ja työllistävämmissä ominaisuuksista huolimatta, henkilöresursseja ei ole nostettu. Nämä löydökset saattavat herättää keskustelua henkilöstöjohtamisessa, sillä muuttuneet työolosuhteet vaikuttavat hoitajien priorisointiin ja työmotivaatioon. (DiFiore ym. 2017.)

Lääkinnälliset hoitovälineet ja -laitteet, jotka ovat kosketuksessa potilaan ihoon, voivat vaikuttaa painehaavan syntyyn. Lääkinnällisillä hoitovälineillä ja – laitteilla tarkoitetaan kaikkia instrumentteja, laitteistoja ja vastaavia tarvikkeita, joita käytetään esimerkiksi diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai oireiden lievitykseen. Lääkinnälliset laitteet tulee valita niin, että ne aiheuttavat mahdollisimman vähän paineesta tai venytyksestä johtuvia vaurioita. Lääkinnällisten laitteiden tulee olla oikein mitoitettuja ja kiinnitetty ohjeiden mukaisesti. Potilaan ja lääkinnällisen laitteen asentoa tulisi muuttaa niin, että paine jakautuu tasaisesti ja venytys vähenee. Mikäli potilaalla on käytössä ihon kanssa kosketuksessa oleva lääkinnällinen laite, iho tulee tarkistaa vähintään kaksi kertaa päivässä, jotta paineesta aiheutuneet iho- ja kudოსvauriot havaitaan ajoissa. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 19-20.)

3.5 Ammattihenkilöiden osaaminen

Organisaatiossa, jossa hoitohenkilökunta on osaavaa, motivoitunutta ja sitoutunutta pystytään tarjoamaan potilaslähtöistä ja laadukasta hoitotyötä. Muuttuvat potilastarpeet, palvelurakenteet ja teknologinen kehitys edellyttävät hyvää osaamista. Siihen ei kuitenkaan riitä pelkkä ammattitutkinnon suorittaminen, vaan tarvitaan jatkuvaa ammatillista kasvua eli ammatillista uusiutumista. Ammatillinen kasvu käsittää kaikki kehittämistoimet, jotka kohdistuvat ammatillisen osaamisen lisäämiseen tai ylläpitämiseen. (Hildén 2002, 7-9.)

Vastuu painehaavojen ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä on pääasiassa hoitohenkilökunnalla (Diriba ym. 2019). Systemaattinen hoitotyö, näyttöön perustuvan tiedon mukaisesti, voi vähentää painehaavojen ilmentymistä ja siten myös kustannuksia, resurssien käyttöä ja potilaiden kärsimystä (Borg ym. 2010). Hoitotyön tutkimussäätiö on tuonut esille, että sairaanhoitajien tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä ovat kattavammat kuin lähihoitajien. Koulutustason yhteydestä huolimatta on kuitenkin todettu, että hoitohenkilökunnan riittävällä määrällä on tehokkaampi vaikutus painehaavojen vähentämisessä kuin koulutustasolla. Pitkän työkokemuksen omaavien hoitotyöntekijöiden on todettu suhtautuvan myönteisemmin painehaavojen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön.

Lisäksi tiimityöllä ja työhön sitoutumisella on vaikutusta painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitotyön toteutumiseen. Suurimpina haasteina painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitotyön toteutumiseen hoitotyöntekijät ovat esittäneet henkilöstön määrän vähäisyyden, ajanpuutteen ja potilaan tilan. Muun muassa haavanhoidon kirjaamisen on todettu olevan puutteellista ja epäyhtenäistä. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 25.) Diriban, Getahun ja Werkun tutkimuksessa kartoitettiin hoitajien tietoja painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä etiopialaisissa sairaaloissa vuonna 2019 (n=212 hoitajaa). Analyysissa tuotiin esille, että 91 %:lla hoitajista oli puutteelliset tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä. Tuloksista käy ilmi, että etiopialaisilla hoitajilla on eniten tietämystä ravitsemukseen liittyvistä asioista. Vähiten tietämystä oli etiologiasta ja painehaavojen kehittymisestä ja painetta vähentävistä hoitotoimenpiteistä. Esteinä onnistuneelle painehaavojen ennaltaehkäisevällä hoitotyöllä koettiin koulutuksen, henkilökunnan ja apuvälineiden puute. Etiopialaisessa tutkimuksessa ei löydetty merkittäviä eroja koulutustasojen välillä. (Diriba ym. 2019.) Samankaltaisessa belgialaisessa tutkimuksessa kartoitettiin useamman eri sairaalan osastojen hoitajien (n=553 hoitajaa) tietoja ja asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Tässäkin otoksessa havaittiin puutteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Asenteilla oli merkittävä korrelaatio annetun ennaltaehkäisevän hoitotyön määrään. (Beeckman ym. 2011.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoja, taitoja ja asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Tavoitteena on saada tietoa hoitohenkilökunnan painehaavojen ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä, jota myöhemmin voidaan hyödyntää haavanhoitotyön kehittämisessä terveyskeskuksen sairaalaosastolla. Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kysymyksiin.

1. Millaiset tiedot hoitajilla on painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä?
2. Millaiset taidot hoitajilla on painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä?
3. Millaiset asenteet hoitajilla on painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Painehaavojen ennaltaehkäisevien suositusten käyttöönotto edellyttää hoitohenkilökunnalta sitoutumista ja osaamista. Osaamista arvioimalla ja sen perusteella suunnitellulla koulutuksella voidaan varmistaa henkilöstön tieto- ja taitoperusta sekä ammatillinen sitoutuminen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana toimi tekijän oma kiinnostus aihetta kohtaan. Toimeksianto opinnäytetyölle saatiin terveyskeskuksen sairaalaosastolta. Terveyskeskuksen vuonna 2020 järjestettäviin koulutusaiheisiin kuuluu haavanhoitotyö. Tämä opinnäytetyö tuo koulutusten järjestäjille tietoa siitä, mihin asioihin tulisi panostaa, kun tulevia koulutuksia järjestetään.

Sairaalaosaston potilaat ovat äkillisesti sairastuneita, tutkimuksiin ja kuntoutumaan tulevia tai saattohoitoa tarvitsevia. Potilaat tulevat osastolle päivystyksen tai erikoissairaanhoidon kautta. Keskimääräinen hoitoaika on noin viikko. Osastolla hoitotyöstä ja kuntoutuksesta vastaavat sairaanhoitajat, lähihoitajat/perushoitajat, fysioterapeutit ja toimintaterapeutti. (Kunnan kotisivut 2013.)

Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen vahvistuttua, lähdettiin hakemaan työtä tukevaa tietoa aiheesta. Kirjallisuutta haettiin sekä elektronisesti että manuaalisesti. Ensimmäinen tiedonhaku suoritettiin elokuussa 2019 (taulukko 2). Otsikoiden perusteella valittiin mukaan 21 julkaisua. Tiedonhaku toteutettiin Cinahl-, Medic, Pubmed ja Terveysportin tietokannoista. Tiedonhaussa sovellettiin PICO-strategiaa ohjaamaan kirjallisuushakua. Elektronisissa tietokannoissa huomioitiin tulokset, jotka ovat joko suomen, ruotsin tai englannin kielellä. Muita mukaanottokriteerejä olivat 1) julkaisujen tuli käsitellä painehaavojen tutkimustietoa osastoilla tai painehaavojen ennaltaehkäisyä, sen tehokkuutta tai tietoutta 2) julkaisujen tuli olla vertaisarvioituja 3) julkaisun tuli olla viimeisen 10 vuoden ajalta ja 4) julkaisusta tuli olla koko teksti saatavilla. Tiedonhakua jatkettiin opinnäytetyön edetessä. Aiempien tutkimusten lisäksi opinnäytetyössä hyödynnetään Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) vuonna 2015 julkaistua hoitosuositusta Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä.

Taulukko 2. Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Hakusana (t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Cinahl	Decubitus ulcer AND prevention AND ward	30	11	11	5
Cinahl	Decubitus ulcer AND prevention AND ward AND immobility	Laaja haku	1	1	1
Medic	Painehaava AND ennaltaehkäisy AND pätevyys	1	0	0	0 ei käyttöoikeutta
Terveysportti	Painehaavat	28	2	2	2
PubMed	Decubitus ulcer AND prevention AND ward AND knowledge AND effects	3	1	1	0 ei käyttöoikeutta
Cinahl	Decubitus ulcer AND prevention AND ward AND knowledge	3	1	1	1
Cinahl	Decubitus ulcer AND prevention AND validity	18	2	2	1
Manuaalinen haku	Painehaavat AND ennaltaehkäisy	Laaja haku	2	2	2

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkimusmetodeina hyödynnetään muuttujia, tilastollista menetelmää ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelua. Poikittaistutkimuksessa aineistoa kerätään kerran eikä tarkoituksena ole siis mitata tutkimusilmiötä muuttuvana suhteessa ajalliseen etenemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41 – 43.) Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla, jonka avulla saadaan hyvin kartoitettua sen hetkistä tilannetta tutkimusongelmaan. Määrällisen tutkimuksen aineistoa kerätään yleensä

tutkimuslomakkeiden avulla, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2014.) Tässä opinnäytetyössä päätettiin hyödyntää kvantitatiivista tutkimusta, sillä tavoitteena on saada tietoa hoitohenkilökunnan sen hetkisistä tiedoista, taidoista ja asenteista painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin opinnäytetyöntekijän laatimaa kyselyä (liite 1). Kyselyssä käytetyt väittämät perustuvat Hoitotyön tutkimussäätiön suosituslauseisiin painehaavojen ehkäisystä ja tunnistamisesta aikuispotilaan hoitotyössä. Kyselyn tekovaiheessa harkittiin kyselytutkimuksen kysymysten muotoa. Työssä päädyttiin käyttämään suljettuja kysymyksiä väittämien muodossa.

Suljettujen kysymysten ja väittämien etuna on, että vastaaminen on nopeaa. Lisäksi suljettujen kysymysten ja väittämien tulosten tilastollinen käsittely on helppoa. Likertin asteikossa haastateltavalle esitetään tutkittavasta asiasta väittämiä ja vastaajan on tarkoitus ottaa kantaa väittämiin valitsemalla vaihtoehdon, joka kuvaa hänen käsitystään parhaiten. Tyypillisen viisiasteikkoisen portaikon sijasta voidaan myös käyttää neljäportaista asteikkoa, jolloin asteikon keskeltä on jätetty pois neutraali vastausvaihtoehto. (Heikkilä 2014.) Tässäkin työssä tutkimusaihe oli laaja ja kyselylomake haluttiin tästä huolimatta pitää houkuttelevana. Vastausvaihtoehtoina on neliportainen Likertin asteikko (1 = täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä, 3 = osittain samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Vastaajia rohkaistiin ottamaan kantaa omaan osaamiseensa jättämällä pois neutraali vastausvaihtoehto. Kysely päätettiin toteuttaa paperimuotoisena kyselylomakkeena, jotta vastaajilla olisi mahdollisimman helppoa vastata kyselyyn muun työn ohella.

Kyselyn alussa selvitetään tälle opinnäytetyölle oleellisia taustatietoja; vastaajan työtehtävä (sairaanhoitaja/fysioterapeutti/toimintaterapeutti tai lähihoitaja/perushoitaja), työkokemusta terveydenhuollossa (alle 5 vuotta, 5-10 vuotta tai yli 10 vuotta) ja työkokemusta nykyisessä työyksikössä (alle 5 vuotta, 5-10 vuotta tai yli 10 vuotta). Taustatietoja käsittelevät kysymykset laadittiin niin, että vastaajien anonymiteetti pystyttiin takaamaan. Väittämät 4 – 13 vastaavat ensimmäiseen tutkimusongelmaan hoitajien tämänhetkisistä tiedoista. Väittämät 14 – 41 vastaavat toiseen tutkimusongelmaan hoitajien tämänhetkisistä taidoista. Väittämät 42 – 46 vastaavat kolmanteen tutkimusongelmaan hoitajien asenteista painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Kyselyn lopuksi vastaajalle on jätetty tilaa vapaalle sanalle, jossa vastaaja voi itse kertoa kokemuksiaan painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä.

Jokaiseen kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje (liite 2), jossa vastaajalle kerrottiin tutkimuksen lähtökohdat ja miten vastaaja voi vaikuttaa jatkossa tarjottavien haavanhoitokoulutusten sisältöön vastaamalla kyselytutkimukseen. Saatekirjeessä vastaajille tuotiin esille, että vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista.

Kyselylomakkeen esitestauksella testataan lomakkeen ymmärrettävyyttä, loogisuutta, vastausvaihtoehtojen toimivuutta ja kysymysten tarpeellisuutta (Heikkilä 2014). Tämän opinnäytetyön kyselylomake esitettiin 29. marraskuuta 2019 Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmän suunnitelmaseminaarissa. Esitestauksessa kyselyyn vastasi ryhmä sairaanhoitajaopiskelijoita ja palautetta saatiin yhteensä 15:sta vastaajalta. Palautteiden perusteella tehtiin tarvittavat muutokset; kyselyn ulkoasua muokattiin, kysymyksen 37 kielioppivirhe korjattiin ja saatekirjeeseen lisättiin määritelmä lääkinneistä laitteista.

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin sairaalaosaston vakituisessa työsuhteessa oleva tai vakituisesti sijaistava hoitohenkilökunta (sairaanhoitajat, toimintaterapeutit, fysioterapeutit ja lähihoitajat/perushoitajat). Kysely kohdennettiin 40:een sairaalaosastolla työskentelevään hoitajaan (Osastonhoitaja terveystieteiden osastolla 2019). Tavoitteena oli tavoittaa vähintään 50% kohderyhmästä. Luotettava kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta (Heikkilä 2014). Kun tutkimussuunnitelma, kyselylomake ja siihen liitettävä saatekirje valmistui, tutkimukselle haettiin tutkimuslupaa terveystieteiden osastosta. Opinnäytetyön sopimus tehtiin terveystieteiden osaston edustajan, Turun ammattikorkeakoulun ja opinnäytetyöntekijän kesken. Opinnäytetyösopimus, tutkimussuunnitelma ja Turun ammattikorkeakoulun tutkimuslomake tallennettiin Ankkuriin, jossa tiedostot säilytetään.

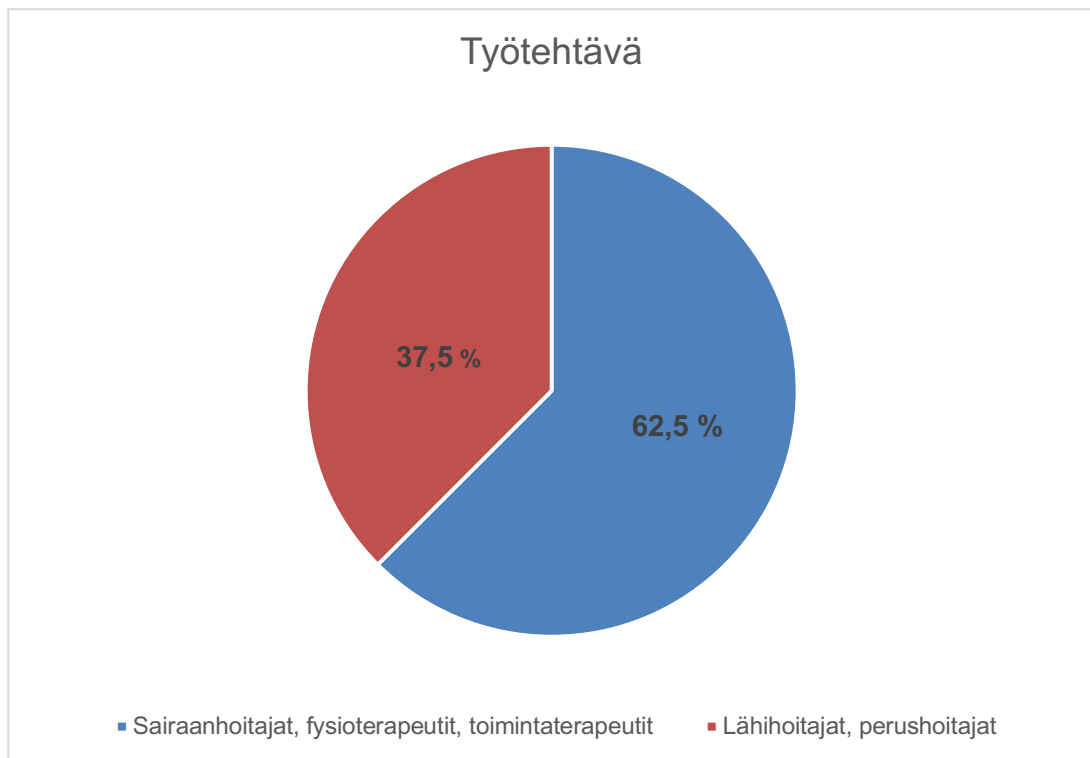
Yhteensä 40 kpl kyselylomaketta vietiin osastolle 13. marraskuuta 2019. Vastausaikaa annettiin 22. marraskuuta 2019 asti. Täytetyt lomakkeet ohjeistettiin sulkemaan kyselyn yhteydessä toimitettuun kirjekuoreeseen. Kirjekuoret palautettiin henkilökunnan taukuhuoneesta löytyvään palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeet noudettiin 23. marraskuuta 2019. Vastauksia saatiin yhteensä 24 kpl, joka on 60 % kohderyhmästä. Yhtään lomaketta ei kokonaisuudessaan jouduttu hylkäämään. Väittämissä 25, 27, 37, 41 ja 43 jouduttiin hylkäämään yksittäiset vastaukset, sillä niissä oli joko kaksi vastausvaihtoehtoa

valittuna tai vastausvaihtoehto ei muuten ollut luotettavasti tulkittavissa. Kohdissa 3, 12, 17, 25, 36 ja 41 yksittäiset vastaajat olivat jättäneet vastaamatta väittämiin.

Kyselystä saatu aineisto analysoitiin tilastollisesti. Aineistoa kuvaillaan käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Frekvenssi (f) tarkoittaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103.) Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistelmien kautta. Sisällönanalyysilla pyritään muodostamaan tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä opinnäytetyössä aineistoa kuvaillaan frekvenssien ja prosenttiosuuksien lisäksi keskiarvojen avulla. Keskiarvot luotiin Likert asteikon kautta, jolloin jokaiselle väittämälle saatiin keskiarvo 1 ja 4 välillä. Tulosten perusteella esitettiin yhteenveto asioista, joihin olisi hyvä keskittyä jatkokoulutuksia suunnitellessa. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysilla. Avoimien kysymysten tuloksista etsittiin etenkin yhtäläisyyksiä ja eroja määrällisen osuuden tulosten kanssa. Valmis työ julkaistiin osoitteessa www.theseus.fi ja tulokset esiteltiin toimeksiantajalle osastokokouksessa.

6 TULOKSET

Vastaajista (n=24 hoitohenkilökunnan jäsentä) 15 toimivat sairaanhoitajan, fysioterapeutin tai toimintaterapeutin virassa. Lähihoitajien ja perushoitajien osuus tuloksista saatiin yhdeksältä kyselyyn vastanneelta hoitajalta (kuvio 1). Vastaajista kolme on työskennellyt terveydenhuollossa 5 – 10 vuotta, 21 vastaajaa yli 10 vuotta. Kyselyyn ei vastannut yhtään alle viisi vuotta terveydenhuoltoalalla työskennellyttä hoitajaa. Kuusi vastaajaa on työskennellyt nykyisessä työyksikössä alle viisi vuotta, neljä vastaajaa 5 – 10 vuotta ja 13 vastaajaa yli 10 vuotta. Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta kysymykseen työkokemuksesta nykyisessä työyksikössä.



Kuvio 1. Vastaajien työtehtävät (n= 24 hoitohenkilökunnan jäsentä)

6.1 Hoitajien tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä

Taulukossa 3 esitetään tulokset koskien vastaajien tietoja painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä. Vastaajat arvioivat tietojensa painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä olevan hyvällä tasolla. Tietoja koskevien väittämien kokonaiskeskiarvo oli 3,61. Lähihoitajien/perushoitajien kokonaiskeskiarvo 3,70 kun taas sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien 3,52. Parhaiten (ka. 3,96) vastaajat arvioivat tietävänsä siitä, mitä pidätyskyvyttömyys merkitsee painehaavojen synnyssä. Tämän lisäksi hoitajat kokivat hyvin tietävänsä siitä, mitkä kehon kohdat ovat erityisen alttiita painehaavan syntymiselle (ka. 3,92) ja siitä, mikä ravitsemuksen merkitys on painehaavojen ennaltaehkäisevässä hoitotyössä (ka. 3,92). Vähiten (ka. 3,21) hoitajat kokivat tietävänsä siitä, milloin potilaan päivittäinen energiantarve on lisääntynyt mutta tässäkin keskiarvo oli vain 0,75 yksikön verran parhaiten arvioidusta tiedosta.

Taulukko 3. Hoitajien tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä

	Täysin eri mieltä f (%)	Osittain eri mieltä f (%)	Osittain samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Kes- kiarvo
Tiedän mitkä kehon kohdat ovat erityisen alttiita painehaavan syntymiselle. (n=24)	0	0	2 (8%)	22 (92%)	3,92
Tiedän potilaan pidätyskyvyttömyyden merkityksen painehaavojen synnyssä. (n=24)	0	0	1 (4%)	23 (96%)	3,96
Tiedän, miten lämpötila vaikuttaa painehaavan syntyyn. (n=24)	0	2 (8,5%)	7 (29%)	15 (62,5%)	3,54
Tiedän, miten kosteus vaikuttaa painehaavan syntyyn. (n=24)	0	0	5 (21%)	19 (79%)	3,79
Tiedän ravitsemuksen merkityksen painehaavoja ennaltaehkäistäessä. (n=24)	0	0	2 (8,5%)	22 (91,5%)	3,92
Tiedän, miten pystyn vaikuttamaan potilaiden tarpeenmukaiseen ravitsemukseen. (n=24)	0	3 (12,5%)	11 (46%)	10 (41,5%)	3,29

Taulukko 3 jatkuu

	Täysin eri mieltä f (%)	Osittain eri mieltä f (%)	Osittain samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Kes- kiarvo
Tiedän, milloin potilaan päivittäinen energi- antarve on lisääntynyt. (n=24)	0	4 (16,5%)	11 (46%)	9 (37,5%)	3,21
Tiedän, miten makuualustoilla ja istuin- tyynyillä voidaan ennaltaehkäistä pai- nehaavoja. (n=24)	0	1 (4%)	5 (21%)	18 (75%)	3,71
Tiedän, miten lääkinnälliset laitteet aiheut- tavat painehaavariskin. (n=23)	0	2 (9%)	13 (56%)	8 (35%)	3,26
Tiedän, mistä löydän tarvittaessa lisätietoja painehaavojen ennaltaehkäisystä. (n=24)	0	3 (12,5%)	7 (29%)	14 (58,5%)	3,46

6.2 Hoitajien taidot painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä

Taulukossa 4 esitetään tulokset koskien vastaajien taitoja painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Vastaajat kokivat taitojensa olevan kohtalaisella tasolla. Kokonaiskeskiarvo kaikkien vastaajien kesken oli 2,72. Lähihoitajien ja perushoitajien kokonaiskeskiarvo oli 2,79 ja sairaanhoitajien, fysioterapeuttien sekä toimintaterapeuttien 2,65. Parhaat taidot koettiin olevan asentohoidossa.

Kaikki kyselyyn vastanneet toimihenkilöt olivat täysin samaa mieltä siitä, että asentohoittoa toteutetaan painehaavariskissä olevien potilaiden kohdalla (ka. 4,00). Suurin osa (83%) vastaajista arvioi potilaan ihon kuntoa aina, kun potilaan asentoa muutetaan (ka. 3,13) ja jokainen vastaaja kannustaa jossain määrin potilaita omatoimiseen asentohoittoon (ka. 3,92). Taidot makuualustojen ja istuintynyjen käytöstä painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä oli kohtalaisella tasolla. Puutteita löytyi muutamasta kohdasta.

Alle puolet (43,5%) vastanneista oli osittain eri mieltä siitä, että arvioivat makuualustan tai istuintyynyyn toimivuutta käytön aikana (ka. 2,83). Moni kuitenkin kokee tunnistavansa makuualustasta tai istuintyynyistä aiheutuneet komplikaatiot (ka. 3,13) mutta vastaajista löytyi myös hoitajia, jotka eivät jatkaneet potilaan asentohoitoa painetta jatkavasta makuualustasta huolimatta (ka. 3,50). Myös lääkinnällisten laitteiden vaikutuksesta painehaavojen synnylle löytyi epävarmuutta. Lääkinnällisten laitteiden valitseminen niin, että ne aiheuttavat mahdollisimman vähän paineesta ja/tai venytyksestä johtuvia vaurioita, tuntui haasteellisesta (ka. 2,71) eikä ihoa näiden alla tai ympärillä aina huomioitu tarkistaa (ka. 3,17).

Reilu puolet (54%) vastanneista arvioi, ettei painehaavan riskiarviointia tehdä heti tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta (ka. 1,88). Samankaltaiseen tulokseen viittaa arviot riskimittareiden käytöstä. Yli puolet (62,5%) vastaajista arvioi, etteivät he käytä yhtään tässä kyselyssä mainittua riskiluokitusmittaria (ka. 1,23). Jokaisesta riskiarviointimittarista oli kuitenkin jonkinlaista kokemusta. Näistä Bradenin riskiluokitusmittari oli käytetyin (ka. 1,61). Riskiluokitusmittareiden sijaan kliinistä tutkimusta käytettiin enemmän painehaavojen riskiarvioinnissa (ka. 2,92). Ravitsemustilaa arvioivaa mittaria käytetään harvoin (ka. 1,58). Potilaiden päivittäisiä energiatarpeita painon mukaan laskettiin myös harvoin (ka. 1,13).

Hoitajien ihonhoito- ja arviointitaidot ovat hyvällä tasolla. Ihoa arvioidaan päivittäin (ka. 3,50) ja hoitajat kokivat havaitsevansa painehaavojen ensimmäiset merkit ihon ja kudosten muutoksina (ka. 3,58). Kaikkien vastaajat olivat myös joko osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että he osaavat valita oikeat toimenpiteet, mikäli ihossa tai kudoksessa huomioidaan jokin muutos (ka. 3,50). Kirjauksia ihossa havaituista muutoksista tehtiin niin hoitosuunnitelmiin (ka. 3,23) kuin päivittäiskirjauksiin (ka. 3,79).

Taulukko 4. Hoitajien taidot painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä

	Täysin eri mieltä f (%)	Osittain eri mieltä f (%)	Osittain samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Kes- kiarvo (1-4)
Teen painehaavan riskiarvioinnin heti tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta. (n=24)	13 (54%)	2 (8,5%)	8 (33,5%)	1 (4%)	1,88
Toistan riskiarvioinnin, jos potilaan tilassa tapahtuu mikä tahansa merkittävä muutos. (n=24)	10 (41,5%)	2 (8,5%)	11 (46%)	1 (4%)	2,13
Teen painehaavojen ehkäisy suunnitelman painehaavariskipotilaille. (n=24)	7 (29%)	4 (16,5%)	10 (42%)	3 (12,5%)	2,38
Käytän työssäni Bradenin riskiluokitusmittaria. (n=23)	15 (65%)	4 (17%)	2 (9%)	2 (9%)	1,61
Käytän työssäni Jackson ja Cubbin painehaavariskimittaria. (n=24)	23 (96%)	0	0	1 (4%)	1,13
Käytän työssäni Nortonin riskiluokitusmittaria. (n=24)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0	0	1,13
Käytän työssäni Shape Risk Scale – mittaria. (n=24)	23 (96%)	1 (4%)	0	0	1,04
Käytän painehaavan riskiarvioinnissa kliinistä tutkimusta. (n=24)	2 (8,5%)	4 (16,5%)	12 (50%)	6 (25%)	2,92
Arvioin potilaiden ihon kuntoa päivittäin. (n=24)	1 (4%)	1 (4%)	7 (29%)	15 (63%)	3,50
Havaitsen painehaavan ensimmäiset merkit ihon ja kudosten muutoksina. (n=24)	0	0	10 (41,5%)	14 (58,5%)	3,58
Valitsen oikeat toimenpiteet huomioituani muutoksen ihon tai kudoksen kunnossa. (n=24)	0	0	12 (50%)	12 (50%)	3,50

Taulukko 4 jatkuu

	Täysin eri mieltä f (%)	Osittain eri mieltä f (%)	Osittain samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Kes- kiarvo (1-4)
Kirjaan ihossa tehdyt huomiot potilaan hoitosuunnitelmassa. (n=22)	0	5 (23%)	7 (32%)	10 (45%)	3,23
Kirjaan ihossa huomioidut muutokset potilaan päivittäiskirjauksiin. (n=24)	0	1 (4%)	3 (12,5%)	20 (83,5%)	3,79
Huomioin makuu- ja istuinalustaa valitessa sen vaikutuksen ihon kosteuteen ja lämpötilaan. (n=23)	3 (13%)	7 (30%)	11 (48%)	2 (9%)	2,52
Käytän ravitsemustilaa arvioivaa mittaria painehaavaa arvioivan riskimittarin lisäksi. (n=24)	14 (58,5%)	6 (25%)	4 (16,5%)	0	1,58
Huomioin ravitsemuksen potilaan hoitosuunnitelmassa. (n=24)	0	10 (41,5%)	9 (37,5%)	5 (21%)	2,79
Lasken potilaan päivittäisen energiatarpeen painon mukaan. (n=24)	22 (92%)	1 (4%)	1 (4%)	0	1,13
Toteutan asentohoitoa painehaavariskissä olevien potilaiden kohdalla. (n=24)	0	0	0	24 (100%)	4,00
Arvioin potilaan ihon kuntoa aina, kun potilaan asentoa muutetaan. (n=24)	2 (8,5%)	2 (8,5%)	11 (45,5%)	9 (37,5%)	3,13
Huomioin asentohoidossa potilaan liikuntakyvyn. (n=24)	0	0	4 (16,5%)	20 (83,5%)	3,83
Huomioin asentohoidossa kudosten paineensietokyvyn. (n=24)	0	2 (8%)	11 (46%)	11 (46%)	3,83
Potilaan terveydentilan salliessa, kannustan häntä omatoimiseen asentohoitoon. (n=24)	0	0	2 (8%)	22 (92%)	3,92
Arvioin makuualustan tai istuintyydyn toimivuuden käytön aikana. (n=23)	0	10 (43,5%)	7 (30,5%)	6 (26%)	2,83

Taulukko 4 jatkuu

	Täysin eri mieltä f (%)	Osittain eri mieltä f (%)	Osittain samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Kes- kiarvo (1-4)
Tunnistan makuualustasta tai istuintyyntä aiheutuneet komplikaatiot. (n=23)	0	3 (13%)	14 (61%)	6 (26%)	3,13
Jatkan potilaan asentohoitoa, painetta jatkavasta makuualustasta huolimatta. (n=24)	1 (4%)	2 (8,5%)	5 (21%)	16 (66,5%)	3,50
Valitsen lääkinälliset laitteet niin, että ne aiheuttavat mahdollisimman vähän paineesta ja/tai venytyksestä johtuvia vaurioita. (n=24)	4 (16,5%)	4 (16,5%)	11 (46%)	5 (21%)	2,71
Tarkistan lääkinnällisten laitteiden alla ja ympärillä olevan ihon vähintään kerran vuorossa. (n=24)	1 (4%)	5 (21%)	7 (29%)	11 (46%)	3,17
Pystyn vaikuttamaan painehaavojen syntyn antamalla riittävät ohjeet potilaan kotiutuessa. (n=22)	1 (5%)	6 (27%)	11 (50%)	4 (18%)	2,82

6.3 Hoitajien asenteet painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä

Taulukossa 5 esitetään tulokset koskien vastaajien asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Vastaajat kokivat painehaavojen ennaltaehkäisyn olevan tärkeä osa heidän työtään (ka. 3,88). He kokivat myös olevansa motivoituneita (ka. 3,71) ja toimivansa tavoitteellisesti (ka. 3,58) painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Vähiten vastaajat kokivat muiden hoitajien painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitotyön vaikuttavan omaan toimintaansa, vaikka tässäkin 83% vastaajista oli joko osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että tällä on merkitystä. Kokonaiskeskiarvo asenteita mittaavista väittämistä oli 3,54. Lähihoitajien kokonaiskeskiarvo oli 3,57 ja sairaanhoitajien 3,51.

Taulukko 5. Hoitajien asenteet painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä

	Täysin eri mieltä f (%)	Osittain eri mieltä f (%)	Osittain samaa mieltä f (%)	Täysin samaa mieltä f (%)	Kes- kiarvo (1-4)
Painehaavojen ennaltaehkäisy on tärkeä osa työtäni. (n=24)	0	0	3 (12,5%)	21 (87,5%)	3,88
Työpaikallani panostetaan painehaavoja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. (n=23)	1 (4%)	1 (4%)	11 (48%)	10 (44%)	3,30
Olen motivoitunut painehaavoja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. (n=24)	0	0	7 (29%)	17 (71%)	3,71
Muiden hoitajien painehaavoja ennaltaehkäisevä hoitotyö vaikuttaa omaan motivaatiooni painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. (n=24)	2 (8,5%)	2 (8,5%)	9 (37%)	11 (46%)	3,21
Toimin tavoitteellisesti hoitotyössäni ennaltaehkäisten painehaavoja (n=24)	0	1 (4%)	8 (33,5%)	15 (62,5%)	3,58

6.4 Hoitajien kertoma vapaa sana

Seitsemään lomakkeeseen oli jätetty kommentteja painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä tälle merkittyyn kohtaan kyselylomakkeen lopussa. Kommenteissa kerrottiin ihon puhtaana pidon, rasvauksen ja asentohoidon olevan tärkeitä osa-alueita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Lisäksi mainittiin lisäravinteet, kuten Cubitan® tai Nutrison®. Kommenteista löytyi yhtäläisyyksiä asenteita mittaavien väittämien kanssa.

”Painehaavojen ennaltaehkäisy on erittäin tärkeä osa työtäni. Se vähentää potilaan kipua ja säästää aikaa ja rahaa.”

Lisäksi vastauksista kävi ilmi, että omaisten ja potilaiden motivointi ja asennoituminen liikkumiseen ja omatoimisuuteen koetaan haasteellisena. Eräs vastaaja pohti, että omaisten ja potilaiden tietoisuutta painehaavariskeistä ja niiden ehkäisystä pitäisi lisätä. Kommenteissa mainittiin myös resurssien puutteellisuus ja organisaation sekä

kollegojen merkitys painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Kerrottiin, että osastolla on käytettävä niitä laitteita ja välineitä, joita on saatavilla. Moottoripatjoja toivottiin enemmän. Lisäkoulutusta toivottiin ravitsemuksen ja aliravitsemuksen vaikutuksesta painehaavojen kehittymisessä. Vastauksissa tuotiin myös esille, että yhtenä syynä riskimittareiden puutteelliselle käytölle koettiin ajanpuute.

"Olisi hyvä käyttää jotain riskimittaria, mutta tuntuu, ettei aika riitä edes nykyiseen työhön."

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Suomen yliopistot ja ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä (Mäkinen 2006, 172). Tutkimuksen aikana tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja hyviä tutkimustapoja: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Näiden lisäksi tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja sovellettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tapoja. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset ovat huomioitu asianmukaisella tavalla tekstiviitteissä ja lähdeluettelossa. Opinnäytetyö on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle asetettujen vaatimusten edellyttävällä tavalla.

Tutkimusryhmän jäsenten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet tulee määritellä ja kirjata kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Niin ikään kohdat vaitiolovelvollisuudesta tulee määritellä. Vaitiolovelvollisuus on lupaus luottamuksellisesta tutkimusaineiston käsittelystä. Se on osa yksityisyyden käsitettä, joka takaa, että ihmisten henkilökohtaisia asioita ja tietoja ei saa levittää ulkopuolisille. (Mäkinen 2006, 115.) Tämän opinnäytetyön tutkimuslupaa haettiin osastonhoitajalta. Tutkimuslupan oltua hyväksytty, opinnäytetyösopimukset allekirjoitettiin. Tässä työssä opinnäytetyösopimus laadittiin opinnäytetyöntekijän, ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan edustajan välillä ennen, kun kyselylomakkeet vietiin osastolle. Opinnäytetyösopimus sisälsi tarvittavat kohdat vaitiolovelvollisuudesta.

Opinnäytetyön aikana tehtyyn tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, mistä tiedotettiin kyselyjen alkuun liitettyssä saatekirjeessä. Tämän mukaan kohderyhmän edustajilla oli oikeus valita, osallistuvatko he kyseiseen tutkimukseen. Saatekirjeeseen kirjattiin myös opinnäytetyön tekijän, ohjaavien opettajien ja toimeksiantajan edustajan yhteystiedot, jotta vastaajalla oli tarvittaessa mahdollisuus kysyä lisäkysymyksiä.

Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu, että vastaajille taataan anonymiteetti. Lisäksi anonymiteetin säilyttäminen koetaan hyödylliseksi tutkimuksen tuloksille. Anonyymiyys lisää tutkijan vapautta käsitellä aiheita, jotka voidaan kokea arkoina, eikä tutkijan tarvitse pelätä aiheuttavansa haittaa tutkittaville. Se edistää myös tutkimuksen objektiivisuutta tekemällä arkojen ja ristiriitoja herättävien asioiden käsittelyn helpommaksi. Lupaus

anonyymiyden takaamisesta rohkaisee vastaajia vastaamaan rohkeasti ja suorasti, mikä on eduksi, kun tavoitteena on kerätä tutkimukselle olennaisia tietoja. (Mäkinen, 2006, 114.) Tässä työssä käsitellään vastaajien tietoja, taitoja ja asenteita heidän omaan työpanokseensa liittyvistä asioista, minkä vuoksi anonymiteetin takaaminen oli perusteltua. Osastolle toimitettiin suljettavat kirjekuoret, jotka palautettiin hoitajien taukahuoneesta löytyvään palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät valittiin harkitusti, jotta vastaajien anonymiteetti pystyttiin takaamaan. Kyselystä saadut tulokset käsiteltiin vastaajien anonymiteettia kunnioittaen sekä talletettiin huolellisesti vain opinnäytetyön tekijän nähtäväksi. Työn valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisella tavalla osaston tietosuojaroskakoriin. Valmis työ julkaistiin avoimuutta ja ennalta sovittujen menettelytapojen mukaisesti. Opinnäytetyön tekijä on itse työsuhteessa toimeksiantajaan, joka asetti lisähaasteen työn objektiivisuudelle. Opinnäytetyön tekijä jätti itse vastaamatta kyselyyn ja pyrki koko työn aikana noudattamaan objektiivista tutkimustapaa. Opinnäytetyössä saadut tulokset ovat opinnäytetyöntekijän asemasta riippumattomia.

Tutkimuksen luotettavuutta edesauttavat muun muassa selkeä ja tarkkaan rajattu tutkimusongelma, hyvä tutkimussuunnitelma, hyvä kyselylomake, sopiva tiedonkeruumenetelmä, korkea vastausprosentti, tilastollisten menetelmien hallinta ja selkeä raportti (Heikkilä 2014). Kvantitatiivisen kyselyn onnistuminen edellyttää, että kyselyn laatija ottaa huomioon vastaajien ajan, halun ja taidot vastata kyselyyn. Hyvän kyselylomakkeen tärkeitä piirteitä on ulkoasun selkeys ja kohtuullinen pituus. Keskimääräisen vastausajan ei tulisi ylittää 15-20 minuuttia, sillä liian pitkä kysely kartoittaa vastaamishalun. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010.) Tässä työssä kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmänä hyödynnettiin kyselylomaketutkimusta. Opinnäytetyön tutkittava aihe oli laaja mutta lomake pyrittiin pitämään mahdollisimman lyhyenä, vastausajaksi arvioitiin 15 minuuttia. Kyselystä saadut tulokset käsiteltiin huolellisesti Excel-taulukon avulla. Väittämistä saadut määrälliset tulokset kirjattiin taulukkoon ja tarkastettiin uusintalaskennan avulla. Kyselyn viimeisessä kohdassa annetut kommentit käsiteltiin yksilöllisesti. Kommenteista kerrottiin opinnäytetyön tekstissä suorina lainauksina ja omin sanoin, kuitenkin alkuperäistä sisältöä muokkaamatta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä asiaa, jota lähdettiin tutkimaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen perustana hyödynnettiin Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksia, jonka avulla kyselylomakkeen sisältö pystyttiin kohdistamaan tämän työn tutkimusongelmia

vastaaviksi. Kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa perehdyttiin myös aikaisempiin tutkimuksiin ja muuhun teoretietoon. Valmis kyselylomake esiteltiin ja palautetta saatiin riittävän kattavalta ryhmältä. Palautteen perusteella tehtiin tarvittavat muutokset, jotka paransivat lomakkeen selkeyttä. Tutkimuksen validiteettia tukee korkea vastausprosentti (Heikkilä 2014). Tämän työn vastausprosentti oli 60%. Saadut tulokset ovat pieni mutta kuvaava otos tutkittavasta aiheesta. Tässä työssä kohderyhmään päätettiin sisällyttää osaston pitkäaikaiset sijaiset. Tämän kautta otanta saatiin suuremmaksi, joka lisää tutkimuksen validiteettia. Tulokset syötettiin ja käsiteltiin huolellisesti sekä virheettömästi.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan saatujen tulosten yleistettävyyttä. Yleistettävyys on kunnossa, mikäli saatu otos vastaa populaatiota. (Kananen 2011.) Tämän opinnäytetyön otos kuvaa kohtalaisesti terveyskeskuksen sairaalaosastoa. Vastuksia saatiin riittävästi molempien työtehtävien edustajilta, niin kuin ne tässä työssä oli jaoteltu. Otoksesta jäi kuitenkin puuttumaan vastaukset alle 5 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleiltä. Näin otos kuvaa varsin kokeneiden hoitajien työpanosta painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä.

Reliabiliteetti puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen. Se tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa pysyviä tuloksia. Tätä voidaan arvioida muun muassa mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistoissa. Hoitotyön tutkimusten haasteena on kuitenkin se, voidaananko samaa tutkimusmenetelmää luotettavasti mitata toisissa, monesti toisistaan eroavaisista, saman alan tutkimuskohteissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tässä työssä käytettyä lomaketta on mahdollista käyttää samankaltaisen osaston kohdalla. Tutkimuksessa on kuitenkin suositeltavaa käyttää standardoituja mittareita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153). Haasteena tämän työn kohdalla on se, että opinnäytetyöntekijä itse laatinut kyselyn. Kyselylomakkeen toimivuutta on siitä johtuen haasteellista todentaa eikä lomakkeen tuloksia voi suoraan verrata muihin samankaltaisiin tutkimuksiin. Kyselylomakkeella haettiin kuitenkin tälle työlle merkittäviä asioita ja niiden katsotaan olevan tälle työlle päteviä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa terveyskeskuksen osastolla työskentelevien hoitajien tietoja, taitoja ja asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Aihevalintaa ohjasi opinnäytetyöntekijän mielenkiinto sekä toimeksiantajan tarve lisäkoulutustarpeiden kartoittamisesta.

Vastuu painehaavojen ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä kuuluu pääasiassa hoitohenkilökunnalle (Diriba ym. 2019). Osaamista arvioimalla ja sen perusteella suunnitelluilla koulutuksilla voidaan varmistaa hoitohenkilökunnan tieto- ja taitoperusta sekä ammatillinen sitoutuminen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015). Kansainvälisistä tutkimuksista (esim. Beeckman ym. 2011) on löydetty merkittäviä puutteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä.

Eräässä tutkimuksessa (Diriba ym. 2019) hoitajilla todettiin eniten tietoa ravitsemukseen liittyvistä asioista. Vähiten tietämystä oli etiologista ja painehaavojen kehittymisestä ja painetta vähenevistä hoitotoimenpiteistä. (Diriba ym. 2019.) Tässäkin opinnäytetyössä kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat hyvin tietävänsä ravitsemuksen merkityksestä painehaavojen synnylle. Parhaiten tiedettiin kuitenkin siitä, mitä pidätyskyvyttömyys merkitsee painehaavojen synnylle ja mitkä kehon kohdat ovat erityisen alttiita painehaavojen syntymiselle. Kohderyhmän tiedot painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä olivat ilmeisen hyvällä tasolla.

Hoitotyön kulmakivenä toimii näyttöön perustuva toiminta. Haasteena on kuitenkin koettu se, miten olemassa oleva tieto saadaan siirrettyä käytäntöön. (Samuriwo 2010.) Tämänkin opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että haasteena on ollut saada hyvä tietoperusta siirrettyä käytännön taidoiksi osaston painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Epävarmuutta löytyi muun muassa makuualustojen ja istuintynyjen käytöstä ja lääkinnällisten laitteiden vaikutuksesta painehaavojen synnylle. Lähtökohtana painehaavojen ennaltaehkäisevässä hoitotyössä on tunnistaa riskipotilaat ja tässä voidaan käyttää apuna riskiluokitusmittaria (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 11-12). Tässä työssä puutteita löytyi myös painehaavojen riskiarvioinnissa ja harva hoitajista käytti apunaan tälle tarkoitettua riskiarviointimittaria. Asentohoitoon liittyvät taidot ja ihon arviointi oli puolestaan hyvin hallussa. Puutteellisen kirjaamisen vuoksi painehaavojen todellista esiintyvyyttä on haasteellista

arvioida potilastietojärjestelmien avulla (Hietanen & Juutilainen 2018,323). Tämän opin-
näytetyön tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että kirjaaminen ihossa tapahtuvista muutoksista
arvioitiin olevan hyvällä tasolla.

Asenteista on löydetty merkittävä korrelaatio annetun hoitotyön määrään (Samuriwo
2010). Myös tiimityöllä ja työhön sitoutumisella on vaikutusta painehaavojen ennaltaeh-
käisevään hoitotyöhön ja niin näissäkin tuloksissa kävi ilmi, että työkollegojen työpanok-
sella on vaikutusta omaan työhön. Tässä työssä saadut tulokset koskien asenteita osoit-
tivat, että vastaajien yhtenä vahvuutena on myönteinen asennoituminen painehaavoja
ennaltaehkäisevään hoitotyöhön. Pitkän työkokemuksen omaavien hoitotyöntekijöiden
on todettu suhtautuvan myönteisemmin painehaavojen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön
(Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus
2015, 25). Tässä opinnäytetyössä vastauksia ei saatu alle 5 vuotta terveydenhuollossa
työskennelleeltä, joten vertaavaa tulosta ei saatu.

Aikaisempien tietojen mukaan sairaanhoitajien tiedot painehaavojen ennaltaehkäise-
västä hoitotyöstä olisivat kattavammat kuin lähihoitajien (Painehaavan ehkäisy ja tunnis-
taminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015, 25). Tässä opinnäyte-
työssä saadut tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että lähihoitajat ja perushoitajat ovat
arvioineet omat tietonsa, taitojensa ja asenteensa olevan hieman paremmalla tasolla
kuin sairaanhoitajien, fysioterapeuttien tai toimintaterapeuttien. Keskiarvojen erot työteh-
tävien välillä olivat kuitenkin pieniä.

Painehaavoja esiintyy edelleen suurissa määrin ja ennaltaehkäisevällä hoitotyöllä on
suuri vaikutus niiden esiintyvyyteen. Jatkossakin tarvitaan siis ammatillista uusiutumista.
Opinnäytetyön aikana saatiin hyödyllistä tietoa hoitohenkilökunnan tämänhetkisistä tie-
doista, taidoista ja asenteista painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Näiden
tietojen pohjalta on hyvä lähteä suunnittelemaan jatkokoulutuksia. Osaston tiedot kos-
kien painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä olivat hyvällä mallilla mutta joitain käy-
tännön toimia olisi hyvä kerrata. Jatkokoulutus voisi olla tyypiltään kertausharjoitus, jossa
käytäisiin läpi hoitosuositukset. Jatkokoulutuksessa olisi hyvä keskittyä käytännön tai-
toihin, joista löytyi epävarmuutta. Epävarmuudet koskivat etenkin lääkinällisiä laitteita,
istuintyynyjä sekä makuualustoja ja riskiarviointia. Opinnäytetyön tekijän suositus on,
että jokin painehaavojen riskimittareista otettaisiin yhteiseen käyttöön ja tästä tarjottaisiin
riittävä koulutus. Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää miten täydennyskoulutus on vah-
vistanut hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista.

LÄHTEET

Allen, T.; Chaboyer, W.; Jones, P.; McInnes, E. & Murray, E. 2014. The role of patients in pressure injury prevention: a survey of acute care patients. BMC Nursing Vol. 13, No. 41. Saatavilla verkossa <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/41>

Asikainen, P.; Hjerpe, A.; Kauko, T.; Koivunen, M. & Luotola, E. 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede Vol. 29, No. 1, 51 – 63

Beeckman, D.; Defloor, T.; Schoonhoven, L. & Vanderwee, K. 2011. Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. Worldviews on Evidence-Based Nursing, Vol. 8, No. 3, 166 - 176

Borg, C.; Borglin, G.; Hellström, Y.; Holst, G.; Fagerström, C. & Willman, A. 2010. Quality of care: Prevention of pressure ulcers – Nursing students facilitating evidence-based practice. Vård i Norden Vol. 30, No. 95, 40 – 42

Chaboyer, W.; Desbrow, B. & Roberts, S. 2016. Feasibility of a patient-centred nutrition intervention to improve oral intakes of patients at risk of pressure ulcer: a pilot randomised control trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences Vol. 30 No. 1, 271 – 280

DiFiore, L.A.; Duffy, M.M.; Hanna, D.R. & Paraszczuk, A-M. 2016. Learning about Turning: Report of a Mailed Survey of Nurses' Work to Reposition Patients. Medsurg Nursing Vol. 25, No. 4, 219 – 223

Diriba, A.M.; Getahun, F.H. & Werku, E.E. 2019. Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design. BMC Nursing Vol. 18, No. 20, 1 – 20

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 19.11.2019 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

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

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Kananen, J. 2011. Kvantti – Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYproOy

Kataja, M.P. 2015. Painehaava jää usein tunnistamatta. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 28.11.2019 <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/painehaava-jaa-usein-tunnistamatta/>

Kunnan kotisivut. 2013

Lumio, J. 2018. Painehaavat eli makuuhaavat. Käypä hoito – suositus. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 5.10.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Osastonhoitaja terveystieteiden osastolla. 2019. Henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2019

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015. Viitattu 5.10.2019. Saatavilla: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>

Peltonen, M-L. 2019. Painehaavariskimittarit tukena painehaavariskin arvioinnissa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 28.11.2019 http://www.eppshp.fi/files/11070/Painehaavariskimittarit_tukena_painehaavariskin_arvioinnissa.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Sisällönanalyysi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. Viitattu 2.12.2019 https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Samuriwo, R. 2010. Effects of education and experience on nurses' value of ulcer prevention. British Journal of Nursing Vol. 19, No. 20, 8-18

Soppi, E. 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteellinen aikakauskirja. Viitattu 26.8.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 19.11.2019 <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Vastaa alla oleviin taustakysymyksiin (1-3) rastittamalla vaihtoehto, joka kuvaa itseäsi parhaiten.

1. Työtehtävä

- ☐ Sairaanhoidaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti
- ☐ Lähihoitaja/perushoitaja

2. Työkokemus terveydenhuollossa

- ☐ Alle 5 vuotta
- ☐ 5 – 10 vuotta
- ☐ Yli 10 vuotta

3. Työkokemus nykyisessä työyksikössä

- ☐ Alle 5 vuotta
- ☐ 5 – 10 vuotta
- ☐ Yli 10 vuotta

Kysely koostuu 42:sta väittämästä. Pyydän sinua vastaamaan jokaiseen kohtaan rastittamalla vastausvaihtoehto (1= täysin eri mieltä, 2 = osittain eri mieltä 3= osittain samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä), joka kuvaa omaa hoitotyötäsi parhaiten.

Kohdissa 12, 39 ja 40 käsitellään lääkinnällisiä hoitovälineitä ja – laitteita. Näillä tarkoitetaan kaikkia instrumentteja, laitteistoja ja vastaavia tarvikkeita, joita käytetään esimerkiksi diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon tai oireiden lievitykseen. Tässä kyselyssä lääkinnällisellä laitteella tarkoitetaan myös hoitotarvikkeita, kuten happimaskeja.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
4.Tiedän mitkä kehon kohdat ovat erityisen alttiita painehaavan syntymiselle.				
5. Tiedän potilaan pidätyskyvyttömyyden merkityksen painehaavojen synnyssä.				
6.Tiedän, miten lämpötila vaikuttaa painehaavan syntyyn.				
7.Tiedän, miten kosteus vaikuttaa painehaavan syntyyn.				
8.Tiedän ravitsemuksen merkityksen painehaavoja ennaltaehkäisyssä.				

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
9.Tiedän, miten pystyn vaikuttamaan potilaiden tarpeenmukaiseen ravitsemukseen.				
10.Tiedän, milloin potilaan päivittäinen energiantarve on lisääntynyt.				
11.Tiedän, miten makuualustoilla ja istuintyynyillä voidaan ennaltaehkäistä painehaavoja.				
12.Tiedän, miten lääkinälliset laitteet aiheuttavat painehaavariskin.				
13.Tiedän, mistä löydän tarvittaessa lisätietoja painehaavojen ennaltaehkäisystä.				
14.Teen painehaavan riskiarvioinnin heti tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta.				
15.Toistan riskiarvioinnin, jos potilaan tilassa tapahtuu mikä tahansa merkittävä muutos.				
16.Teen painehaavojen ehkäisy suunnitelman painehaavariskipotilaille.				
17.Käytän työssäni <u>Bradenin</u> riskiluokitusmittaria.				
18.Käytän työssäni Jackson ja <u>Cubbin</u> painehaavariskimittaria.				
19.Käytän työssäni Nortonin riskiluokitusmittaria.				
20.Käytän työssäni <u>Shape Risk Scale</u> – mittaria.				
21.Käytän painehaavan riskiarvioinnissa kliinistä tutkimusta.				
22.Arvioin potilaiden ihon kuntoa päivittäin.				
23.Havaitsen painehaavan ensimmäiset merkit ihon ja kudosten muutoksina.				
24.Valitsen oikeat toimenpiteet huomioituani muutoksen ihon tai kudoksen kunnossa.				
25.Kirjaan ihossa tehdyt huomiot potilaan hoitosuunnitelmaan.				
26.Kirjaan ihossa huomioidut muutokset potilaan päivittäiskirjauksiin.				
27.Huomioin makuu- ja istuinalustaa valitessa sen vaikutuksen ihon kosteuteen ja lämpötilaan.				
28.Käytän ravitsemustilaa arvioivaa mittaria painehaavaa arvioivan riskimittarin lisäksi.				
29.Huomioin ravitsemuksen potilaan hoitosuunnitelmassa.				

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
30. Lasken potilaan päivittäisen energiatarpeen painon mukaan.				
31. Toteutan asentohoitoa painehaavariskissä olevien potilaiden kohdalla.				
32. Arvioin potilaan ihon kuntoa aina, kun potilaan asentoa muutetaan.				
33. Huomioin asentohoidossa potilaan liikuntakyvyn.				
34. Huomioin asentohoidossa kudosten paineensietokyvyn.				
35. Potilaan terveydentilan salliessa, kannustan häntä omatoimiseen asentohoitoon.				
36. Arvioin makuualustan tai istuintyynyn toimivuuden käytön aikana.				
37. Tunnistan makuualustasta tai istuintyynystä aiheutuneet komplikaatiot.				
38. Jatkan potilaan asentohoitoa, painetta jakavasta makuualustasta huolimatta.				
39. Valitsen lääkinnälliset laitteet niin, että ne aiheuttavat mahdollisimman vähän paineesta ja/tai venytyksestä johtuvia vaurioita.				
40. Tarkistan lääkinnällisten laitteiden alla ja ympärillä olevan ihon vähintään kerran vuorossa.				
41. Pystyn vaikuttamaan painehaavojen syntyyn antamalla riittävät ohjeet potilaan kotiutuessa.				
42. Painehaavojen ennaltaehkäisy on tärkeä osa työtäni.				
43. Työpaikallani panostetaan painehaavoja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön.				
44. Olen motivoitunut painehaavojen ennaltaehkäisevään hoitotyöhön.				
45. Muiden hoitajien painehaavoja ennaltaehkäisevä hoitotyö vaikuttaa omaan motivaatiooni painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä.				
46. Toimin tavoitteellisesti hoitotyössäni ennaltaehkäisten painehaavoja.				

4. Mitä muuta haluat kertoa painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoitotyöstä?

Kiitos osallistumisestasi!

Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Painehaavat ovat yleisiä, mutta estettävissä olevia, kudosvaurioita. Hoitotyössä tulisikin panostaa painehaavojen ennaltaehkäisyyn, sillä niillä on suuri vaikutus potilaan yleistiilaan ja elämänlaatuun. Tavoitteena on saada tietoa hoitotyöstänne ja tämän avulla kehitetään osaston haavahoitotyötä. Vastaamalla kyselyyn pystyt vaikuttamaan jatkossa tarjottavien haavanhoitokoulutusten sisältöön.

Kysely on osa Turun ammattikorkeakoulussa tehtävää opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa hoitohenkilökunnan tietoja, taitoja ja asenteita painehaavoja ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. Lupa kyselyyn on saatu apulaisosastonhoitajalta. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyn vastaukset vastaanotetaan ja käsitellään vastaajien anonymiteettia kunnioittaen. Valmis opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi sekä esitetään osastokokouksessa.

Kyselyn vastaamiseen menee noin 15 minuuttia. Täytetyn kyselyn voit palauttaa kirjekuoressa osaston taukahuoneesta löytyvään palautuslaatikkoon. Vastausaikaa on 22.11.2019 asti.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat yliopettaja Tiina Pelander (tiina.pelander@turkuamk.fi) ja lehtori Liisa Kosonen-Karesto (liisa.kosonen-karesto@turkuamk.fi).

Vastaan mielelläni kysymyksiin opinnäytetyöstä tai osastolla suoritettavasta kyselystä.

Kiitos osallistumisestasi!

Ann-Sofie Pajunen

Sairaanhoitajaopiskelija, Turun ammattikorkeakoulu

annsofie.pajunen@edu.turkuamk.fi