

Patricia Ström, Satu Patrikainen

Sairaanhoidtajien käsityksiä painehaavoista teho-osastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja AMK

Ensihoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Toukokuu 2018

Tekijä(t) Otsikko	Patrikainen Satu, Ström Patricia Sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista teho-osastoilla
Sivumäärä Aika	20 sivua Toukokuu 2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK, Ensiohittaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma Ensiohoidon koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Montin Liisa, lehtori, TtT, sh
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista teho-osastoilla. Tavoitteena oli, että saatua tietoa voidaan hyödyntää tehohoidossa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Opinnäytetyö tehtiin osana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Metropolian Ammattikorkeakoulun yhteistyötä.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmänä käytettiin valmiiksi luotua tietotestiä. Tietotestit jaettiin kolmelle eri ennalta määritellylle HUS sairaanhoitopiirin teho-osastolle. Tietotestejä jaettiin yhteensä 110 kappaletta. Vastattuina kyselylomakkeita palautui yhteensä 38 kappaletta (34 %). Aineisto kerättiin sairaanhoitajilta, jotka työskentelivät teho-osastolla. Vastausaika oli kaksi viikkoa. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin, käyttäen SPSS ohjelmaa.</p> <p>Tietotestin tulosten mukaan parhaiten sairaanhoitajat tiesivät asentoon ja liikkumisen, sekä ihon kuntoon vaikuttavia tekijöitä painehaavojen ehkäisyssä. Hyvin tunnistettiin myös painehaavan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Ravitsemuksen merkitys painehaavojen ehkäisyssä tunnistettiin heikoiten.</p> <p>Voidaan siis todeta, että tietotestin tuloksissa sairaanhoitajien tietämys painehaavoista ja niiden ehkäisystä on hyvällä tasolla. Aikaisempiin tutkimustuloksiin verraten tietotestin tuloksissa oli yhtäläisyyksiä.</p>	
Avainsanat	Ennaltaehkäisy, painehaava, sairaanhoitaja, teho-osasto

Author(s) Title	Nurses' Perceptions about Pressure Ulcer in Intensive Care Units.
Number of Pages Date	20 pages May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Healthcare, Emergency Care
Specialisation option	Nursing, Emergency Care
Instructor	Montin Liisa, Senior Lecturer, PhD, RN
<p>The purpose of this thesis was to describe nurses' perceptions about pressure ulcer in Intensive Care Units. The aim of this thesis is that the results can be used develop prevention of pressure ulcers in Intensive Care Units. The thesis was done in collaboration with Metropolia University of Applied Sciences and The Hospital District of Helsinki and Uusimaa.</p> <p>In this thesis the research method was quantitative. The data was collected by using knowledge test. The questionnaire was given personally in three Intensive Care units for 110 nurses' and 38 answered. The response time was two weeks. The material was collected by nurses' that work in Intensive Care Units. The results were analyzed by statistical methods, using SPSS program.</p> <p>Based on the results by test data, nurses' knowledge about pressure ulcer and prevention is in good level. However, the meaning of nutrition in prevention of pressure ulcers was identified weakly. The signs of pressure ulcer developing were recognized well in basic level.</p> <p>Based on the results by the test data, nurses' knowledge about the meaning of posture, mobility and skin condition in prevention of pressure ulcer is in good level. The signs of pressure ulcer developing were recognized well in basic level. However, the meaning of nutrition in prevention of pressure ulcer was recognized weakly.</p> <p>As a conclusion, it can be said that nurses' knowledge is in good level in pressure ulcer prevention, based on the knowledge test results.</p>	
Keywords	pressure ulcer, prevention, intensive care unit, nurse

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Painehaavan tunnistaminen hoitotyössä	2
3	Aikaisempi tutkimustieto	5
4	Tehohoidon määrittely	7
4.1	Ravitsemus tehohoidossa	8
5	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	8
6	Opinnäytetyön toteutus	8
6.1	Aineistokeruumenetelmä	9
6.2	Aineiston keruu	9
6.3	Aineiston analyysi	10
7	Tulokset	10
7.1	Vastaajien taustatiedot	10
7.2	Tietotestin tulokset	10
8	Pohdinta	13
8.1	Tulosten pohdinta ja tarkastelu	13
8.2	Luotettavuuden pohdinta	15
8.3	Eettisyyden pohdinta	16
8.4	Yhteenveto	18
	Lähteet	19

1 Johdanto

Painehaavoja on tunnistettu 5000 vuotta vanhoilla Egyptiläisillä muumioilla (Agrawal – Chauhan 2012.) jonka vuoksi voidaan todeta, että painehaavat eivät ole uusi ongelma. Ajan myötä, kun lääketiede ja teknologia on kehittynyt, painehaavojen ennaltaehkäisy ja hallinta on johtanut parantumisennusteen kehitykseen. (Lumbers 2017.)

Painehaavaksi määritellään alue, jossa kudokseen on syntynyt kuolio. Kun kudoksesta on pitkään paineen alla, verenkierto heikkenee. Painehaavat ovat kolmanneksi hoidetuimpia terveydenhuollossa. Erityisesti ikäihmisillä jotka ovat vuodepotilaita, painehaavat ovat iso ongelma. Painehaavat aiheuttavat kärsimystä potilaalle henkisesti, sekä psyykkisesti ja pidentävät sairaalajaksoja, sekä toipumista. Painehaavat aiheuttavat myös terveydenhuollossa merkittäviä kuluja ja nostavat lisäsairauksien riskejä. (Mallah – Nassar – Kurdahi Badr 2015: 106.)

Erikoissairaanhoidossa esiintyvistä painehaavoista yli puolet jää havaitsematta tai tunnistamatta. Painehaavat aiheuttavat kärsimystä, ylimääräistä työtä, pitkittyneitä hoitojaksoja, lisäkuluja ja lisäksi lisäävät kuolemanvaaraa. (Kinnunen ym. 2017: 169.)

Painehaavojen riskiä lisää erityisesti akuutin vamman tai sairauden vuoksi vuodepotilaaksi joutuminen. Akuutin vamman tai sairauden myötä liikuntakyky heikkenee. Erityisesti tehohoitoa tarvitsevien riski painehaavoille on korkea. Yli 65-vuotiaalle syntyy 70 % painehaavoista. Ikääntyneillä liikkumisen ja vitaalielintoimintojen heikkeneminen nostaa riskiä painehaavojen syntymiselle. Pitkäkestoiisiin leikkauksiin liittyy suurentunut riski painehaavojen syntymiselle, vaikkei potilaalla olisi muita riskitekijöitä. (Juutilainen – Hieta-
nen 2016: 301-304.)

Tehohoidon keskimääräinen kustannus yhdellä potilaalla on noin 3000 euroa. Esimerkiksi vaikeassa sepsiksessä tai hengitysvajauksessa laatu- ja elinajan hinta on 2000 euroa. Suomessa tehokkuus on laskenut kymmenessä vuodessa 20 %. Lähes 90 % tehohoidossa hoidetuista potilaista selviää elossa sairaalasta. (Karlsson – Ala-Kokko – Pettilä – Tallgren – Valttonen 2017: 8.)

Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaamista, sekä systemaattisen koulutus-intervention merkitystä osaamiselle on tutkittu. Vastauksissa huomattiin kouluttamattomilla hoitajilla osaamisen puutteita painehaavaluokkien tunnistamisessa, sekä ihon kunnon havainnoimisessa, kun iholle ilmaantuu merkkejä painehaavasta. Tämä todettiin tilastollisesti merkittäväksi eroksi. (Koivunen – Luotola – Hjerppe – Kauko – Asikainen 2017: 56-57.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajan käsityksiä painehaavoista teho-osastoilla. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) teho-osastoilla.

2 Painehaavan tunnistaminen hoitotyössä

Vuosittain hoidetaan Suomessa arvioilta 55 000-80 000 potilasta joilla todetaan painehaava. Painehaavoista johtuvat kustannukset ovat 350 - 520 miljoonaa euroa eli noin 2-3 % terveydenhoitomenoista. Painehaavojen ehkäisyn kustannuksista on noin 10 % hoidon kustannuksista. Eri terveydenhuollon yksiköissä todetaan painehaavoja 5-25 %: lla. (Soppi 2016.) Kriittisesti sairaan potilaan hoidossa on tärkeää tunnistaa painehaavojen riskitekijät. Tärkeää on myös tunnistaa potilaat, joilla on suurentunut riski painehaavoille. Hoidossa ja painehaavojen ehkäisyssä on tärkeää, että sairaanhoitajilla on yhteinen ymmärrys riskeistä, jotta niitä voidaan ehkäistä. Usein painehaavojen ehkäisyssä tunnustetaan korkean riskin potilaat. Potilaat joilla on pieni riski painehaavoille, tunnustetaan heikoiten (Xiaohong – Ting – Ailing 2017: 2.)

Painehaavat syntyvät usein jo ensihoidossa, sekä akuuttihoitossa annetussa hoidossa. Nähtävillä oleva kudosaaurio ilmenee vasta jatkohoitopaikassa, jolloin vastuu haavasta siirtyy jatkohoitoon. Usein siis saatetaan uskoa, että hoidon alkuvaiheen antava taho ei ole syynä painehaavojen syntyyn. Suomessa ihon kuntoa arvioidaan hyvin vähän hoidon alkuvaiheessa ja loppuvaiheessa, eikä tuloksia kirjata. Tehohoitoon tulevista potilaista 3-5 %:lla potilaista on painehaava ja tehohoidon aikana painehaava kehittyy 4-7 %:lle potilaista. Tämä tarkoittaa sitä, että esiintyvyys painehaavan ehkäisyyn perehtymisessä yksikössäkin on noin 10 %. Kun ottaa huomioon potilaskunnan erot ja tavanomaisten hoitoyksiköiden luvut, ovat tehohoidon tulokset valtavat. (Soppi 2014.)

Iholla ilmenevää kudosisauriota kutsutaan painehaavaksi. Painehaava syntyy, kun paine, kitka ja kudosten venyminen estää verenkierron kudoksessa. Kudosisaurion syntyyn vaikuttavat ihon kosteus ja potilaan yksilöllinen alttius. Ristiselkä, lonkat, istuinkyhmyjen, sekä kantapäiden ulkoisten luisten ulokkeiden kohdilla ovat yleisimpiä painehaavojen syntyäpaikkoja. Potilaat jotka jäävät akuutin sairauden tai vammautumisen yhteydessä vuodepotilaaksi, ovat erityisen alttiita saamaan painehaavoja. Lonkkamurtumapotilailla, teho-osastohoitoa vaativilla potilailla, sekä selkäydinvammaisilla painehaavojen ilmaantuvuus voi vaihdella jopa 20 - 50 % välillä. Lantion alueelle syntyy yli puolet painehaavoista. Alaraajoilla sijaitsee noin kolmannes painehaavoista. Yläraajat ja kasvot ovat epätyypillisiä paikkoja ja näihin saattaa ilmaantua painehaavoja akuutin sairastumisen yhteydessä, esimerkiksi potilaan maattua kovalla alustalla useita tunteja. (Juutilainen – Hietanen 2016: 300-301.)

Kudoksessa voidaan havaita ihon punoitusta, verenkierron estyessä lyhyenkin ajan jälkeen. Tällöin voidaan havaita ihon kuumotusta, kiinteyttä ja turvotusta. Tämä tarkoittaa hapenpuutteen jälkeisestä verenkierron lisääntymisestä. Hapenpuute lisää tulehdusreaktiota ja kudosisauriota. Kudosisaurio tapahtuu ensin syvällä luisen ulokkeen tuntu-massa olevaan lihakseen tai rasvakudokseen. Lihas ja rasvakudos sietävät huomattavasti hapenpuutetta kuin pinnalla oleva iho. Tämän vuoksi usein kudosisaurio on tapahtunut jo syvällä. Pinnallisesti vaikutus nähdään vasta myöhemmin. Aikaraja kudosisauriolla voi olla 30 minuutista noin neljään tuntiin. Kudosisaurion synnyssä on oleellista pitkittynyt hapenpuute. (Juutilainen – Hietanen 2016: 302-303.)

Painehaavat jaotellaan eri luokitusasteisiin. Luokittelulla pyritään parantamaan kliinistä, sekä tutkittua työtä. Painehaavojen laajuutta tilastoidaan ja arvioidaan hoitolaitoksissa. Tästä johtuen luokittelu helpottaa haavojen vertailua keskenään. Hyvällä luokittelulla edistetään haavan ennustetta ja hoidon linjausta. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ja European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ovat uuden kansainvälisen painehaavaluokituksen pohjana joiden luokitukset perustuvat painehaavan syvyyteen. Tarkoituksena on selvittää mihin haava tai kudosisaurio anatomisessa rakenteessa ulottuu syvyyssuunnassa. Haavan infektio tai nekroosi ei vaikuta luokitukseen. Luokituksella tavoite ei ole arvioida haavan paranemisprosessia. Tarkoituksena on selvittää tulkinnallisesti epäselvien ihovaurioiden määrittelyä ja tunnistamista. NPUAP- ja EPUAP-luokituksessa on neljä astetta ja kaksi lisäluokkaa (taulukko 1). Haavaluokituksessa 4. asteen haava ei voi muuttua toisen tai kolmannen asteen haavaksi paranemisen myötä. (Juutilainen – Hietanen 2016: 208-209.)

Taulukko 1. Taulukko 1. Painehaavojen NPUAP-EPUAP-syvyysluokitus (Haavahoidon periaatteet 1.-3. painos s.309)

1. aste	Ihon vaalenematon punoitus joka havaitaan usein luisen ulokkeen kohdalla. Alue voi olla ympäröivää kudosta lämpimämpi tai viileämpi sekä lisäksi kiinteä, pehmeä tai kivulias. Punoitus on merkki tai uhka painehaavan syntyisestä.
2. aste	Ihon pinnallinen vaurio on haava, joka ulottuu epidermikseen ja dermikseen. Haavassa ei ole katetta ja siinä on punainen tai vaaleanpunainen pohja. Haavassa voi myös olla rakkula, joka on kudoksen nesteen tai verensekaisen nesteen täyttämä. Tässä tilanteessa ei ole mustelmaa vaan alue on kiiltävä ja kuiva pinnallinen haavauma.
3. aste	Koko ihon läpäisevä vaurio jossa subkutaaninen eli ihonlainen rasva voi olla näkyvissä. Faskia eli lihaskalvo on ehjä. Kate ei ehkäise haavan syvyyden näkyvyyttä. Tässä asteessa saattaa esiintyä onkaloitumista ja haavataskuja. Rasvakudosta runsaasti ilmenevissä alueilla voi olla laajoja ja syviä vaurioita kun taas rasvakudosta vähän ilmenevällä ihoalueella haava ei ole syvä.
4. aste	Ihon, ihonalaiskudoksen ja lihaskalvon läpäisevä vaurio on aste, jossa luu, lihas, jänne tai nivel on nähtävissä. Haava on nekroottinen, katteinen ja siinä on onkaloita ja haavataskuja. Luuytimessä tai luussa voi olla luutulehdusta havaittavissa.
	Luokittelematon painehaava on koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon. Tässä tilanteessa ei nähdä haavan todellista syvyyttä ennen kuin kate ja nekroottinen alue on poistettu, jotta haavan pohja saadaan näkyviin.
	Epäily syvien kudosten vauriosta ilmenee, kun iholla on nähtävissä punaruskea tai paikallinen sinertävä ihomuutos. Pehmytkudoksen paine tai venymisen aiheuttaa tämän muutoksen. Tummaihoisilta potilailta on vaikea havaita syvän kudoksen vaurioita. Hyvästä hoidosta huolimatta haava voi paljastaa allaan olevia kudoksenkerroksia.

Haavojen ehkäisy on taloudellisesti tehokkain tapa vähentää painehaavoja. Potilaan yksilöllisten tekijöiden tunnistaminen ajoissa on tärkeää. Painehaavojen ehkäisyssä tulee ottaa huomioon asentohoito, yleinen terveys, erikoisapuvälineet, ravitsemus, haavariskin ja ihonkunnon arviointi, sekä hoito. Tajuttomuuden, vaikean yleissairauden tai selkäydinvammaisen potilaan liikuntakyvyttömäksi joutuminen lisää painehaavojen riskiä. Erilaiset mittarit ja apuvälineet ovat osa riskin arviointia, eikä se yksistään ehkäise painehaavojen syntyä. (Juutilainen – Hietanen 2016: 312-313.)

3 Aikaisempi tutkimustieto

Painehaavat ovat olleet ongelma terveydenhoidossa jo satojen vuosien ajan. Painehaavoja on pidetty 1980-luvulla merkinä huonosta hoidon laadusta. Erityisesti aivoverenkierohäiriötä sairastavat, selkäydinvammaiset tai onnettomuudessa vammautuneilla on suurentunut riski painehaavoille. (Waugh 2014: 350-351.) Painehaavat ovat iso uhka kriittisesti sairailta potilailta. Painehaavojen esiintyvyyttä ja ennaltaehkäisyä on tutkittu paljon. Vaikka lääketiede on kehittynyt paljon, kriittisesti sairaiden potilaiden määrä kasvaa edelleen. Teho-osastoilla joissa potilaat ovat usein nukutettuna ja hoito voi olla pitkittynyt. Myös vahvasti lääkityt, sekä potilaat jotka ovat hemodynaamisesti epävakaita, ovat suurimmassa riskiryhmässä saada painehaavoja. (Xiaohong ym. 2017: 1.)

Vuonna 1992 kehitettiin ohjeita sairaanhoitajille. Niiden tarkoitus oli ennaltaehkäistä painehaavojen syntyä. Ennaltaehkäisyssä tulee tunnistaa ihoon kohdistuvan paineen määrä ja aika. Ohjausta tarvitaan riittävään ravitsemukseen. Havaittiin, että painehaavojen ehkäisyssä vaikuttivat sairaanhoitajien asenteet. Rutiinien puute heikentää hyvää ehkäisyä painehaavojen synnyssä. Erimielisyydet sairaanhoitajien välillä toteutettavasta hoidosta haittasi painehaavojen ehkäisyssä. Hoitohenkilökunnalla ei myöskään ole riittävästi aikaa tai resursseja toteuttaa ennaltaehkäisevää hoitoa. (Waugh 2014: 353.) Tutkimuksissa havaittiin, että hoitohenkilökunnalla osaaminen on vain kohtalaisen hyvällä tasolla painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Myös havainnointi painehaavojen synnyssä ja vaikuttavissa tekijöissä osattiin. Heikoiten huomattiin osaaminen painehaavojen luokittelussa. Erikoissairaanhoidossa myös tulee kiinnittää erityisesti huomiota hoitajien osaamiseen painehaavojen ehkäisyssä ja riskien tunnistamisessa. (Koivunen ym. 2014: 14.)

Tehohoidossa painehaavat ovat potentiaalinen ongelma tehohoidossa olevilla potilailla. Ennaltaehkäisy on todella tärkeää. Tutkimuksen osallistui yhteensä 169 teho-osaston potilasta. Tutkimus tehtiin eri tehohoidon osastoilla. Tutkimustuloksissa havaittiin suureksi riskitekijäksi patjat joilla potilas makaa. Erityisesti vaahtomuovipatjalla makaavat potilaat ovat suuressa riskiryhmässä. Ennaltaehkäisynä käytettiin suosituksiin kuuluvia ihon seurantaa, hyvää ihon rasvausta, ravitsemuksen huomioimista ja asentohoitoa. Mitareina käytettiin kansainvälistä EPUAP painehaavariskiluokitusmittaria. Potilaista 8,8 %:lla sovellettiin hierontaa hoitotyössä. Hierontaa ei käytetä kansainvälisenä ohjeena painehaavojen ehkäisyssä. Painehaavojen yleinen esiintyvyys oli 27 % potilaista. Jopa 87

% potilaista oli suuri riski painehaavoille. Kirurgisilla potilailla oli erityisen suuri riski painehaavoille. Tässä tutkimuksessa ehkäisykeinoina käytettiin erikoispatjoja ja sänkyjä. Erikoistyyneillä (geeli, vesi, vaahto, ilma) huomattiin myös olevan vaikutusta painehaavojen ehkäisyssä. (Shahin – Halfens 2009: 370-374.)

Turkin yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin tehohoidon yksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien käsitystä painehaavan ennaltaehkäisyyn. Tutkimukseen osallistui yhteensä 73 sairaanhoitajaa. Suurin osa vastaajista (68 %) eivät olleet vielä valmistuneita sairaanhoitajia. Vastaajista 43 % olivat työskennelleet teho-osastolla 2-6 vuotta. Vastaajista reilu puolet (56 %) olivat kohdanneet usein teho-osastoilla painehaavoja. Merkittäväksi eroksi painehaavojen ehkäisyn osaamisessa oli sairaanhoitajien koulutustaso. Korkeammin koulutetuilla ja korkeamman työkokemuksen omaavilla hoitajilla oli selkeästi paremmat tulokset verrattuna alemmin koulutetuilla tai vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla. Lisäkoulutuksien merkitys oli myös huomattava. Vähemmän koulutuksia käyneillä hoitajilla oli selkeästi heikommat tulokset. (Köse – Yesil – Öztunc – Eskimez 2016: 681-682)

Erikoissairanhoidon osastolla havaittiin koulutuksen jälkeen osaaminen paremmaksi painehaavojen ehkäisyssä. Apuvälineistä johtuviin painehaavoihin toivottiin enemmän koulutusta. Lisätietoa yleisesti painehaavoista tarvitaan enemmän. Asentohoidossa, kirjaamisessa ja psyykkisen tilan huomioimisessa tarvitaan vähiten koulutusta. Ravitsemuksen merkitys painehaavojen ehkäisyssä havaittiin tarvetta koulutukselle. Painehaavojen tarkkailun kirjaamisessa oli vähiten koulutustarvetta. (Koivunen ym. 2017: 56-57.) Osaamisen vertailussa havaittiin, että osaaminen oli jonkin verran alentunutta niillä hoitajilla, jotka eivät osallistuneet koulutukseen. Eri osa-alueissa todettiin osaamispisteissä alentuneet keskiarvot niillä hoitajilla, jotka eivät olleet osallistuneet koulutukseen, verrattuna niiden hoitajien vastauksiin jotka osallistuivat koulutukseen. Vastauksissa huomattiin kouluttamattomilla hoitajilla osaamisen puutteita painehaavaluokkien tunnistamisessa, sekä ihon kunnon havaitsemisessa painehaavojen ehkäisyssä. Tämä todettiin tilastollisesti merkittäväksi eroksi. (Koivunen ym. 2017: 60.)

Brasilialaisessa yliopistollisen sairaalan tehohoidonyksiköissä selvitettiin sairaanhoitajien suunnitellut ja toteuttamat toimet painehaavojen ehkäisyssä. Tutkimukseen osallistui yhdeksän sairaanhoitajaa. Neljä sairaanhoitajaa olivat käyneet tehohoitoon erikoistuvia kursseja. Tuloksissa havaittiin merkittäviä toimia, joilla ehkäistiin painehaavojen riskiä. Lakanat eivät saa olla joustavia ja lakanoita tulee vaihtaa usein puhtaisiin. Riskitekijöinä

havaittiin kostea iho, kitka, sekä samassa asennossa pysyminen enemmän kuin kaksi tuntia. Menetelmiä painehaavan ennaltaehkäisyyn havaittiin lakanoiden hyvällä petämisellä, luisen alueiden hyvä suojaaminen, sekä asennon muuttamisella vuoteessa kahden tunnin välein. Tutkimuksessa havaittiin, että ennaltaehkäisyillä toimenpiteillä voidaan vähentää painehaavojen kustannuksia jopa 45 %. (Rolim – Vasconcelos – Larcher-Caliri – Beserra da Costa Santos 2013.)

4 Tehohoidon määrittely

Tehohoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa tuetaan potilaan elintoimintoja. Tehohoitoa annetaan teho-osastoilla, jonka tavoitteena on potilaan hengen pelastaminen. Potilaat tarvitsevat vaikean vammautumisen tai vaikean sairastumisen vuoksi elintoimintojen (hengityksen, veren hyytymisen, verenkierron, munuaisten ja maksan) tukemista. (Blomster – Mäkelä – Ritmala-Castren – Säämänen – Varjus 2001: 5.) Suuren leikkauksen jälkeen voidaan suunnitellusti antaa tehohoitoa. Tehohoitoa annetaan vain silloin kun oletetaan hengenvaarallisen tilan olevan ohimenevä ja potilaalla on tehohoidon jälkeen mahdollisuus laadukkaaseen omatoimiseen elämään. (Karlsson ym. 2017: 7.)

Useat eri muuttujat vaikuttavat potilaan vointiin tehohoidossa. Vointiin vaikuttavat ympäristöllä olevat, äänet, valon määrä, liikkumisen, puheen ja toimintojen rajoitukset. Kaikki edellä mainitut tekijät ovat yhteydessä toisiinsa ja vahvistavat toinen toistensa haittavaikutuksia. (Pittard – Wenham 2009: 178-183.)

Tehohoidossa valvotaan, tuetaan ja ylläpidetään vaikeasti loukkaantuneen tai sairastuneen potilaan elintoimintoja. Lisäksi joidenkin suurien kirurgisten toimenpiteiden jälkeen tarvitaan suunniteltua leikkauksen jälkeistä tehohoitoa. Tehohoitoon ryhdytään toteuttamaan vain silloin, kun arvioidaan että potilaan hengenvaarallinen tila on ohimenevä sekä selviytyttyään on potilaalla mahdollisuus elää omatoimista ja laadukasta elämää. Tehohoidosta vastaa erityiskoulutuksen saaneet tehohoitolääkärit sekä sairaanhoitajat. Tehohoitopotilaan hoitoon osallistuu useiden erikoisalojen ammattilaiset. (HUS 2018.)

Hyvään tulokseen potilaan hoidossa vaikuttaa koko hoitoketjun toimivuus. Tehohoidon jälkeen annettu asiantunteva ja kuntouttava hoito parantaa potilaan selviytymismahdollisuuksia merkittävästi. Potilaan ennustetta määrittää elintoimintahäiriöiden lukumäärä ja

vaikeusaste. Tehohoidossa pyritään riittävän aikaisin aloitettuun ja ehkäisevään tehohoitoon. Sitä pidetään merkittävästi halvempänä ja parempana vaihtoehtona kuin täysipainoista ja liian myöhään aloitettua tehohoitoa. (Karlsson ym. 2017: 7-8.)

4.1 Ravitseminen tehohoidossa

Kaikille tehohoidossa oleville potilaille suositellaan enteraalista ravitsemusta. Tämä edellyttää vakaata verenkiertoa ja toimivaa maha-suolikanavaa. Energiaa tulee jonkin verran rajoittaa vaikean sairaiden alussa tai akuutissa vaiheessa. Enteraalisen ravitsemuksen antaminen varhaisessa vaiheessa ei havaittu parantavan vaikeasti sairaiden hoitotulosta. Enteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan letkuruokinnan tai täydennysravintovalmisteiden käyttöä. Vain niille joiden ravitsemusta ei pystytä täysin turvaamaan tai ei ole mahdollista enteraaliseen ravitsemukseen, aloitetaan parenteraalinen ravitseminen. Parenteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan suoraan verenkiertoon annettavaa ravintoa. (Bäcklund – Mäkisalo 2014: 2265-2270.)

5 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän työn tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä painehaavoista teho-osastoilla. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää teho-osastoilla.

Tutkimuskysymys:

- Mitkä ovat sairaanhoitajien käsitykset painehaavoista teho-osastoilla?

6 Opinnäytetyön toteutus

Kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan jakaa pitkittäis- tai poikittaistutkimuksiin. Pitkittäistutkimus tarkoittaa että, aineistoa kerätään useammin kuin yhden kerran ja tutkimusilmiö pysyy samana. Poikittaistutkimus sen sijaan tarkoittaa sitä, että aineisto kerätään yhden kerran jolloin tarkoituksena ei ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen. Hoitotieteellisistä tutkimuksista suurin osa on poikittaistutkimuksia. (Kankunen-Vehviläinen – Julkunen 2009: 42.) Tämä työ oli poikittaistutkimus.

Kyselylomakkeet ovat yleisimmin käytetty aineistokeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tärkeää on, että kyselylomakkeen mittausväline on sisällöltään tutkimusilmiötä kattavasti mittaava, sekä riittävän täsmällinen. Kyselylomakkeen tulee olla myös riittävän lyhyt. Suosituksena on, että vastaamiseen menisi 15 minuuttia. Kysely voidaan toteuttaa paperikyselynä, sähköisenä tai haastattelukyselynä puhelimitse. Tutkijat voivat laatia kyselylomakkeen itse tai käyttää olemassa olevia mittareita. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 86-90.)

6.1 Aineistokeruumenetelmä

Tässä työssä aineistokeruumenetelmänä käytettiin valmiiksi luotua tietotestiä, jonka Metropolian Ammattikorkeakoulu on kehittänyt yhteistyössä Helsingin kaupungin kanssa. Tietotestissä kysymyksiä on yhteensä 47. Kyselylomake alkaa taustatietojen ja koulutustarpeiden, sekä osaamisen kartoittamisella. Kysymykset 1-7 käsittelevät taustatietoja, kysymykset 8-12 koulutustarpeita ja kysymykset 13-47 käsittelevät tietotestiä. Tietotestissä on yhteensä 35 väittämää. Varsinainen tietotesti on jaettu seitsemään eri osioon. Jokaisessa osiossa on viisi eri väittämää. Väittämiin vastataan oikein/väärin. Osiot käsittelevät seuraavia aihealueita: painehaavan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä, painehaavaluokat, painehaavojen riskin arvioiminen, painehaavojen ehkäisy/asento ja liikkuminen, painehaavojen ehkäisy/apuvälineet, painehaavojen ehkäisy/ ravitsemushoito ja painehaavojen ehkäisy/ihon kunto.

6.2 Aineiston keruu

Tämä työ tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Tässä työssä aineisto oli tarkoituksena kerätä neljältä eri teho-valvontaosastolta. Lopulta aineisto kerättiin kolmelta eri teho- ja valvontaosastolta. Teho- ja valvontaosastoilla hoidetaan äkillisesti sairastuneita ja vammautuneita potilaita, jotka tarvitsevat tukea elintoinnoissa. Yksiköt ovat valmiudessa ympärivuorokauden. Potilaspaikkoja yksiköstä riippuen on noin 10-15 vuodepaikkaa. Osastoilla työskentelee yhteensä 226 sairaanhoitajaa. Osastoille toimitettiin yhteensä 110 kyselylomaketta. Kyselylomake oli suljetussa kirjekuoressa mikä sisälsi myös saatekirjeen. Saatekirje sisälsi taustatietoa painehaavojen esiintyvyydestä, sekä tietotestin tarkoituksesta. Tutkimusta varten Metropolian AMK haki erillisen luvan. Osastojen kanssa sovittiin henkilökohtaisesti päivät, jolloin kyselylomakkeet vietiin ja haettiin. Vastausaika osastoilla oli 2vk, jota pidennettiin 3 viikkoon. Aineisto

kerättiin keväällä 2018. Täytettyjä lomakkeita saatiin yhteensä kaikilta osastoilta 38 kappaletta. Vastausprosentti oli 34 %.

6.3 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja sekä arvo. Havaintoyksikkö viittaa useimmiten yksittäiseen henkilöön eli kyselytutkimuksen vastaajaan. Muuttujat ovat yksilöstä mitattavia ominaisuuksia. Arvot tarkoittavat muuttuvien luokkia esimerkiksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 100-101.)

Aineiston analyysi toteutettiin tilastollisin menetelmin, jonka apuna toimi SPSS-ohjelma (Statistical Package for Social Sciences). SPSS-ohjelma on yleisimmin käytetty ohjelma hoitotieteellisen aineistojen analysoinnissa. Aineisto analysoitiin kysymys kerrallaan, jonka jälkeen vastaukset kuvailtiin prosentuaalisesti Excel taulukon avulla.

7 Tulokset

7.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista kaikki $n = 38$ olivat sairaanhoitajia. Heistä yksi vastasi toimivansa opetushoitaja ja muut vastaajat toimivat sairaanhoitajan työtehtävissä. Vastaajista kuusi vastasi toimivansa toimipisteen haavahoitajana. Seitsemän vastaajaa ilmoitti hoitavansa päivittäin painehaavapotilasta, 16 vastasi viikoittain, 12 vastasi kuukausittain ja yksi vastaaja vastasi hoitavansa harvemmin, muutaman vuodessa. Osioon jossa selvitettiin kuinka usein sairaanhoitajat hoitavat painehaavoja, oli vastattu useaan eri kohtaan, joten tätä ei voitu tulkita. Työkokemus terveydenhuoltoalalla vaihteli 2 kuukaudesta 27 työvuoteen (ka 7,5v). Työkokemus nykyisessä toimipisteessä vaihteli 1 kuukaudesta 20 vuoteen (ka 3,5v).

7.2 Tietotestin tulokset

Tietotestin tulosten tarkasteluun otettiin kaikki 38 (34 %) saatua vastausta. Tietotestin avulla oli tarkoitus selvittää sairaanhoitajien käsityksistä painehaavojen ennaltaehkäisyssä teho-osastoilla. Testin ensimmäinen osio sisälsi kysymykset koskien painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Yleisellä tasolla ensimmäinen osio tiedettiin hyvin. Parhaiten tiedettiin mikä on painehaava johon 100 % (n=38) vastasi oikein. Heikoin tietämys oli tangentiaalisten voimien vaikutuksesta painehaavan muodostumisesta johon 84 % (n=32) vastasi oikein.

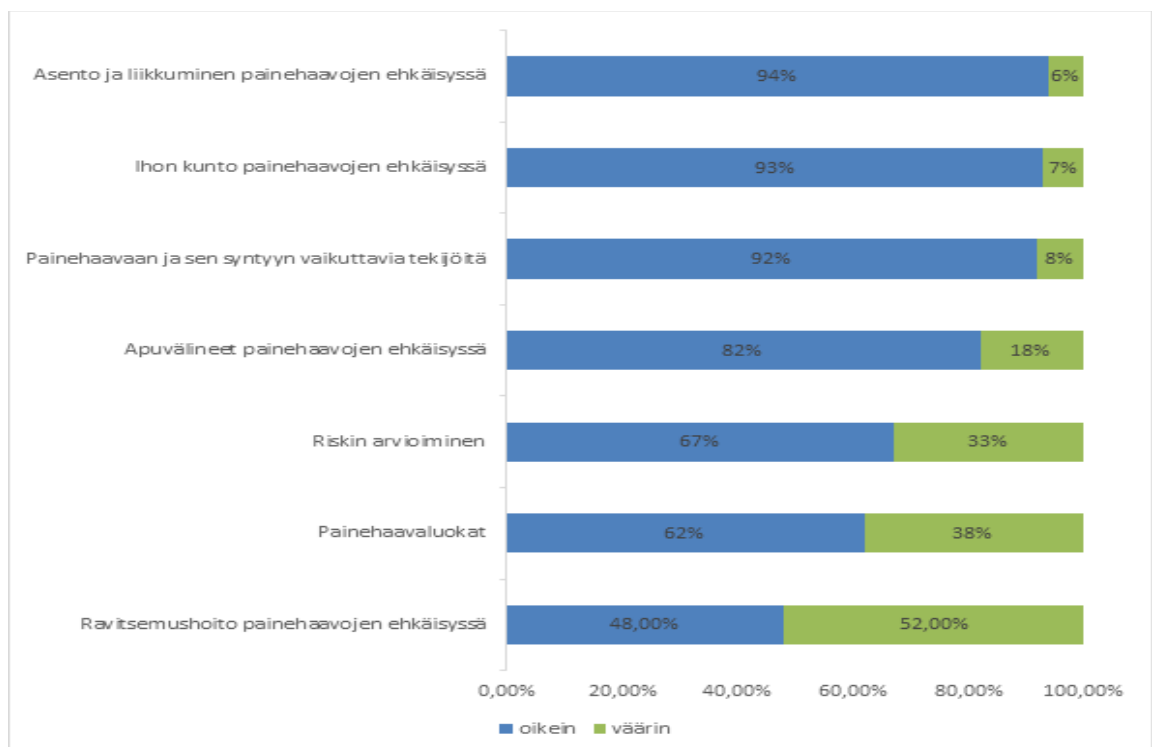
Toinen osio käsitteli sairaanhoitajien tietämystä painehaavaluokista, sekä niiden merkeistä. Parhaiten tiedettiin toisen asteen painehaava luokitus, johon oikein vastasivat 82 % (n=31). Heikoiten tiedettiin ensimmäisen asteen painehaavan merkit. Oikein vastanneita oli 26 % (n=10). Tietotestin kolmannessa osiossa kysyttiin tietämystä painehaavojen riskien arvioimisesta. Parhaiten tiedettiin riskin arvioinnin ajanjakso siitä, kun potilas tulee sairaalaan. Oikein tähän väittämään vastasi 97 % (n=37). Väittämä jossa potilaan riski tulee osata arvioida ilman riskiluokitusmittaria, oli heikoiten tiedetty. Kysymykseen oikein vastasi vain 16 % (n=32). Suurin osa eli 84 % (n=6) olivat sitä mieltä, että riski tulee osata arvioida ilman riskiluokitusmittaria.

Neljännessä osiossa kartoitettiin sairaanhoitajien tietämystä koskien asennon ja liikkumisen merkitystä painehaavojen ennaltaehkäisemisessä. Tietämys tässä osiossa oli yleisellä tasolla hyvä. Parhaiten tiedettiin, että vuodepotilasta pidetään ajoittain kylki-asennossa. Kyseiseen väittämään kaikki 100 % (n=38) vastasivat oikein. Heikoin tietämys vastaajilla oli omaisten ohjaaminen ja neuvominen kävelevän potilaan liikkumisessa ja asennon vaihtamisessa, johon 87 % (n=33) vastasi oikein. Loput vastaajista 13 % (n=5) olivat sitä mieltä, että omaisia ei tule rohkaista liikkumisen ja asennonvaihtamisen kanssa.

Viidennessä tietotestin osuudessa kysyttiin sairaanhoitajien tietämystä koskien apuvälineitä ja niiden käyttöä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Parhaiten tiedettiin, että korkeariskisellä vuodepotilaalla tulee aina olla käytössä korkeariskin patja. Väittämään vastasi oikein 95 % (n=36). Vastaajista pieni osuus 5 % (n=2) olivat sitä mieltä, että korkeariskin patjan käyttö ei ole automaattista korkeariskisellä vuodepotilaalla. Heikoin tietämys tässä osiossa oli tietämys luonnonkarvan ja keinokarvan merkityksestä paineen ehkäisyssä. Vastaajista yli puolet 58 % (n=22) olivat sitä mieltä, että luonnonkarva, sekä keinokarva ehkäisee painetta, joka on väärin. Alle puolet 52 % (n=16) vastasi väittämään oikein.

Kuudenneksessä osiossa kartoitettiin vastaajien tietämystä ravitsemuksen merkityksestä koskien painehaavojen ennaltaehkäisyä. Tässä osiossa oli koko tietotestin osalta eniten puutteita tietämyksen osalta. Väittämistä parhaiten tiedettiin, että korkean vajaaravitsemusriskin potilaalle tulee aina tilata ruokavalio joka sisältää runsaasti energiaa. Tähän väittämään oikein vastasi 76 % (n=29). Vastaajista 24 % (n=9) olivat sitä mieltä, että korkean vajaaravitsemusriskin potilaalle ei tule aina tilata runsaasti energiaa sisältävä ruokavalio. Heikoin tietämys tässä osiossa oli arviointi, tuleeko korkeariskiselle vajaaravitsemusriskin potilaalle antaa täydennysvalmiste, mikäli jättää aterialta puolet syömättä. Vastaajista 83 % (n=33) olivat sitä mieltä, että täydennysravinto on paikallaan, jolloin vastasi väittämään väärin. Oikein vastasi vain 13 % (n=5).

Tietotestin viimeisessä osiossa kartoitettiin sairaanhoitajien tietämystä ihon kunnon osalta painehaavojen ehkäisyssä. Vastaajien tietämys oli yleisellä tasolla hyvä ihon kunnon riskin arvioimisessa. Parhaiten tiedettiin, että istuvan potilaan ihon kunto tulisi tarkistaa jokaisessa työvuorossa, sillä väittämään vastasi kaikki 100 % (n=38) oikein. Heikoin tietämys oli toisen kysymyksen kohdalla, jossa arvioitiin, hierotaanko punoittavaa ehjää ihoa luu-ulokekohdilta. Tähän väittämään 87 % (n=33) vastasivat oikein. Vastaajista 13 % (n=5) olivat sitä mieltä, että ihoa tulisi hieroa. (ks. Kuvio 1).



Kuvio 1. Tietotestin seitsemän osa-aluetta osaamisen mukaisessa järjestyksessä laskettu jokaisen osa-alueen osaamisen keskiarvo prosentuaalisesti.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta ja tarkastelu

Painehaavoja on tutkittu paljon ja etenkin niiden aiheuttamista haitoista on raportoitu kattavasti. Aiempia tutkimuksia löytyi myös sairaanhoitajien käsityksistä painehaavojen ehkäisyssä. Tietotestissä saaduissa tuloksissa oli yhtäläisyyksiä verraten aiempaan tutkituun tietoon. Sairaanhoitajien käsitykset painehaavojen ehkäisyssä olivat hyvällä tasolla. Erityisesti teho-osastolla painehaavojen ehkäisy on tärkeää, sillä painhaavojen esiintyvyys teho-osastolla on korkea.

Erityisesti ravitsemukseen liittyvää osiota tarkasteltaessa Koivunen ym. (2017: 56-57.) tehdyssä tutkimuksessa havaittiin sairaanhoitajilla koulutuksen tarvetta ravitsemuksen merkitykseen painehaavojen ehkäisyssä. Tietotestin tuloksissa sairaanhoitajien tietämys oli heikointa ravitsemuksen osalta. Erityisesti tehohoidossa ravitsemus on toteutettu eri tavalla verrattuna vuodeosastolla olevien potilaiden ravitsemukseen. Bäcklund - Mäkisalon (2014: 2265-2270) mukaan vaikean sairauden tai akuutin vaiheen alkuvaiheessa potilaan energiamäärää tulisi rajoittaa. Toisaalta tuloksista parhaiten tiedettiin, että vajaaravitsemusriskissä oleva potilas tarvitsee runsaasti energiaa sisältävän ruokavalion. Tietotestissä ravitsemuksen osiossa kartoitettiin osaamista seulontamenetelmien sopivuudesta kotihoitoon. Tämä väittämä ei sovellu teho-osastolle, sillä kriittisesti sairaan hoito rajoittuu ainoastaan teho-osastolle.

Ihon kuntoa painehaavojen ehkäisyssä tarkastellessa yleisesti sairaanhoitajien osaaminen oli hyvällä tasolla. Kyseinen osio sisälsi väittämän, jossa kehoitetaan tarkastelemaan potilaan ihoa jokaisessa työvuorossa. Soppi (2014.) totesi painehaavojen syntyvän jo akuutin hoidon yhteydessä. Väittämissä kartoitettiin sairaanhoitajien tietämystä ihon kosteuteen liittyviä tekijöitä painehaavojen ehkäisyssä. Sairaanhoitajien tietämys oli hyvällä tasolla, että ihon kosteudella on merkitystä painehaavojen syntyyn. Vastaavia tuloksia oli myös tutkimuksessa (Rolim – Vasconcelos – Larcher-Caliri – Beserra da Costa Santos 2013.). Ihon kunnan merkityksen osiossa käsiteltiin myös hieronnan merkitystä painehaavojen ehkäisyssä. Shahin – Halfens (2009: 370-374.) tutkimuksessa havaittiin,

että hierontaa ei tunnisteta painehaavojen ehkäisyssä. Tässä voidaan todeta eriäväsyyksiä. Vaikka tietotestin tuloksissa hieronta tunnistettiin heikoiten, tuloksista jopa 87 % (n=33) vastaajaa pitivät ehjän ihon hierontaa tärkeänä erityisesti luu-uloke kohdilta, mitkä ovat suurimpia riskikohtia painehaavojen synnylle.

Painehaavaluokkien tuloksia tarkastellessa ilmenee, että sairaanhoitajien käsitys ensimmäisen asteen merkeistä tunnistetaan huonoiten. Mikäli iholla ilmeneviä ensimmäisiä merkkejä tunnistetaan huonoiten, painehaava pahenee ja kudonvaurio etenee. Juutilaisen – Hietasen (2016: 312-313) mukaan riskiluokitusmittarit eivät yksinään ehkäise painehaavojen riskiä, mutta toimivat apuna sen tunnistamisessa. Tästä johtuen riskiluokitusmittarien käyttö tukee riskintunnistamista ja ennaltaehkäisee potilaalle syntyviä painehaavoja.

Liikkumisen ja asentohoidon merkitys painehaavojen ehkäisyssä tunnistettiin hyvin. Tässä osiossa sairaanhoitajat saivat parhaimmat tulokset. Teho-osastoilla kriittisesti sairaat potilaat ovat usein vuodepotilaita. Vastaavia tuloksia oli myös tutkimuksessa (Rolim – Vasconcelos – Larcher-Caliri – Beserra da Costa Santos 2013.), jossa havaittiin merkittävä yhteys asentohoidolla painehaavojen ehkäisyyn. Tutkimuksessa kävi ilmi, että asentohoitoa tulisi vaihtaa kahden tunnin välein. Tietotestillä kartoitettiin nimenomaan sairaanhoitajien tietämys ajan, sekä asentohoidon merkityksestä painehaavojen ehkäisyyn.

Apuvälineiden merkitys painehaavojen ehkäisyssä osiossa selvitettiin apuvälineiden, sekä erilaisten materiaalien merkitystä painehaavojen ehkäisyssä. Väittämässä heikoiten osaaminen oli luonnon- tai keinokarvan käyttö ehkäisevänä materiaalina. Kyseinen väittämä ei juurikaan sovellu teho-osastoille, sillä karvaisten tuotteiden käyttö on vähäistä yleisesti sairaalan sisällä. Vuoteiden, sekä erilaisten tynyjen merkitys oli hyvin paljon yhtäläinen verraten aikaisempaan tutkittuun tietoon (Shahin – Halfens 2009: 370-374; Rolim – Vasconcelos – Larcher-Caliri – Beserra da Costa Santos 2013). Aiemmissä tutkimuksissa tynyillä, sekä patjalla on suuri merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Tietotestissä saaduissa tuloksissa sairaanhoitajien tietämys sängyn merkityksestä erityisesti korkeariskisen vuodepotilaan kohdalla on tärkeää. Kuitenkin 5 % (n=2) vastaajista, eivät pitäneet patjan merkitystä painehaavojen ehkäisyssä tärkeänä.

Tietotestin tuloksia tarkastellessa, painehaavojen ensimmäisen asteen merkkien tunnistaminen edistää painehaavan varhaisen vaiheen hoidon aloitusta. Toisaalta mikäli riskit

ja ehkäisykeinot tunnistetaan hyvin, tulokseen vaikuttavat myös paljon sairaanhoitajien asenteet. Tämä voi tarkoittaa tarvetta muutokselle sairaanhoitajien asenteisiin. Toisaalta Waugh (2014: 353) totesi, että hoitohenkilökunnalla ei myöskään ole riittävästi aikaa tai resursseja toteuttaa ennaltaehkäisevää hoitoa tarpeeksi. Tämä vaatisi siis myös muutosta yhteiskunnan puolelta. Potilaan hoitoon ja erityisesti painehaavan ehkäisyssä vaikuttaviin tekijöihin sairaanhoitajilla tulisi olla yhteneväiset käytännöt.

Tietotestin tuloksista voidaan havaita, että yhtäläisyyksiä on aiempiin tutkimuksiin. Tietotestin tuloksiin vaikutti erityisesti väittämien soveltuminen teho-osastolle. Muun muassa keino- tai luonnonkarvan, sekä ravitsemusmittarien käyttö kotihoidossa antoivat heikot pisteet. Näistä voidaan todeta, että pistemäärä on sidonnainen kokemukseen mitä painehaavojen ehkäisyssä on käytetty. Tieto-testistä erityisesti nousee esiin asentohoidon, apuvälineiden, ihon kunnon, sekä painehaavan tunnistamisen tärkeys painehaavojen ehkäisyssä. Näitä osa-alueita toteutetaan teho-osastolla päivittäin, joten voidaan havaita näistä tulleen rutiini teho-osastoilla. Kuten myös aiemmassa tutkimuksessa (Waugh 2014: 353.) havaittiin, rutiinien puutteella on iso merkitys painehaavojen syntyyn.

8.2 Luotettavuuden pohdinta

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettiä sekä reliabiliteettia. Validiteetti kertoo siitä, mittaako tutkimus juuri sitä ilmiötä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti sen sijaan kuvaa tulosten pysyvyyttä. Tämä tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189). Onko mittari oikea, onko käsitteet luotettavasti operationalisoitu, sekä millainen teoreettinen rakenne mittarilla on. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152-153). Tässä työssä käytettiin valmiiksi luotua tietotestiä, jonka Metropolian Ammattikorkeakoulu on kehittänyt yhteistyössä Helsingin kaupungin kanssa.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tutkijan tulee arvioida tulosten luotettavuutta. Näin otetaan huomioon tulosten sisäinen sekä ulkoinen validiteetti. Sisäisessä validiteetissa tulokset johtuvat pelkästään asetelmasta, ei muista sekoittavista tekijöistä, kuten kontaminaatio ja valikoituminen. Valikoitumisella tarkoitetaan, että vastaajiksi on valittu vain niin sanotut hyvät vastaajat. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 195). Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että vastaajat olivat kaikki sairaanhoitajia ja kaikki työskentelivät teho-osastolla. Tällä voidaan taata, että jokaisella on taustalla sama

koulutustaso. Sairaanhoidajien käsityksiä painehaavoista teho-osastoilla ei tiedetty etukäteen. Teoreettista luotettavuutta vahvistettiin kirjaamalla kaikki luotettavat lähteet käyttäen kansainvälistä tutkimustietoa. Aikaisempaa tutkimustietoa verrattiin tämän työn tuloksiin, etsien yhtäläisyyttä joka vahvisti tulosten luotettavuutta. Luotettavuutta lisäsi myös se, että vastaajille oli kerrottu selkeästi tutkimuksen tarkoitus.

Tässä työssä uskottavuutta lisäsi se, että tulokset kuvailtiin mahdollisimman kattavasti sekä selkeästi käyttäen apuna taulukkoa saaduista tuloksista. Tutkimuskysymys sekä tarkoitus ja tavoitteet oli selkeät, joka selkeytti työskentelyä. Tutkimusprosessin etenemistä auttoi säännöllinen ohjaus sekä jatkuva työskentely. Opinnäytetyön prosessin aikana arvioitiin mahdolliset väliin tulleet muuttujat, jotka vaikuttivat mahdollisesti tutkimustuloksiin. Vastausaika määriteltiin tutkimukselle sopivaksi, joka mahdollisti ajallisesti vastaajien mahdollisuuden perehtyä kysymyksiin, sekä vastaamaan kyselyyn. Vastaja-määrä verrattuna teho-osastoilla työskenteleviin sairaanhoitajiin oli kohtalainen (n=38; 34 %). Mittarin luotettavuutta yksittäisten kysymysten kohdalta on pohdittu tulosten pohdinnassa. Tällä tarkoittaen sitä, että työn laatijat ovat pohtineet tehohoidon kannalta kaikkia kysymyksiä ja sitä että onko vastaajat ymmärtänyt mitä mittarissa kysyttiin.

8.3 Eettisyyden pohdinta

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimus edellyttää, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Näin tutkimuksen tulokset ovat uskottavia. Hyviä tieteellisiä käytännön lähtökohtia tutkimuseetiikan lähtökohdasta ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus, eettisesti kestävä tiedonhankinta ja arviointimenetelmä, kunnioitus. Lisäksi, että tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan sille asetettujen vaatimusten mukaan, sekä tutkimuslupa tulee olla hankittu. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012).

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan ydin. Pietarisen (2002) pohdintaperustan mukaan on kahdeksan eettistä vaatimusta, jotka ovat seuraavat: Älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tarkoittaen että tutkija on aidosti kiinnostunut hakemaan informaatiota. Tunnollisuuden vaatimus, tutkija on paneutunut tunnollisesti alaansa. Hankittu tieto ja informaatio ovat mahdollisimman luotettavaa. Rehellisyyden vaatimus, tutkija ei syyllisty vilppiin. Vaaran eliminoiminen, tutkijan tulee pidättäytyä sellaisesta tutkimuksesta joka voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Ihmisarvon kunnioittaminen, tutkija ei saa missään vai-

heessa loukata ihmisarvoa eikä kenenkään ihmisen moraalista arvoa. Sosiaalisen vastuun vaatimus: tutkija huolehtii, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Ammattiharjoituksen edistäminen, tutkija edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Kollegiaalinen arvostus, tutkijat suhtautuvat toisiinsa arvostavasti, eikä vähättele toisiaan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172.)

Koko prosessin ajan tässä työssä noudatettiin edellä mainittuja eettisiä periaatteita. Työskentelyn aikana pohdittiin tämän työn hyödyllisyyttä ja merkitystä yhteiskunnallisesti, sekä miten se vaikuttaa osallistujiin. Tässä opinnäytetyössä etsittiin aiempaa tutkittua tietoa vahvistaakseen tietotestin tulosten luotettavuutta, jotta tuloksia voidaan verrata ja löytää yhtäläisyyksiä. Itsemääräämisoikeus korostui erityisesti silloin, kun tietotesti jaettiin henkilökohtaisesti määrättyihin yksiköihin. Vastaajilla oli oikeus olla osallistumatta tutkimukseen ja jättää vastaamatta kyselyyn. Tieto vapaaehtoisesta osallistumisesta, sekä tutkimuksen tarkoituksesta oli merkitty saatekirjeeseen. Saatekirje sisälsi myös opinnäytetyön tarkoituksen, jotta vastaajien ymmärrys työn tarkoituksesta olisi mahdollisimman luotettava.

Yksityisyyden suoja toteutui siten, että sairaanhoitajat vastasivat anonyymisti kysely lomakkeeseen ja yksittäisiä vastauksia ei voitu tunnistaa. Anonymiteetti oli keskeinen huomioitava asia tässä opinnäytetyössä. Työssä pidettiin huolta vastanneiden anonymiteetin säilyvyydestä myös siten, että noudatettiin määrättyissä yksiköissä salassapitovelvollisuutta. Tietotestin toimitus sekä haku toteutettiin fyysisesti määrättyihin yksiköihin. Tietotestissä ei kysytty vastaajien nimiä tai työyksikköä, eli vastaajien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa. Kyselylomake annettiin suljetussa kirjekuoressa, jotta vastaukset eivät olleet yleisesti nähtävillä. Tutkimustietoja ei luovutettu tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille missään vaiheessa.

Tulokset analysoitiin niin, että ulkopuoliset eivät päässeet lomakkeisiin käsiksi. Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien vastaukset käsiteltiin kaikki tasa-arvoisina. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät vahingoita tai aiheuta haittaa tutkituille organisaatioille, sillä tulokset säilyvät anonyyminä. Opinnäytetyö syötettiin Metropolian kirjallisen työn ohjeiden mukaisesti Turnitin sovellukseen, joka tarkisti työn plagioinnin. Turnit sovelluksen avulla mitattiin työn luotettavuutta plagioinnin osalta.

8.4 Yhteenveto

Yhteenvetona voisi siis todeta, että sairaanhoitajien käsityksiä painehaavojen ehkäisykeinoista on hyvällä tasolla. Tietotestissä saadut tulokset vastasivat aiempia tutkimustuloksia. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti ravitsemuksen merkitykseen painehaavojen ehkäisyssä. Painehaavojen ehkäisyyn ei ole yhtä asiaa, vaan siihen vaikuttaa monet eri tekijät. Voidaan siis todeta, että painehaavojen ennalta ehkäisy ei ole yksiselitteinen asia. Se vaatii kokonaisvaltaista tarkastelua koko hoitoprosessin ajan.

Yhteenvetona voidaan siis todeta, että yleisesti hyvällä tasolla painehaavojen ehkäisyyn olivat:

- Asentoon ja liikkumiseen vaikuttavat tekijät
- Ihon kuntoon vaikuttavat tekijät
- Painehaava ja sen syntyyn vaikuttavat tekijät

Lähteet

Blomster, Marika – Mäkelä, Merja – Ritmala-Castren, Marita - Säämänen, Jari – Varjus, Sirkka-Liisa 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Bäcklund, Minna – Mäkisalo, Heikki 2014. Parenteraalinen ravitseminen – lyhytaikainen ja pysyvä hoito. Duodecim (130). 2265–2270. Saatavilla myös sähköisesti.

HUS. Tehohoito. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/tehoahoito/Sivut/default.aspx>> Luettu 17.3.2018

Juutilainen, Vesa – Hietanen, Helvi 2016. Haavahoidon periaatteet. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karlsson, Sari – Ala-Kokko, Tero – Pettilä, Ville – Tallgren, Minna – Valtonen, Mika 2017. Tehohoito-Opas. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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 – Hjerppe, Anna – Kauko, Tommi – Asikainen – Paula 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede 29 (1). 51-53.

Koivunen, Marita – Luotola, Eija – Hautaoja, Päivi – Laine, Kirsi-Marja – Asikainen, Paula 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa – pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva Hoitotyö 12 (2). 14-22.

Köse, Ipek – Yesil, Pinar – Öztunc, Gürsel – Eskimez, Zehra 2016. Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer. International Journal of Caring Sciences 9 (2). 677-686. Saatavilla myös sähköisesti.

Lumbers, Melanie 2017. Pressure ulcers: an overview of risk. British journal of nursing 26(15). Tissue viability supplement. Saatavilla myös sähköisesti.

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.

Pittard, Alison – Wenham, Tim 2009. Intensive Care Unit Environment. BJA Education 9 (6). 178-183.

Rolim, Jaiany Alencar – Vasconcelos, Josilene de Melo Buriti – Larcher Caliri, Maria Helena – Beserra da Costa Santos, Iolanda 2013. Prevention and treatment of pressure ulcers in the daily lives of intensivists nurses. Rev Rene 14 (1). 148-57.

Shahin, Eman – Halfens, Ruud 2009 Pressure ulcer prevention in intensive care patients: guidelines and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* ISSN 1356-1294 (15). 370-374. Saatavilla myös sähköisesti.

Soppi, Esa 2014. Ehkäise painehaavojen syntyminen. *Lääkärilehti* 46 (69). 3038. Saatavilla myös sähköisesti.

Soppi, Esa 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Verkkojulkaisu. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=painehaava> Luettu 14.11.2017

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Luettu 14.5.2018.

Waugh, Shirley 2014. Attitudes of Nurses Toward Pressure Ulcer Prevention: A Literature Review. *September-October* 23 (5). 350-357. Saatavilla myös sähköisesti.

Xiaohong, Deng – Ting, Yu – Ailing, Hu 2017. Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care Patients. *CriticalCareNurse*. 37 (4). 1-11. Saatavilla myös sähköisesti

