



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Eeva-Maria Bergbacka e1600857

VAASAN KAUPUNGINSAIRAALAN
VUODEOSASTOJEN HOITOHENKILÖ-
KUNNAN OSAAMINEN PAINEHAA-
VOJEN EHKÄISYSSÄ

Sosiaali- ja terveysala

2019

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Eeva-Maria Bergbacka
Opinnäytetyön nimi	Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisyssä
Vuosi	2019
Kieli	Suomi
Sivumäärä	43 + 2 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Painehaava (aiemmin makuuhaava) on ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio, joka sijaitsee luisen ulokkeen kohdalla, ja sen aiheuttaa paine, kitka tai kudosten venytys. Suomessa painehaavoja arvioidaan syntyvän vuosittain 55 000 - 85 000 potilaalle ja niiden aiheuttamat kustannukset ovat noin 420 miljoonaa euroa. Painehaava on kivulias, heikentää toimintakykyä ja aiheuttaa potilaalle kärsimyksiä sekä heikentää elämänlaatua. Painehaavan ehkäisyssä on olennaista tunnistaa painehaavariskissä olevat potilaat ja poistaa tai minimoida luu-ulokekohtiin kohdistuva paine ja venytys. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisyssä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Kohderyhmänä oli Vaasan kaupunginsairaalan neljän vuodeosaston hoitohenkilökunta (n = 45). Aineisto kerättiin Painehaavojen ehkäisyn tietotesti -mittarilla. Mittari sisälsi 15 taustakysymystä ja 35 osaamista mittaavaa väittämää. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Tutkittavista 71,1 % oli tekemisissä painehaavojen kanssa päivittäin, ja 48,9 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta kohtalaisen paljon painehaavojen ehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta. Painehaavoja koskevassa koulutuksessa oli ollut 17,8 % vastaajista ja vastaajista 68,9 % ei ollut ollut koulutuksessa omassa organisaatiossaan viimeisen kahden vuoden aikana. Tietotestissä Painehaavariskin arviointi -kategorian kysymysten oikeiden vastausten määrä vaihteli välillä 55,6 % - 97,8 %. Painehaavaluokat -kategorian kysymysten oikeiden vastausten määrä vaihteli 8,9 % - 86,7 %. Painehaavojen ehkäisy/asentohoito -kategorian kysymysten oikeiden vastausten määrä vaihteli 6,7 % - 95,6 %.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että osaaminen painehaavojen ehkäisyssä on pääosin hyvää, mutta lisäkoulutus muutamissa asioissa voisi olla tarpeellinen. Moni vastanneista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavaluokista, painehaavariskin arvioimisesta ja apuvälineistä painehaavojen ehkäisyssä. Osastoille olisi lisäkoulutuksen lisäksi hyvä saada kirjallista näyttöön perustuvaa tietoa painehaavojen ehkäisystä.

Avainsanat painehaava, painehaavaosaaminen, vuodeosasto, ehkäiseminen, varhainen tunnistaminen

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

Author	Eeva-Maria Bergbacka
Title	The Prevention and Management of Pressure Ulcers by the Nursing staff on the Inpatient wards in Vaasa City Hospital
Year	2019
Language	Finnish
Pages	43 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

Pressure ulcer (before known as bedsore) is the injury to the skin or underlying tissue, which is located by bony prominence and is caused by pressure, friction or stretch. In Finland pressure ulcers are estimated to occur every year to 55 000 - 85 000 patients and the cost is approximately 420 million euros. A pressure ulcer is painful, lowers the ability to function and the quality of life, and causes suffering. In the prevention of a pressure ulcer it is essential and to recognise the patients in high risk, and to offload or minimize the pressure and stretch on bony prominences. The aim of this study is to describe the knowledge of Vaasa City Hospital inpatient ward staff on preventing pressure ulcers.

The study was conducted as a quantitative study. The target group of the study included the inpatient ward staff in (n = 45) from Vaasa City Hospital. The material was gathered via "Prevention pressure ulcer test"- indicator. The indicator consisted of 15 background questions and 35 statements which measured the level of knowledge among the respondents. The material was analysed with SPSS-software.

Of the respondents 71,1 % dealt with pressure ulcers daily, 48,9 % felt a moderate need for further training on the prevention of pressure ulcers and early recognition. Of the respondents 17,8 % had been in a training concerning pressure ulcers, and 68,9 % had not been in a relevant training inside their organisation in the past two years. When asked about the classification of pressure ulcers the amount of correct answers varied between 8,9 % and 86,7 %. In the category "the prevention of pressure ulcers/adjusting positions" the amount of correct answers varied between 6,7 % to 95,6 %.

The results indicate that the level of knowledge in preventing pressure ulcers is mainly good but additional training on some areas might be necessary. Many of the respondents hoped for further training on pressure ulcer classification, risk assessment and the prevention of pressure ulcers. In addition to further training, it would be beneficial to have at-hand written evidence-based information on the prevention of pressure ulcers at the ward.

Keywords Pressure ulcer, pressure ulcer knowledge, ward, prevention, early recognition.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	6
3	PAINEHAAVOJEN EHKÄISYN OSAAMINEN.....	7
	3.1 Terve iho.....	7
	3.2 Haava.....	7
	3.3 Painehaava.....	8
	3.3.1 Painehaavan synty.....	9
	3.3.2 Painehaavojen ehkäiseminen.....	10
	3.4 Painehaavojen ehkäisyvälineet.....	17
	3.5 Hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisemisessä.....	18
	3.6 Painehaavojen kirjaaminen.....	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
	4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	22
	4.2 Aineiston analysointi.....	23
	4.3 Tutkimuksen eettisyys.....	23
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	24
5	TULOKSET.....	26
	5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	26
	5.2 Hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisyssä.....	31
6	POHDINTA.....	39
	6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	39
	6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	41
	LÄHTEET.....	42

1 JOHDANTO

Painehaava (aikaisemmin makuuhaava) on paikallinen ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio, joka sijaitsee usein luisen ulokkeen kohdalla, ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä. Painehaavoja syntyy eri-ikäisillä potilailla muun muassa akuutti- ja pitkäaikaishoidossa sekä avoterveydenhuollossa. Painehaavan syntyyn vaikuttaa potilaan kyvyttömyys muuttaa itse asentoaan, joka yhdistyy paineeseen, kudosten venytykseen ja kitkaan. Painehaavojen syntyyn myötävaikuttavina tekijöinä toimivat esimerkiksi alentunut kudosten elastisuus, huono ravitsemus, ihon kosteus ja ihon kudosten venyminen hankauksen vaikutuksesta. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015)

Painehaavojen esiintyvyys vaihtelee eri maissa. Suomessa painehaavoja arvioidaan syntyvän vuosittain 55 000- 85 000 potilaalle. Näiden aiheuttamat kustannukset ovat noin 420 miljoonaa euroa, joka on 2-3 % terveydenhuollon kuluista. Kustannuksista yli puolet on henkilöstökuluja ja noin 20 % tarvikekuluja. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015)

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisyssä.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli aktivoida hoitohenkilökuntaa kiinnostumaan painehaavojen ehkäisystä ja tuottaa tietoa kohdeorganisaatiolle mahdollisen lisäkoulutuksen tarpeesta. Vaasan kaupungin haavanhoitajat voivat hyödyntää tutkimustuloksia hoitohenkilökunnan koulutuksissa, kun saadaan tietoa siitä, minkälaista lisäkoulutusta tarvitaan.

Tutkimuskysymys oli seuraava:

1. Minkälainen on hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisyssä?

3 PAINEHAAVOJEN EHKÄISYN OSAAMINEN

Opinnäytetyötä varten on tehty tiedonhaut CINAHL- ja Medic-tietokannassa (Liite 1). Lisäksi tehtiin käsihakuja.

3.1 Terve iho

Iho suojaa elimistöä ulkomaailmalta, ja se on pinta-alaltaan ihmisen laajin elin. Aikuisilla ihon koko on noin 1,5-2,0 m² ja sen paksuus on keskimäärin 2-3 mm. Iho voidaan jakaa rakenteeltaan kahteen kerrokseen, uloimpana on orvaskesi ja sen alla verinahka. Näiden välissä on vielä tyvikalvo, joka kiinnittää kerrokset toisiinsa. Orvaskesi eli epidermis on ihon pinnallisin kerros ja sen paksuus on 0,05-0,6 mm. Kämmenissä ja jalkapohjissa orvaskesi on paksua, sillä siihen kohdistuu jatkuvaa mekaanista rasitusta. Orvaskedessä on keratinosyyttejä, jotka jakautuvat ja siten iho uusiutuu jatkuvasti. Melanosyytit tuottavat melaniini-pigmenttiä, joka määrää ihon värin. Orvaskedessä on Langerhansin soluja, jotka osallistuvat immuunipuolustukseen ja orvaskeden korjaamiseen haavan paranemisessa. Orvaskeden ja verinahan yhdistää toisiinsa tyvikalvo, joka lisäksi säätelee molekyylien kulkua kudosten välillä. Verinahka eli dermis on ihon syvin kerros ja on paksuudeltaan noin 0,5-3 millimetrinen sidekudoskerros. Verinahan soluväliaine koostuu kollageenisäikeistä ja amorfisesta väliaineesta, jotka antavat verinahalle joustavuutta. Ihon apuelimet ovat verinahan sisällä olevia rakenteita, jotka ovat peräisin orvaskedestä. Niihin kuuluvat kynnet, ihokarvat ja ihon rauhaset. (Juutilainen & Hietanen 2018, 16-23.)

3.2 Haava

Haavalla tarkoitetaan ehjän ihon tai sen alaisten kudoksien rikkoutumista, joka voi ulottua syvyytensä ja sijaintinsa mukaan ihon alaiseen rasvaan, lihakseen, luuhun hermo- ja verisuonirakenteisiin sekä erilaisiin sisäelimiin. Painehaava luokitellaan krooniseksi haavaksi. Krooniseen haavaan liittyy jokin ulkoinen mekaaninen tekijä ja jokin elimistön sisäinen sairaustekijä, kuten alaraajojen verenkiertosairaus, diabetes, syöpä, kehon ulkoa tuleva paine ja kudoksen venyminen. Krooniselle haavalle on tyypillistä, että paranemisaikaa on vaikea arvioida ja haava voi uusiutua herkästi samaan paikkaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 27-29.)

Akuutit haavat syntyvät äkillisen ulkoisen tekijän vaikutuksesta, kuten kitka, hankaus, terävä leikkaava mekanismi, kudoksen ruhjova tai repivä tylppä voima tai venyttävä voima. Akuuttiin haavaan luetaan myös palo- ja paleltumavammat, kemikaalien aiheuttamat syöpymävammat ja säteilyn aiheuttamat akuutit ihovauriot. (Juutilainen & Hietanen 2018, 27.)

3.3 Painehaava

Painehaava on paikallinen ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se ilmaantuu tavallisesti luisen ulokkeen kohdalle, ja sen aiheuttavat paine ja venytys yhdessä. Painehaava syntyy, kun iholle kohdistuva ulkoinen voima aiheuttaa kudoksen sisällä paineen nousua, joka puristaa pieniä hiusverisuonia. Kudoksen verenkierto häiriintyy, ja kehittyy paikallinen hapenpuutostila, joka voi johtaa kudoskuolioon. Iho kestää huomattavasti paremmin painetta kuin syvemmillä olevat kudokset, syvemmän kudoksen vaurio ei välttämättä näy iholla, ja ihon alle voi kehittyä onkalo. Painehaavoja syntyy eri-ikäisille potilaille muun muassa akuutti- ja pitkäaikaishoidossa sekä avoterveydenhuollossa. Tärkeimmät painehaavan synnyn syyt ovat paine, kudosten venytys ja kitka, jotka voivat johtua potilaan kyvyttömyydestä muuttaa itse asentoaan. Lisäksi tekijöinä voivat toimia esimerkiksi alentunut kudosten elastisuus, huono ravitsemus ja ihon kosteus. Painehaavan voi myös aiheuttaa lääkinällinen hoitoväline tai -laite, esimerkiksi dreeni tai happimaski. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Suomessa vuodeosastoilla, kotihoidossa, hoitolaitoksissa ja sairaaloissa hoidossa olevista potilaista noin 5-15 %:lla oli vuonna 2010 painehaava. Painehaavasta aiheutuu potilaalle kärsimystä, fyysistä haittaa, sosiaalista eristäytymistä ja kustannuksia. Painehaavojen aiheuttamat kustannukset ovat noin 2-3 % terveydenhuollon budjetista, yhden painehaavan aiheuttama lisäkustannus on noin 5 000-6 650 euroa. Kustannukset ovat noin 200 miljoonaa euroa vuodessa ja painehaavojen ehkäisy tulisi paljon halvemmaksi kuin niiden hoito. Painehaava voi syntyä hyvin nopeasti, jopa ensiavussa tai leikkauksen aikana, jos kudosten sietokyky on huono ja painealtistus riittävän voimakas. (Soppi 2010, 261-268.)

3.3.1 Painehaavan synty

Luiset ulokkeet ovat epätasaisia ja aiheuttavat istuin- ja makuualustaa vasten ollessaan epätasaisen painejakauman. Kudokset kestävät paremmin lyhytkestoista korkeaa painetta kuin pitkään kestävä jatkuvaa painealtistusta. Paineen aiheuttama kudosaivaurio ilmaantuu tyypillisesti ensin syvällä luisen ulokkeen tuntumassa olevaan lihakseen tai rasvakudokseen, ja siten painevaurio on hankala todeta, koska päällä oleva iho on täysin kunnossa. Jos kudoksessa oleva paine ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, verenkierto lakkaa ja kudokseen syntyy vähitellen hapenpuutteesta johtuva kuolio. (Juutilainen & Hietanen 2018, 323-324.)

Tangentiaaliset voimat syntyvät, jos potilasta siirretään sängyssään vetämällä tai sängyn päätä nostetaan. Kitka pyrkii jarruttamaan siirtävää liikettä, jolloin ihon alaisissa kudoksissa tapahtuu venymistä ja ihon pinnalla hankautumista ja rikkoonumista. Sängynpäätä nostettaessa keho pyrkii valumaan jalkopään suuntaan, jolloin tapahtuu kudosten venymistä. (Juutilainen & Hietanen 2018, 325.)

Tärkein painehaavoille altistava tekijä on liikkumattomuus, joka voi johtua akuutista vammasta tai sairaudesta. Lisäksi suojatunnon puute johtaa siihen, ettei potilas tunne pitkittyneestä kudospaineesta varoittavaa iskeemistä kipua, eikä siksi vaihda asentoa. Muita potilaaseen liittyviä painehaavalle altistavia tekijöitä ovat ravitsemushäiriö ja vanhuus. Aliravittujen potilaiden painehaavat paranevat huonommin ja painehaavapotilaiden proteiiniarvot ovat alentuneet. 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille, joka johtuu sairauksien lisääntymisestä ja vitaalielintoimintojen heikkenemisestä. Ikääntyneen iho on ohuempaa, hauraampaa ja vähemmän elastista kuin nuoren, minkä vuoksi paine, kitka ja hankaus aiheuttavat ikääntyneille tavallista enemmän ihon vaurioita. (Juutilainen & Hietanen 2018, 326-327.)

Painehaavan syntyminen on aina haittatapahtuma, josta tulee tehdä haittatapahtumailmoitus. Vuosina 2010-2014 Suomessa on tehty 30-50 potilasvahinkoilmoitusta vuosittain painehaavoihin liittyen, ilmoituksista noin joka neljäs on johtanut korvauksiin. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Hoitohenkilökunnan tietoisuus painehaavojen esiintyvyydestä on puutteellista, syynä voi olla muun muassa se, ettei painehaavojen syntyä seurata aktiivisesti, eikä dokumentoida hoitotietoihin. Kun potilas on yksikössä tai osastolla lyhyen aikaa, alkuvaiheen painevaurio jää usein huomaamatta. (Juutilainen & Hietanen 2018, 323.)

3.3.2 Painehaavojen ehkäiseminen

Vajaaravitsemus tai huono ravitsemustila voivat toimia riskitekijänä painehaavojen synnyssä. Haavan paraneminen edellyttää riittävää proteiinien, hiilihydraattien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia. Puutteellinen proteiinien saanti vähentää haavan vetolujuutta ja hidastaa haavan sulkeutumista. Potilaan ravitsemustila tulee arvioida vajaaravitsemuksen riskin arviointiin tarkoitetulla seulontamenetelmällä, joita ovat esimerkiksi NRS 2002, MNA tai MUST. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) on kehitetty avoterveydenhuoltoon, jossa huomioidaan potilaan kehon painoindeksi (BMI), painonlasku edellisten 3-6 kuukauden aikana ja akuutin sairauden vaikutus ravinnon nauttimiseen. Nutritional Risk Screening (NRS) on kehitetty erikoissairaanhoidon ja siinä huomioidaan potilaan BMI, painonlasku, ravinnonsaanti sekä sairauden vaikeusaste ja potilaan ikä. Mini Nutritional Assessment (MNA) on kehitetty erityisesti ikääntyville potilaille. (Juutilainen & Hietanen, 2018, 90-93.)

Potilaan ravitsemuksen hoidossa tulee kiinnittää huomiota energiansaantiin, tahattomaan painonlaskuun, stressiin ja neuropsykologisiin ongelmiin sekä niiden arviointiin. Painon kehitystä tulee seurata säännöllisesti ja energiansaanti tulee suhteuttaa painonmuutosten mukaan. Ravitsemussuunnitelman tekee ravitsemusterapeutti tai moniammatillinen ryhmä. Ravitsemussuunnitelmaan tulee sisältyä potilaan energia-, proteiini- ja nestetarpeen määrittäminen. Energiatarve vaihtelee yksilöllisesti ja riittävää ravinnonsaantia voi tarvittaessa tukea aterioiden välissä tarjottavilla ravintovalmisteilla. Potilasta tulee kannustaa riittävään nesteiden nauttimiseen, sillä neste toimii kehossa vitamiinien, mineraalien, glukoosin ja muiden ra-

vintoaineiden liuottimena ja kuljettaa samalla ravintoaineita ja aineenvaihdunta- tuotteita. Tämän takia hoitohenkilökunnan tulee tarkkailla potilaan nesteen saantia ja kuivumisen (painonmuutos, ihon jäntevyys, virtsaneritys ja veren natriumpitoisuus) merkkejä. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Asentohoidolla vähennetään paineen kestoa ja voimakkuutta potilaan luisten ulokkeiden kohdalla ja asentoa vaihdattaessa on huomioitava potilaan aktiivisuus ja liikuntakyky, ihon kunto ja kudosten paineen sieto. Asentoa vaihdettaessa potilaan kudoksiin kohdistuvan paineen tulee vähetä tai jakaantua uudelleen asennon vaihtamisen myötä. Vuodepotilaalla asentohoitoa toteutetaan tyynyjen avulla kallistettuna oikealle tai vasemmalle kyljelle ja vältetään puoli-istuvaa asentoa. Jos vuoteen pääpuolen kohottaminen on välttämätöntä, esimerkiksi hengityksen helpottamiseksi tai aspiraation ehkäisemiseksi, potilas tulee tukea siten, ettei hän liu´u vuoteessa alaspäin. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Ihon tehtävänä on suojata kehoa ulkoisilta vaaratekijöiltä kuten mikrobeilta, kemikaaleilta, säteilyltä, liialliselta kuumuudelta ja kylmyydeltä ja tämän vuoksi ihon eheys on tärkeää säilyttää. Painehaava on iho- ja kudosaivaurio, joka voidaan ehkäistä oikein valituilla hoitotoimenpiteillä. Koulutuksella varmistetaan hoitohenkilökunnan riittävä osaaminen ihon ja kudosten arvioinnissa. Painehaavariskipotilaan tullessa hoitoon, ihon arviointi on tehtävä välittömästi tai viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa. Potilaalla, jolla on virtsan tai ulosteen pidätyskyvyttömyys, ihoa tulee arvioida joka kerta, kun ihoa puhdistetaan eritteestä. Ihon optimaalinen kosteustapaino ja ihon puhtaus ehkäisevät ihovaurioiden ja painehaavojen syntymistä. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Painehaavat voidaan ehkäistä, jos potilaan painehaavariskiä suurentavat tekijät huomataan ajoissa. On kehitetty riskimittareita, jotka auttavat tunnistamaan painehaavoille altistavia tekijöitä. Mittari ei yksinään pysty ennustamaan potilaan vaaraa saada painehaava, eikä arvioi erilaisissa potilasryhmissä riskiä samanarvoisesti.

Riskimittareissa esiintyviä riskitekijöitä ovat potilaan liikuntakyky ja yleinen terveyden tila, ihon kosteus, tunto ja kitka sekä kudosten venyminen. Muita tekijöitä painehaavan syntymiselle ovat vartalon muoto, korkea tai matala painoindeksi, tupakointi, psyykkiset tekijät ja paikallista verenkiertoa heikentävät tekijät. (Juutilainen & Hietanen 2018, 334-335.)

Bradenin riskiluokitusmittari on eniten testattu ja luotetuin painehaavariskin kuvaaja. Mittari koostuu kuudesta osatekijästä: tuntoaisti, kosteus, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus, kitka ja kudosten venyminen. Mittarissa selitetään, mitä kullakin otsikolla tarkoitetaan. Pistemäärä voi olla 6-23 ja mitä pienemmät riskipisteet potilas saa, sitä suurempi hänen painehaavariskinsä on. Riskipisteet 19-23 viittaavat vähäiseen riskiin, mutta ihon ja kudosten kuntoa tulee tarkkailla silti (Taulukko 1.). Lisäksi on olemassa Jacksonin ja Cubbin painehaavariskin arviointimittarit. Mittareita käytetään arvioitaessa tehohoidossa olevien painehaavariskiä. Riskinarviointi tehdään mahdollisimman pian, kun potilas saapuu teho-osastolle, jonka jälkeen riskiä arvioidaan kerran vuorokaudessa. Muita kansainvälisiä riskiluokitusmittareita ovat Nortonin asteikko sekä Gosnellin ja Waterlow`n mittarit. Suomalaisen riskiluokitusmittarin on kehittänyt Mervi Lepistö. Siinä muista mittareista poiketen on otettu huomioon käytetyt apuvälineet, hoitokäytännöt ja organisaation henkilöstöresurssit sekä hoitajien koulutustaso. Mittari ei ole levinnyt kansainvälisesti. Esa Sopin kehittämää arviointimittaria (SRS = Shape Risk Scale) suositellaan käytettäväksi Braden-riskimittarin kanssa. SRS-mittarissa otetaan huomioon vartalomalli, painoindeksi, fyysinen aktiivisuus ja liikkuvuus, tajunnan taso ja tuntoaisti sekä ruumiinlämpö. Mittarin pisteytys on 6-24 siten, että pisteytys kasvaa vähäisestä riskistä suureen riskiin. (Juutilainen & Hietanen 2018, 338-343.)

Taulukko 1. Bradenin asteikko

(Taulukon julkaisemiseen saatu Medimattress-yhtiön lupa 3.12.2018)

Luokittelu/Pisteet	1	2	3	4
Fyysinen aktiivisuus	Sänkyyn hoidettava potilas	Istumaan kykenevä potilas Kyky kävellä rajoittunut tai puuttuu. Ei pysty kannattamaan omaa painoaan ja/tai vaatii avustusta siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin	Kävelee ajoittain Kävelee ajoittain päivän aikana, mutta vain lyhyitä matkoja joko ilman apua tai avustettuna. Viettää suurimman osan hoitovuorosta sängyssä tai tuolissa.	Kävelee usein Kävelee huoneen ulkopuolella vähintään kahdesti päivässä ja huoneessa kerran kahdessa tunnissa valvellaoloaikana.
Liikkuvuus Kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa	Täysin liikkumaton Ei pysty aktiivisesti lainkaan liikuttamaan kehoaan tai raajojaan ilman apua	Hyvin rajoittunut Pystyy ajoittain muuttamaan kehon tai raajojen asentoa, mutta on kykenemätön toistuviin tai huomattaviin asentomuutoksiin avustamatta	Osittain rajoittunut Useita, joskin pieniä raajojen asentomuutoksia ilman avustusta	Rajoittamaton Huomattavia ja toistuvia asentomuutoksia ilman avustusta
Venyttävät ja hankaavat voimat	Huomattavia Vaatii huomattavaa tai täydellistä avustusta liikuttamisessa. Nostaminen ilman liuttamista mahdotonta. Liukuu usein tuolissa tai sängyssä vaatiensa useasti toistuvaa apua. Spatisiteetti, kontratuurat tai rauhattomuus johtavat lähes jatkuvaan hankaukseen	Ajoittaisia Liikkuu vapaasti tai vaatii vain minimaalista avustusta. Liikkuessa keho todennäköisesti hankaa lakanoita ja muita hoitovälineitä vasten. Pystyy pitämään kohtuullisen hyvän asennon tuolissa tai sängyssä suurimman osan aikaa, mutta liukuu ajoittain.	Ei esiinny Liikkuu sängyssä tai tuolissa avustamatta ja lihasvoimaa on riittävästi kohottamaan kehon irti alustasta liikkumisen aikana. Ylläpitää hyvän asennon sängyssä tai tuolissa jatkuvasti.	
Tuntoaisti Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta johtuvaan epämukavuuteen	Puuttuu Ei reagoi (valita, kavahtaa tai takerru) kivuliaaseen ärsykeeseen alentuneesta tajunnantasosta johtuen TAI rajoittunut kyky tunkea kipua suurimmalla osin kehon pintalasta	Huomattavasti alentunut Reagoi vain kivuliaaseen ärsykeeseen. Ei pysty kommunikoidaan epämukavuutta muuten kuin valittamalla tai rauhattomuudella TAI on tuntopuutos, joka rajoittaa kivun tai epämukavuuden tuntemusta yli puolelta kehon pintalasta	Jonkin verran alentunut Reagoi puhutteluun, mutta ei voi aina ilmaista epämukavuutta tai tarvetta kääntämiin TAI on osittain tuntopuutos, joka rajoittaa kykyä tunkea kipua tai epämukavuutta 1-2 raajassa	Normaali Reagoi puhutteluun. Ei ole tuntopuutoksia, jotka rajoittavat kykyä tunkea tai ilmaista kipua tai epämukavuutta
Ihon altistuminen kosteudelle	Jatkuvasti kostea Iho pysyy melkein jatkuvasti kosteana hikoilusta tai virtsasta johtuen. Kosteutta havaitaan aina kun potilasta liikutetaan tai käännetään	Usein kostea Iho on usein, mutta ei aina kostea. Lakanat täytyy vaihtaa ainakin kerran hoitovuorossa	Ajoittain kostea Iho on ajoittain kostea vaatiensa vuodevaatteiden ylimääräisen vaihdon kerran päivässä	Harvoin kostea Iho on yleensä kuiva; vuodevaatteet vaihdetaan tavanomaisin välein
Ravinnon nauttaminen	Riittämätön Ei koskaan syö kokonaista kattausta. Nauttii harvoin korkeintaan kolmasosan tarjotusta ateriasta. Nauttii 2 annosta tai vähemmän proteiinipitoista ruokaa päivässä. Nauttii nesteitä heikosti. Ei nauti nestemäistä ravintolisää tai ei nauti mitään suun kautta ja/tai nauttii vain kirkkaita nesteitä tai on TPN > 5pv.	Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin kokonaisen kattausta tai nauttii vain puolet tarjotusta ateriasta. Nauttii vain 3 annosta proteiinipitoista ruokaa päivässä, Nauttii ajoittain nestemäistä ravintolisää TAI ei saa optimaalista määrää nesteitä tai letkuruokintaa	Kohtuullinen Syö yli puolet kustakin ateriatesta. Nauttii 4 annosta proteiinipitoista ruokaa päivittäin. Kieltäytyy ajoittain ruuasta, mutta nauttii tarjotun ravintolisän TAI on letkuruokinnalla tai TPN-ravitsemuksella, joka todennäköisesti kattaa ravitsemustarpeen	Hyvä Syö suuren osan jokaisesta ateriatesta. Ei koskaan kieltäydy ateriasta. Syö tavallisesti 4 annosta lihaa ja maitotuotteita. Joskus nauttii ravintoa aterioiden välissä. Ei tarvitse ravintolisää.

Kansainvälisen painehaavaluokituksen pohjana ovat entisen NPUAP:n (National Pressure Ulcer Advisor Panel) ja EPUAP:n (European Pressure Ulcer Advisor Panel) luokitukset, jotka perustuvat haavan anatomiseen syvyyteen. Hyvä luokitus kuvailee haavan paranemisen ennustetta ja ohjaa hoidon suuntaa. Luokiteltuja haavapotilaita on helpompi vertailla keskenään, kun hoitolaitoksissa arvioidaan ja tilastoidaan painehaavaongelman laajuutta. NPUAP-EPUAP-luokituksessa on neljä astetta ja kaksi lisäluokkaa (Kuvat 1 & 2), joilla pyritään selventämään ihovaurioiden tunnistamista ja määrittelyä. Käänteistä luokittelua ei käytetä painehaavan paranemisen yhteydessä. Eli esimerkiksi 4. asteen haava ei muutu paranemisen myötä kolmannen tai toisen asteen painehaavaksi. (Juutilainen & Hietanen, 2018, 331).

PAINEHAAVAHELPPERI

©NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyyssuokitus I-IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vettyminen (maseraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudosaavio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvässä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINETÄ JA ESTÄ IHON VENTYMINEN

Kuva 1. Painehaavahelpperi (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011)

Kuvan julkaisemiseen saatu lupa Suomen Haavanhoitoyhdistykseltä 3.12.2018

NPUAP – EPUAP KANSAINVÄLISEN PAINHAAVA- LUOKITTELUJÄRJESTELMÄN LISÄLUOKAT

Luokittlematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon.

Haava on täysin kateen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyyttä ei voida määrittää ennenkuin kate ja nekroosi on poistettu. Kyseessä on joko III tai IV asteen painehaava. Älä poista kantapästä kiinteää, kuivaa, pohjassaan kiinniolevaa, ehjöpintaista rupea tai nekroosia, joka ei hylly (fluktoi).

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkärää.



Luokittlematon

Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon.

Sinertävä tai punaruskea ehjä iho tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa paljastaen alla olevia kudokset hyvästä hoidosta huolimatta.

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkärää.



©NPUAP – EPUAP 2009

Kosteusvaurio

Kosteassa vauriossa (kosteaa leesio) iho on kiiltävä, hautunut, punoittava ja siinä on ihorikkoja, joissa ei ole nekroosia. Haavan reunat ovat epäsäännöllisiä. Syvällä pakaravaossa, tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat yleensä virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia. Kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle.

Hoitoperiaate: Kosteuden ehkäisy ja hoito.



© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011 • www.shhy.fi

Kuva 2. NPUAP- ja EPUAP Kansainvälisen painehaavaluokittelujärjestelmän lisäluokat (Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2011)

Kuvan julkaisemiseen saatu lupa Suomen Haavanhoitoyhdistykseltä 3.12.2018

3.4 Painehaavojen ehkäisyvälineet

Painehaavoja varten on kehitetty paljon erilaisia ehkäisyvälineitä, jotka suojaavat paineelta ja hankaukselta. Niiden käyttö suunnitellaan potilaan tarpeiden mukaisesti. Erilaisten nostoliinujen, nosturien, liukulakanoiden ja siirtovöiden avulla potilaan asentoa voidaan vaihtaa niin, ettei hänelle aiheudu ihovaurioita ja avustaja toimii ergonomisesti. (Juutilainen & Hietanen 2018, 345.)

Hygieniapatjat, eli sairaalapatjat, ovat vähintään 13 cm paksuja ja ne tukevat kehoa, eivät tunnu liian kovalta ja niissä on hygieniapäällyste. Hygieniapatja muovautuu jonkin verran kehon muotojen mukaisesti, mutta ei kevennä luisten ulokkeiden kohdalle tulevaa painetta yhtä hyvin kuin erikoispatjat. (Juutilainen & Hietanen 2018, 345.)

Erikoispatjat ovat joko passiivisia tai aktiivisia. Passiiviset erikoispatjat sopivat, kun painehaavariski on pieni tai kohtalainen. Passiivinen patja muotoutuu kehon muotoon painovoiman ja kehon lämmön vaikutuksesta. Patjalla kehoon kohdistuva paine on muuttumaton, jos potilas ei liiku. Tämän takia passiivinen patja sopii potilaille, jotka pystyvät vaihtamaan asentoa itsenäisesti ja joiden ihon tuntoaisti on normaali. Passiiviset erikoispatjat tehdään usein vaahtogeelistä. Vaahtogeelipatjat valmistetaan monikerroksisina, ja niissä patjan alin kerros on tukevampi kuin muut kerrokset. Vaahtogeeli palautuu hitaasti omaan muotoonsa, jos patjan päällä ei olla tai asentoa vaihdetaan. (Juutilainen & Hietanen 2018, 346.)

Aktiivista erikoispatjaa käytetään, kun painehaavariski on suuri tai erittäin suuri. Aktiiviset erikoispatjat toimivat koneellisesti. Ilmatäytteisissä kennoissa paine poistuu tai pienenee ihon kontaktialueilla tietyn väliajoin. Aktiivisten patjojen käyttö sairaaloissa ja hoitolaitoksissa on lisääntynyt. Ne säästävät henkilökunnan työtä, sillä potilasta ei tarvitse kahden tunnin välein olla kääntämässä. Öisin asetuksista saadaan säädettyä asennon vaihtovälejä, jolloin potilas voi nukkua yönsä paremmin. (Juutilainen & Hietanen 2018, 347.)

Pyörätuoleihin saa erillisen, yksilöllisen istuinalustan, joka valmistetaan vaahtomuovista, erikoikuiduista, polyesterinirouheista ja näiden yhdistelmistä. Hoitohenkilökunnan kuuluu tarkistaa potilaan istuinalustan kunto ja sopivuus sekä noudattaa valmistajan ohjeita ja huoltaa istuinalustaa säännöllisesti. Potilaalla tulee olla oikean kokoinen pyörätuoli, joka on valittu yksilöllisesti. Valintaan vaikuttavat potilaan koko ja ruumiinrakenne, aktiivisuus, lihasten hallintakyky, tuntehäiriöt ja riskiluokituksesta saatu informaatio. (Juutilainen & Hietanen 2018, 348-351.)

3.5 Hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisemisessä

Vuonna 2014 Suomessa tehty tutkimus selvitti painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää osaamista ja koulutustarpeita erikoissairaanhoidossa työskentelevällä hoitohenkilökunnalla. Koko tietotestin pistemäärän keskiarvo oli 26,1 (minimipistemäärä 19 ja maksimipistemäärä 31). Tuloksissa ilmeni, että hoitohenkilökunnalla oli jonkin verran kokemusta painehaavojen hoidosta, mutta osaamisen vahvistamisen tarpeita esiintyi painehaavaluokkien tunnistamisessa, riskin arvioinnin toteuttamisessa sekä potilaiden psyykkisen tilan huomioimisessa. Heikoimmaksi osaamisalueeksi koettiin psyykkisen tilan huomioimisen osaaminen painehaavojen ehkäisyssä ja parhaaksi asentohoito. Tietotestin perusteella painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä osaaminen oli kohtalaisella tasolla. Yli puolet vastanneista hoitajista ei ollut osallistunut painehaavojen ehkäisyyn liittyvään koulutukseen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Suurin osa ilmoitti tarvitsevänsä joko kohtalaisesti tai paljon lisäkoulutusta erityisesti apuvälineiden hyödyntämisestä, ravitsemuksesta, ihonhoidosta ja asento-hoidosta. Tutkijat toteavat, että hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää osaamista tulee tukea ja kehittää säännöllisesti. Erikoissairaanhoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan keskuudessa on tärkeää herättää keskustelua painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta ja tällä tavoin saada aikaan myönteistä asennoitumista painehaavojen ehkäisyyn liittyvään hoitotyöhön. (Koivunen, Luotola, Hautaoja, Laine & Asikainen 2014,14-22).

Mattila, Rekola ja Eriksson ovat toteuttaneet interventiotutkimuksen pitkäaikaispotilaita hoitavassa suomalaisessa sairaalassa vuosina 2007-2009. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää ja toteuttaa interventio painehaavojen ehkäisyyn sekä arvi-

oida kehitettyä interventiota ja sen merkitystä. Tutkimuksessa oli mukana interventio-osastona 25-paikkainen vuodeosasto, jossa oli kirurgisia jatkohoitoon tulleita potilaita sekä haavahoito- ja sisätautipotilaita. Vertailuosasto oli 26-paikkainen akuuttiosasto. Koko interventio-osaston hoitohenkilökunnalle toteutettiin painehaavojen ehkäisyyn ja varhaiseen tunnistamiseen tähtäävä koulutus. Tutkimusaineistoa kerättiin kolme kertaa: ennen, jälkeen ja intervention aikana. Interventio-osastolla kaikkien potilaiden ravitsemustila arvioitiin MUST-lomaketta käyttäen, vertailuosastolla lomake ei ollut käytössä. Apteekin täydennysravintovalmisteita käytettiin interventio-osastolla 43 % ja vertailuosastolla 12 % potilaista. Molemmilla osastoilla ravitsemus oli heikoin osaamisalue ja ihon kuntoon liittyvät asiat tiedettiin parhaiten. Potilaan iho tarkastettiin jokaisessa työvuorossa erityisesti luu-ulokekohdilta 61 % interventio-osaston potilaista ja vertailuosaston potilaista 22 %. Interventio-osastolla iho rasvattiin 80 % potilaista, joilla painaumia todettiin, vertailuosastolla ei lainkaan. (Mattila, Rekola & Eriksson 2011, 5, 8-9, 12-13, 17-19).

Koivunen, Luotola, Hjerppi, Kauko ja Asikainen (2016, 51-63) tutkivat hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyn liittyvää koulutustarvetta sekä arvioivat koulutusintervention merkitystä hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyn ja riskin arvioinnin osaamiselle erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Tutkimus oli ennen ja jälkeen -asetelmalla toteutettu interventiotutkimus. Tuloksissa ilmeni, että hoitajien osaaminen on kohtalaisella tasolla ja vastasi aikaisemmin tehdyn tutkimuksen tuloksia (Mattila ym. 2011). Hankkeen yhteydessä toteutettiin koulutuskokonaisuus painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta sähköiselle Moodle-alustalle.

Vuonna 2011 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien tietämystä ja asenteita painehaavojen ehkäisemisessä 14 belgialaisessa sairaalassa sekä tutkittiin tietämyksen, asenteiden ja riittävän soveltamisen välistä yhteyttä. Tutkimus suoritettiin poikkileikkaus-monikeskustutkimuksena ja siihen osallistui 553 sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajilla oli painehaavojen ehkäisyssä huono tietämys ja hoitajat olivat epäpäteviä. Asenteet painehaavojen ehkäisyssä olivat negatiivisia. Tuloksissa ilmeni, että tieto ja asenne korreloivat keskenään, mutta tiedon ja riittävän soveltamisen välillä ei havaittu korrelaatiota. (Beeckman, Defloor, Schoonhoven & Vanderwee 2011, 166-176.)

Källman ja Suserud (2008) tekivät kuvailevan poikkileikkaustutkimuksen Ruotsissa kuuden sairaalan klinikalla ja kuudessa kunnallisessa terveyskeskuksessa. Tutkittavat olivat joko sairaanhoitajia tai hoitoapulaisia. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia henkilökunnan asenteita ja tietämystä painehaavojen ehkäisemisessä sekä tutkia asenteita riskien arviointia ja kirjaamista kohtaan. Tutkimukseen kutsutavat valittiin satunnaisotannalla ja vastauslomakkeita palautettiin 154. Tuloksissa ilmeni, että hoitoapulaiset ja sairaanhoitajat osoittivat myönteistä asennetta painehaavojen ehkäisemisessä. Suurin osa hoitohenkilökunnasta pystyi tunnistamaan riskialueet ja olennaiset riskitekijät ja ehdottamaan asianmukaisia toimenpiteitä painehaavojen ehkäisemiseen ja hoitoon. (Källman & Suserud 2008, 334-341.)

Jordanialaisessa kahdeksassa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa (2011) kerättiin tietoa hoitohenkilökunnan painehaavaosaamisesta. Poikkileikkaustutkimuksessa tutkittavat valittiin satunnaisotannalla. Tutkimuksen mukaan enemmistöllä sairaanhoitajista ei ole riittävästi tietoa ennustaa ja ehkäistä painehaavojen syntymistä. Tutkimuksen tulokset kannustavat parantamaan hoitohenkilökunnan kouluttamista painehaavojen ehkäisyyn. (Qaddumi & Khwaldeh 2014, 6-21.)

Etiopiassa, Gondorin yliopistollisessa sairaalassa arvioitiin painehaavojen ehkäisyyn liittyviä tietoja ja käytäntöjä sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä sairaanhoitajien keskuudessa. Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena ja tutkittavia oli yhteensä 248. Tuloksien mukaan hoitajilla oli riittämätön tietämys ja kokemus painehaavojen ehkäisemisessä. Koulutustasolla ja koulutuksiin osallistumisella todettiin olevan myönteinen vaikutus tietämykseen. Tilojen ja laitteiden puute, tyytymättömyys hoitotyön johtajiin ja riittämättömät henkilöstömäärät osoittivat negatiivista yhteyttä sairaanhoitajien painehaavojen ehkäisemiseen. Tuloksista selvisi, että koulutukset ja täydennyskoulutukset, jotka lisäävät sairaanhoitajien tietoa ja painehaavan ehkäisyn oikeita käytäntöjä, ovat tärkeimpiä vaiheita painehaavojen ehkäisemisessä. (Nurhusien, Fisseha, Senafikish & Yohannes 2015, 2-8.)

Joulukuussa 2008 selvitettiin Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla poikkileikkaustutkimuksena kroonisten haavojen esiintyvyyttä. Kyselylomakkeiden avulla kerättiin tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastoilla, avohoidossa sekä kotihoidossa olevien haavapotilaiden määrästä. Haavan oltua avoinna yli neljä

viikkoa, se määriteltiin krooniseksi. Tutkimus toteutettiin sähköisenä yhden päivän aikana. Tutkimukseen vastasi 466 yksikköä (61%). Kroonisia haavapotilaita oli yhteensä 1029, ja heillä painehaava oli yleisin (23 %) haavan aiheutumissy. (Mäkelä, Annanmäki, Koivunen, Jyväskylä, Mattson, Iso-Aho, Nurkkala, Hietanen, Juutilainen, Kaira, Iivanainen, Tukiainen & Lepäntalo 2008, 15-17.)

3.6 Painehaavojen kirjaaminen

Finnish Care Classification (FinCC) on kansallinen hoitotyön kirjaamismalli, joka auttaa hoitajaa potilaskertomuksen kirjaamisessa. FinCC muodostuu seuraavista: Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja Suomalainen hoidon tuloluokitus (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on samanlainen rakenne, jossa komponenttien alle on koottu tarveluokitukseen ja toimintoluokitukseen pää- ja alaluokat, joilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu. SHTuL:n avulla arvioidaan hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 3.)

FinCC-luokituksessa kudoseheys -komponentit kuvaavat potilaan hoidon tarpeita ja muutoksia limakalvoilla, iholla ja ihonalaisissa kudoksissa. Vaasan kaupungin sairaalassa on käytössä Pegasos- potilastietojärjestelmä. Kudoseheys -komponentin pääluokkaan kuuluvat seuraavat yläluokat: ihon kunnon seuranta, ihon hoitoon liittyvä ohjaus, ihottuman seuranta ja hoito, ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus ja haavanhoito. Painehaavan hoitotyön kirjaamisessa käytetään viimeksi mainittua yläluokkaa eli Haavanhoito-yläluokkaa. Sen alaluokkina käytetään seuraavia: haavan vuodon seuranta ja erittämisen seuranta, haavasidoksen vaihto, haavan suihkutusta ja kylvetystä, haavan antiseptinen puhdistus, haavan huuhtelu, haavan mekaaninen puhdistus, ontelon ja fistelin huuhtelu, alipaineimuhoidon toteutus, ompeleiden poisto, asennonvaihdosta huolehtiminen ja ilmapatja tai muu erikoispatja.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimustavalla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti, eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin, ”Kuinka moni?”, ”Kuinka paljon?” ja ”Kuinka usein?” (Vilka 2007, 14.) Kohteena oli Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastojen 5, 6, 7 ja 9 hoitohenkilökunta (Liite 2). Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla jokaiselta osastolta, osastoja oli neljä ja hoitohenkilökuntaa oli yhteensä 80. Kyselyyn sai vastata työaikana.

Aineisto kerättiin Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen –mittarilla (Stolt, Hjerppe, Hietanen, Puukka & Haavisto 2019, 409-415). Kyselylomaketta oli käytetty aiemmin ammattikorkeakoulutasoisissa opinnäytetöissä (Rouvinen 2016; Sotkasiira & Tyrjäälä 2017). Mittari oli päivitetty kansainvälisten painehaavojen ehkäisemisen suositusten perusteella (NPUAP, EPUAP, PPPIA 2014). Se sisältää 35 väittämää painehaavojen ehkäisemisestä seitsemällä osa-alueella: painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavat tekijät (kysymykset 16-20), painehaava-alueet (kysymykset 21-25), painehaavariskin arviointi (kysymykset 26-30), asentohoito (kysymykset 31-35), apuvälineet (kysymykset 36-40), ihon arviointi ja hoito (kysymykset 41-45) ja ravitsemus (kysymykset 46-50). Vastaajia pyydetään arvioimaan ovatko väittämät oikein vai väärin (asteikko on ”kyllä”, ”ei”, ”en osaa sanoa”). Oikeasta vastauksesta saa yhden pisteen ja väärästä tai siitä, ettei osaa vastata saa 0 pistettä. Osaamisen lisäksi vastaajilta kysytään 15 taustatietokysymystä, jotka liittyvät työkokemukseen sekä omaan arvioon painehaavojen ehkäisemisen osaamisesta ja koulutustarpeesta. Kyselylomakkeen omistavat Haavisto ja Hietanen, joilta saatiin sen käyttöön lupa. Kyselylomaketta ei esitellään, koska mittaria on käytetty aikaisemmin samankaltaisissa tutkimuksissa.

Kyselylomakkeet olivat paperisia ja ne jaettiin osastoille 5, 6, 7 ja 9 vuoronvaihdon aikaan, kun oli mahdollisimman paljon väkeä töissä. Jokaiselle osastolle jätettiin kyselylomakkeita varten palautuslaatikko. Etukäteen kysyttiin osastonhoitajilta,

milloin olisi heille sopiva aika kertoa tutkimuksesta. Vastausaikaa oli kuukausi. Opinnäytetyön tekijä kyseli kahden viikon jälkeen tilannetta ja muistutti kyselyyn vastaamisesta. Kyselomakkeet jätettiin osastolle sellaiselle paikalle, missä ne eivät olleet tiellä. Joukossa oli myös tutkittavan tiedote jokaiselle hoitajalle (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksesta.

4.2 Aineiston analysointi

Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisella SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for Social Sciences). Kyselylomakkeet numeroitiin ja syötettiin SPSS-ohjelmaan Kyselylomakkeen taustietokysymysten vastaukset ja tietotestin tulokset syötettiin manuaalisesti yksitellen SPSS-ohjelmaan. Aineisto kuvailtiin frekvenssien (F) ja prosenttien (%) avulla. Tuloksia havainnollistettiin taulukoiden avulla.

4.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavilla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta, eikä vastaajien henkilötietoja pyydetty. Näin varmistettiin tutkittavien itsemääräämisoikeus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 219.) Tietoisuuden varmistamiseksi kyselylomakkeita jaettaessa kerrottiin suullisesti tutkimuksesta ja tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, lisäksi jaettiin tutkittavan tiedote (Liite 2), joka sisälsi samat asiat. Tutkimukseen osallistuvat antoivat tietoisuutensa vastaamalla kyselyyn. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla. Tutkimuksessa ei kysytty vastaajan henkilötietoja. Anonymiteetti varmistettiin siten, että vain tutkija käsitteli aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 221.) Kyselyyn saatiin asianmukainen tutkimuslupa kohdeorganisaation ylihoitajalta. Kyselylomakkeen käyttöön oli saatu Elina Haavistolta suullinen lupa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222) syyskuussa 2018 ja se vahvistettiin vielä kirjallisesti joulukuussa 2018.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kokonaisluotettavuuden muodostavat tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti yhdessä. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen vaikuttaa tutkimukselle asetettu vaatimustaso, eli miten tutkimus tehdään. Kokonaisluotettavuus on hyvä silloin, kun mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä ja otos edustaa perusjoukkoa. (Vilka 2007, 152-154.)

Tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia heikentävät systemaattiset virheet, jotka johtavat tuloksia harhaan, joka voi johtua kadosta, vastaajan valehtelusta, asioiden kaunistelusta tai vähättelystä. Satunnaisvirhe, esimerkiksi vastaajan muistivirhe, heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta. (Vilka 2007, 154.)

Tutkimuksen validiteetti kertoo tutkimuksen kyvystä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Validius kertoo, miten tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian ja ajatuskokonaisuuden mittariin. (Vilka 2007, 150-152.) Tutkimuksen validiteettia paransi se, että kyselylomaketta on käytetty aikaisemmin vastaavanlaisissa tutkimuksissa. Alun perin se on kehitetty Ammatti- korkeakoulu Metropolian opinnäytetöihin. Kyselylomake on alun perin kehitetty aikaisemmasta painehaavojen ehkäisemisen osaamisen mittarista ja se on päivitetty kansainvälisten painehaavojen ehkäisyn suositusten (NPUAP, EPUAP, PPPIA) perusteella. (Sotkasiira & Tyrjälä 2017.) Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 56,2 %. Kyselyyn vastaaminen kesti noin 10-15 minuuttia, joka saattoi vähentää vastaamista. Otokoko oli 45, mitä voidaan pitää matalana kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kuitenkin yli puolet vastasi ja tutkimus tuotti tuloksia, joita voidaan hyödyntää hoitajien koulutuksessa painehaavojen ehkäisystä, vaikka tuloksia ei voidaakaan yleistää perusjoukkoon.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta ja mittauksesta toiseen arvioitua tulosten pysyvyyttä. Luotettavien tulosten saamiseksi on varmistettava, että on tehty huolellinen tiedonkeruu, tulosten syöttäminen ja käsittely. Selkeä tutkimusongelman rajaaminen, määritelty perusjoukko, hyvä kyselylomake ja tutkimussuunnitelma, sopiva tiedonkeruumenetelmä ja korkea vastausprosentti edesauttavat tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan on tärkeää itse arvioida koko tutkimuksen ajan

reliabiliteettia ja tuoda esille luotettavuutta alentavat seikat, esimerkiksi alhainen vastausprosentti. (Vilka 2007, 149.) Tässä opinnäytetyössä on tehty tieteellisiä tiedonhakuja. Kyselylomaketta on aiemmin käytetty samantapaisissa tutkimuksissa. Opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä sähköpostilla vuodeosastojen osastonhoitajiin sopiakseen sopivan ajan tutkittavan tiedotteen ja kyselylomakkeiden jakamiseen ja tätä parannettiin aineistonkeruun luotettavuutta. Jokaiselle osastolle vietiin myös kyselylomakkeiden palautuslaatikko.

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimuksessa kerättiin aineisto kyselylomakkeiden avulla kaupunginsairaalan neljän vuodeosaston hoitohenkilökunnalta. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 80 (jokaiselle osastolle noin 20 kyselylomaketta). Kyselylomakkeita palautettiin 45. Vastausprosentiksi muodostui 56,2%. Kaikkien kyselylomakkeiden vastaukset analysoitiin. Kyselylomakkeen alussa oli 15 taustatietokysymystä, joissa kysyttiin ammattiin ja työtehtäviin liittyviä asioita.

Vastaajien määrä työyksiköittäin on esitetty taulukossa 2. Puuttuvaksi tiedoksi merkittiin kaksi vastausta, sillä nämä vastaajat olivat valinneet kaikki vaihtoehdot, koska he ilmoittivat työskentelevänsä kaikilla osastoilla.

Taulukko 2. Vastaajien työyksikkö

Työyksikkö	f	%
Osasto 5	12	26,7 %
Osasto 6	10	22,2 %
Osasto 7	10	22,2 %
Osasto 9	11	24,4 %
Puuttuva tieto	2	4,4 %
Yhteensä	45	100 %

Vastaajista sairaanhoitajia (amk) oli 12 (26,7 %) ja opistotason sairaanhoitajia oli 6 (13,3 %). Eniten oli lähi- tai perushoitajia (F = 24, 53,3 %). Vastaajien koulutukset on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 3. Vastaajien koulutus

Koulutus	f	%
Erikoissairaanhoitaja	3	6,7 %
Sairaanhoitaja (amk)	12	26,7 %
Sairaanhoitaja (opistoaste)	6	13,3 %
Lähi- tai perushoitaja	24	53,3 %
Muu, mikä	0	0 %
Puuttuva tieto	0	0 %
Yhteensä	45	100 %

Vastaajista 24 (53,3 %) toimi lähi- tai perushoitajana ja sairaanhoitajana toimi 16 (35,6 %). Vastaajien työtehtävät on esitelty taulukossa 4.

Taulukko 4. Vastaajien työtehtävä

Työtehtävä	f	%
Osastonhoitaja/vastaava hoitaja	1	2,2 %
Apulaisosastonhoitaja	3	6,7 %
Sairaanhoitaja	16	35,6 %
Lähi- tai perushoitaja	24	53,3 %
Muu hoitaja, mikä	0	0 %
Puuttuva tieto	1	2,2 %

Yhteensä	45	100 %
----------	----	-------

Vastaajista kukaan ei ollut työyksikön haavanhoitaja tai auktorisoitu haavanhoitaja. Muutamassa kyselylomakkeessa (F = 2) kommenttina oli, että kaikki hoitavat haavoja.

Vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalla ammattiin valmistumisen jälkeen esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Vastaajien työkokemus terveydenhuoltoalalla ammattiin valmistumisen jälkeen.

Työkokemus	f	%
Alle 1 vuotta	1	2,2 %
1-5 vuotta	9	20,0 %
6-20 vuotta	16	35,6 %
21-40 vuotta	18	40,0 %
Puuttuva tieto	1	2,2 %
Yhteensä	45	100 %

Vastaajista 15,6 % (F = 7) oli työskennellyt nykyisessä toimipisteessä alle 1 vuoden. 1-5 vuotta nykyisessä toimipisteessä oli työskennellyt 44,4 % (F = 20). 6-20 vuotta oli työskennellyt 28,9 % (F = 13) ja 21-40 vuotta 8,9 % (F = 4). Kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 2,2 % (F = 1).

Vastaajista 71,1 % (F = 32) oli tekemisissä painehaavojen ehkäisyn ja varhaisen tunnistamisen kanssa päivittäin ja 17,8 % (F = 8) viikoittain. Kuukausittain oli tekemisissä 8,9 % (F = 4) ja harvemmin 2,2 % (F = 1).

Tutkittavilta kysyttiin, kuinka usein he hoitavat painehaavapotilaita. Vastaajista 20 % (F = 9) hoiti painehaavoja päivittäin ja viikoittain hoiti 68,9 % (F = 31). Kuukausittain hoiti 8,9 % (F = 4) ja harvemmin 2,2 % (F = 1).

Painehaavoja koskevassa koulutuksessa omassa organisaatiossa oli ollut viimeisen kahden vuoden aikana 1-2 kertaa 17,8 % (F = 8), 3-4 kertaa 2,2 % (F = 1) ja 5-6 kertaa 2,2 % (F = 1). Vastaajista 68,9 % (F = 31) ei ollut ollut koulutuksessa kertakaan. Kysymykseen vastaamatta jätti 8,9 % (F = 4).

Painehaavoja koskevassa koulutuksessa organisaation ulkopuolella viimeisen kahden vuoden aikana oli ollut 1-2 kertaa 8,9 % (F = 4). Vastaajista 77,8 % (F = 35) ei ollut ollut kertaakaan. Kysymykseen jätti vastaamatta 13,3 % (F = 6).

Taulukossa 6 esitetään vastaajien arviot omasta osaamisestaan painehaavojen ehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa kouluarvosanoilla 4-10. Runsas puolet antoi itselleen kouluarvosanan 8 ja kukaan ei antanut itselleen arvosanaa 4, 5 tai 10.

Taulukko 6. Vastaajien oma arvio osaamisestaan painehaavojen ehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa kouluarvosanoin 4-10.

Vastaajien arviot omasta osaamisestaan painehaavojen ehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa kouluarvosanoin 4-10.	f	%
4	0	0 %
5	0	0 %
6	5	11,1 %
7	8	17,8 %
8	23	51,1 %
9	7	15,6 %
10	0	0 %

Puuttuva tieto	2	4,4 %
Yhteensä	45	100 %

Vastaajien kokemus omasta lisäkoulutuksen tarpeesta painehaavojen ehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta on esitetty taulukossa 7. Vastaajista lähes puolet (48,9 %) koki tarvitsevansa kohtalaisesti lisäkoulutusta.

Taulukko 7. Vastaajien kokemus omasta lisäkoulutuksen tarpeesta painehaavojen ehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta.

Vastaajien kokemukset omasta lisäkoulutuksen tarpeesta painehaavojen ehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta	f	%
Paljon	3	6,7 %
Kohtalaisesti	22	48,9 %
Vähän	19	42,2 %
En lainkaan	1	2,2 %
Puuttuva tieto	0	0%
Yhteensä	45	100 %

Viimeisessä taustakysymyksessä kysyttiin, mistä vastaaja kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavojen ehkäisystä. Eniten koettiin tarvetta lisäkoulutukselle painehaavaaluokista (46,7 %) ja apuvälineistä painehaavojen ehkäisyssä (35,6 %). Vähiten koettiin tarvetta koulutukselle asentohoidosta/ liikkumisesta painehaavojen ehkäisyssä (11,1 %) ja potilaan/ omaisen ohjauksesta painehaavojen ehkäisyssä (11,1 %). (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lisäkoulutuksen tarve painehaavojen ehkäisyssä.

Aihe painehaavojen ehkäisyssä, josta kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta	f	%
Painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät	7	15,6 %
Painehaavaluokat	21	46,7 %
Painehaavariskin arvioiminen	13	28,9 %
Asentohoito/ liikkuminen painehaavojen ehkäisyssä	5	11,1 %
Apuvälineet painehaavojen ehkäisyssä	16	35,6 %
Psyykinen tila painehaavojen ehkäisyssä	12	26,7 %
Ihon arviointi ja hoito painehaavojen ehkäisyssä	9	20,0 %
Ravitsemus painehaavojen ehkäisyssä	12	26,7 %
Potilaan/ omaisen ohjaus painehaavojen ehkäisyssä	5	11,1 %
Kirjaaminen painehaavojen ehkäisyssä	6	13,3 %
Alustat ja sänky painehaavojen ehkäisyssä	8	17,8 %
Muuta, mitä	1	2,2 %

Yksi vastaaja oli kirjoittanut ”Muuta”-kohtaan, että hän koki tarvitsevansa lisäkoulutusta hoitotarvikkeista.

5.2 Hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisyssä

Hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisemisessä mitattiin tietotestillä. Tietotesti sisälsi 35 väitettä seitsemästä eri kategoriasta.

Ensimmäinen tietotestin kategoria oli **”Painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä”** (Taulukko 9). Parhaiten tiedettiin se, että painehaava sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla (95,6 %:lla oikein). Muut kysymykset, joissa yli 90 % vastasi oikein, liittyivät tärkeimpään painehaavan syntyyn vaikuttavaan tekijään

sekä kitkan vaikutukseen. Heikoimmin tiedettiin, ettei kosteusvaurio pakarassa ole painehaava (28,9 %:lla oikein).

Taulukko 9. Tietotesti: Painehaavaan ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Väittämä/Vas- taukset (Väittämien jäl- keen sulkeissa on ilmaistu, onko väittäjä oikein vai väärin)	Vastaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaajan vastaus oli oikein f (%)	Puut- tuva tieto f (%)
Tärkein paineaa- van syntyyn vaikut- tava tekijä on pitkit- tynyt, kohtisuora, yhtäjaksoinen ul- koinen paine. (Oi- kein)	41 (91,1 %)	3 (6,7 %)	0 (0%)	41 (91,1 %)	1 (2,2%)
Kosteusvaurio pa- karassa on myös painehaava. (Vää- rin)	21 (46,7 %)	13 (28,9 %)	11 (24,4 %)	13 (28,9 %)	0 (0%)
Painehaava sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla. (Oikein)	43 (95,6 %)	0 (0%)	2 (4,4 %)	43 (95,6 %)	0 (0%)
Kitka pahentaa yh- täjaksoisen kohti- suoran paineen ai- heuttamaa kudosa- vauriota. (Oikein)	42 (93,3 %)	1 (2,2 %)	2 (4,4 %)	42 (93,3 %)	0 (0%)
Pitkittynyt ihon kosteus altistaa pai- nehaavoille. (Oi- kein)	38 (84,4 %)	3 (6,7 %)	4 (8,9 %)	38 (84,4 %)	0 (0%)

Toinen tietotestin kategoria oli ”**Painehaavaluokat**” (Taulukko 10). Parhaiten tie-
dettiin, että neljännen asteen painehaavassa on luu tai jänne paljaana (86,7 %:lla
oikein). Muut kysymykset, joissa yli 80 % vastasi oikein, liittyivät toisen asteen
painehaavaan sekä sinertävän/punertavan ihon alla sijaitsevaan kudosa-
vaurioon. Heikoiten tiedettiin, että kolmannen asteen painehaava ei lävistä lihaskalvoa (8,9

%:lla oikein). Tässä kategoriassa vastattiin eniten ”En osaa sanoa” ja puuttuvia vastauksia oli eniten.

Taulukko 10. Tietotesti: Painehaavaluokat

Väittämä/Vastaukset (Väittämien jälkeen sulkeissa on ilmaistu, onko väittämä oikein tai väärin)	Vastaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaajan vastaus oli oikein f (%)	Puuttuva tieto f (%)
Ensimmäisen asteen painehaavan punotus häviää noin 30 minuutin kuluttua asennon vaihtamisesta. (Väärin)	23 (51,1 %)	12 (26,7 %)	9 (20,0 %)	12 (26,7 %)	1 (2,2 %)
Toisen asteen painehaava on ihon tasossa oleva rakkula tai haava. (Oikein)	38 (84,4 %)	0 (0%)	6 (13,3 %)	38 (84,4 %)	1 (2,2 %)
Kolmannen asteen painehaava lävistää lihaskalvon. (Väärin)	28 (62,2 %)	4 (8,9 %)	11 (24,4 %)	4 (8,9 %)	2 (4,4 %)
Sinertävän/ punertavan ehjän ihon alla voi olla kudonvaurio, joka voi ulottua syviin kudoksiin. (Oikein)	38 (84,4 %)	2 (4,4 %)	5 (11,1 %)	38 (84,4 %)	0 (0%)
Neljännän asteen painehaavassa on luu tai jänne paljaana. (Oikein)	39 (86,7 %)	2 (4,4 %)	4 (8,9 %)	39 (86,7 %)	0 (0%)

Kolmas tietotestin kategoria oli: ”**Painehaavariskin arviointi**” (Taulukko 11.) Kategoriassa heikoiten (55,6 %:lla oikein) tiedettiin, että riskiluokitusmittarin avulla kaikki riskitekijät tulevat arvioituksi samalla tavalla. Parhaiten tiedettiin, että potilaan ja ihon kliininen arviointi on välttämätöntä riippumatta riskinarviointimittarista (97,8 %:lla oikein). Muut kysymykset, joihin oli myös 97,8% vastannut oikein liittyivät potilaan ravitsemustilaan ja tunnottomuuteen. Heikoimmin tiedettiin, että

riskiluokitusmittarin avulla kaikki riskitekijät tulevat arvioituksi samalla tavalla (55,6 %:lla oikein).

Taulukko 11. Tietotesti: Painehaavariskin arviointi

Väittäjä/Vastaukset (Väittämiä jälkeä sulkeissa on ilmaistu, onko väittäjä oikein tai väärin)	Vastaaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaaajan vastaus oli oikein f (%)	Puuttuva tieto f (%)
Riippumatta käytetystä riskinarviointimittarista, potilaan ja ihon kliininen arviointi on välttämätön. (Oikein)	44 (97,8 %)	0 (0%)	1 (2,2%)	44 (97,8 %)	0 (0%)
Riskiluokitusmittarin avulla kaikki riskitekijät tulevat arvioituksi samalla tavalla. (Oikein)	25 (55,6 %)	10 (22,2 %)	9 (20,0 %)	25 (55,6 %)	1 (2,2 %)
Painehaavariskin arviointi tulisi suorittaa välittömästi potilaan tultua yksikköön tai viimeistään kahdeksan tunnin sisällä. (Oikein)	33 (73,3 %)	7 (15,6 %)	3 (6,7 %)	33 (73,3 %)	1 (2,2 %)
Tunnottomuutta ei tarvitse ottaa huomioon painehaavariskin arvioinnissa. (Väärin)	1 (2,2 %)	44 (97,8 %)	0 (0%)	44 (97,8 %)	0 (0%)
Potilaan ravitsemustilaa ei tarvitse ottaa huomioon painehaavariskia arvioitaessa. (Väärin)	1 (2,2 %)	44 (97,8 %)	0 (0%)	44 (97,8 %)	0 (0%)

Neljäs tietotestin kategoria oli ”**Painehaavojen ehkäisy ja asentohoito**” (Taulukko 12.) Eniten (95,6 %) oikein tiedettiin, että potilas tulee asettaa niin, että hän istuu tasapainossa, ja ettei kudoksiin tule kitkaa. Heikoiten (6,7 %) oikein tiedettiin,

että potilaan kudoksiin kohdistuvan paineen ei tule poistua asennon vaihtamisen myötä.

Taulukko 12. Tietotesti: Painehaavojen ehkäisy/ asentohoito

Väittäjä/Vastaukset (Väittämiä jälkeen sulkeissa on ilmaistu, onko väittäjä oikein tai väärin)	Vastaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaajan vastaus oli oikein f (%)	Puuttuva tieto f (%)
Vähäisessä painehaavariskissä olevalle potilaalle ei tarvitse luoda painonkevennyksen aikataulua. (Väärin)	10 (22,2 %)	26 (57,8 %)	9 (20,0 %)	26 (57,8 %)	0 (0%)
Liikuntarajoitteisen potilaan asentohoito toteutetaan tyynyjen avulla asettamalla potilas tukevasti vuoroitellen oikealle tai vasemmalle kylkiasentoon. (Väärin)	26 (57,8 %)	18 (40,0 %)	0 (0%)	18 (40,0 %)	1 (2,2 %)
Painehaavariskissä olevan potilaan asentoa tulee muuttaa, jos hänen terveydentilansa sen sallii. (Oikein)	35 (77,8 %)	10 (22,2 %)	0 (0%)	35 (77,8 %)	0 (0%)
Potilaan kudoksiin kohdistuvan paineen tulee poistua asennon vaihtamisen myötä. (Väärin)	41 (91,1 %)	3 (6,7 %)	1 (2,2 %)	3 (6,7 %)	0 (0%)
Potilas tulee asettaa istumaan niin, että hän istuu tasapainossa, ja ettei kudoksiin tule kitkaa. (Oikein)	43 (95,6 %)	1 (2,2 %)	1 (2,2 %)	43 (95,6%)	0 (0%)

Viides tietotestin kategoria oli ”Painehaavojen ehkäisy ja apuvälineet” (Taulukko 13.) Kaikki vastaajat tiesivät oikein, että korkean riskin potilaat, joille ei

voida toteuttaa säännöllistä asentohoitoa, tarvitsevat erikoispatjan. Heikoiden (37,8 %:lla oikein) tiedettiin, että kantapäiden kohottamiseksi ei käytetä donitsinmuotoisia apuvälineitä.

Taulukko 13. Tietotesti: Painehaavojen ehkäisy/ apuvälineet

Väittäjä/Vastaukset (Väittäjien jälkeen sulkeissa on ilmaistu, onko väittäjä oikein tai väärin)	Vastaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaajan vastaus oli oikein f (%)	Puut-tuva tieto f (%)
Istumaan nostetun potilaan siirtämisessä tulisi käyttää siirtolevyä, liukulakanaa tai nostovyötä. (Oikein)	34 (75,6 %)	8 (17,8 %)	2 (4,4 %)	34 (75,6 %)	1 (2,2 %)
Keinokarva ehkäisee ihoon ja sen alaisiin kudoksiin kohdistuvaa painetta. (Väärin)	17 (37,8%)	21 (46,7 %)	7 (15,6 %)	21 (46,7 %)	0 (0%)
Paikallisen paineen kevennyskeinona voidaan käyttää vedellä täytetyjä suojakäsineitä. (Väärin)	17 (37,8 %)	19 (42,2 %)	9 (20,0 %)	19 (42,2 %)	0 (0%)
Kantapäiden kohottamiseksi käytetään donitsinmuotoisia apuvälineitä. (Väärin)	23 (51,1 %)	17 (37,8 %)	4 (8,9 %)	17 (37,8 %)	1 (2,2 %)
Korkean riskin potilaat, joille ei voida toteuttaa säännöllistä asentohoitoa, tarvitsevat aktiivisen erikoispatjan. (Oikein)	45 (100,0 %)	0 (0%)	0 (0%)	45 (100,0 %)	0 (0%)

Kuudes tietotestin kategoria oli ”**painehaavojen ehkäisy/ ihon arviointi ja hoito**” (Taulukko 14). Parhaiten (75,6 %:lla oikein) tiedettiin, että liikuntarajoitteisen potilaan ihon kunto tarkistetaan samalla, kun potilasta siirretään vuoteeseen. Heikoiden tiedettiin, ettei punottavaa, ehjää ihoa voi hieroa luu-ulokekohdilta (64,4 % oikein), mutta tähän kysymykseen moni (15,6 %) oli vastannut ”En osaa sanoa”.

Taulukko 14. Tietotesti: Painehaavojen ehkäisy/ ihon arviointi ja hoito

Väittäjä/Vas- taukset (Väittäjien jäl- keen sulkeissa on ilmaistu, onko väittäjä oikein tai väärin)	Vastaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaajan vastaus oli oikein f (%)	Puut- tuva tieto f (%)
Painehaavariskipo- tilaalla, jolla on in- kontinenssi, arvioi- daan iho, joka toi- nen päivä. (Väärin)	5 (11,1 %)	34 (75,6 %)	6 (13,3 %)	34 (75,6 %)	0 (0%)
Punottavaa ehjää ihoa voi hieroa luu- ulokekohdilta. (Väärin)	9 (20,0 %)	29 (64,4 %)	7 (15,6 %)	29 (64,4 %)	0 (0%)
Liikuntarajoitteisen potilaan ihon kunto tarkistetaan sa- malla, kun potilasta siirretään vuotee- seen. (Oikein)	34 (75,6 %)	8 (17,8 %)	3 (6,7 %)	34 (75,6 %)	0 (0%)
Jos lääkinnällinen laite on kosketuk- sessa ihoon, iho tu- lee tarkistaa vähin- tään kaksi kertaa päivässä. (Oikein)	31 (68,9 %)	6 (13,3 %)	8 (17,8 %)	31 (68,9 %)	0 (0%)
Makuu- ja is- tuinalustaa valitta- essa huomioidaan sen vaikutus ihon kosteuteen ja läm- pötilaan. (Oikein)	33 (73,3 %)	2 (4,4 %)	8 (17,8 %)	33 (73,3 %)	2 (4,4 %)

Tietotestin seitsemäs kategoria oli ”**Painehaavojen ehkäisy ja ravitsemus**” (Taulukko 15). Parhaiten (91,1 % oikein) tiedettiin, että vajaaravitsemuksen riskin arviointiin tulee käyttää luotettavia mittareita. Heikoiten (13,3 % oikein) tiedettiin, että vajaaravitsemus- ja painehaavariskissä olevan potilaan energian saannin ei tule olla 20 kcal painokiloa kohden.

Taulukko 15. Tietotesti: Painehaavojen ehkäisy/ ravitseminen

Kysymys	Vastaaja vastasi: ”Oikein” f (%)	Vastaaja vastasi: ”Väärin” f (%)	Vastaaja vastasi: ”En osaa sanoa” f (%)	Vastaajan vastaus oli oikein f (%)	Puut-tuva tieto f (%)
Kaikille painehaavariskissä oleville tehdään yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma. (Oikein)	33 (73,3 %)	4 (8,9 %)	7 (15,6 %)	33 (73,3 %)	1 (2,2 %)
Vajaaravitsemus- ja painehaavariskissä olevan potilaan energiansaanti tulee olla 20 kcal painokiloa kohti. (Väärin)	8 (17,8 %)	6 (13,3 %)	30 (66,7 %)	6 (13,3 %)	1 (2,2 %)
Potilaan energiansaanti mukautetaan painonmuutosten tai obesiiteetin mukaan. (Oikein)	33 (73,3 %)	5 (11,1 %)	7 (15,6 %)	33 (73,3 %)	0 (0%)
Proteiinipitoisella ravinnolla ei ole merkitystä painehaavan syntymiselle. (Väärin)	1 (2,2 %)	40 (88,9 %)	4 (8,9 %)	40 (88,9 %)	0 (0%)
Vajaaravitsemuksen riskin arviointiin tulee käyttää luotettavia mittareita. (Oikein)	41 (91,1 %)	0 (0%)	4 (8,9 %)	41 (91,1 %)	0 (0%)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisyssä. Tavoitteena oli aktivoida hoitohenkilökuntaa kiinnostumaan painehaavojen ehkäisystä ja tuottaa tietoa organisaatiolle mahdollisesta lisäkoulutuksen tarpeesta. Tutkimuksen vastausprosentti (56,2 %) oli melko alhainen, vaikka suurin osa ainakin tutkimukseen osallistuneista oli painehaavojen kanssa päivittäin tekemisissä. Vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa osastoilla vallitseva kiire ja kyselylomakkeen mahdollinen kokeminen liian pitkäksi.

Seuraavaksi tarkastellaan aihealueita, joissa osaaminen oli matalin. Painehaava esiintyy yleensä luisen ulokkeen kohdalla, mutta kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa (Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011) (Kuva 2). Kosteusvaurion sijaintiin liittyvään kysymykseen osasi vastata oikein vain reilusti alle kolmasosa vastaajista. Vastaajista 15,6 % toivoikin painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä lisäkoulutusta.

Vastaajista suurin osa (86,7 %) tiesi, että neljännen asteen painehaavassa on luu tai jänne paljaana, mutta vain 8,9 % tiesi, että kolmannen asteen painehaava ei lävistä lihaskalvoa. Kolmannen asteen painehaavassa voi olla ihonalainen rasva näkyvässä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana (Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2011) (Kuva 2). Vastaajista vain 26,7 % tiesi, että ensimmäisen asteen painehaavaksi luokitellaan vaalenematon punoitus, joka ei lähde 30 minuutin kuluessa asennon vaihtamisesta (Suomen haavanhoitoyhdistys ry. 2011) (Kuva 2). Ensimmäisen asteen painehaavan tunnistaminen on tärkeää, sillä se vähentää kustannuksia, henkilökunnan työmäärää ja potilaiden kipuja. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) Tässä tutkimuksessa hieman alle puolet (46,7 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavaluokista.

Vastaajista vain 6,7 % tiesi oikein, ettei potilaan kudoksiin kohdistuvan paineen tule poistua asennon vaihtamisen myötä, vaan asentoa vaihdettaessa paineen tulee

vähentyä tai jakaantua eri alueille. Asentohoito tyynyjen avulla toteutetaan niin, että potilas laitetaan 30 asteen kulmaan oikealle tai vasemmalle kyljelle ja vältetään 90 asteen kylkiasentoa. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) Asentohoitoa tyynyjen avulla koskevaan väittämään tiesi oikean vastauksen 40,0 % vastaajista. Vastaajista vain 11,1 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta asentohoidosta ja liikkumisesta, mutta tietotestin tulosten perusteella voi arvioida, että sille voisi olla enemmänkin tarvetta.

Painehaavojen ehkäisy ja apuvälineet -kategoriassa heikoiden (37,8 %) oikein tiedettiin, että kantapäiden kohottamiseksi ei tule käyttää donitsinmuotoisia apuvälineitä. Mikäli käyttää kantapäiden kohottamiseksi apuvälineitä, tulee niiden ulottua koko pohkeen pituudelle. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) Lähes puolet vastaajista ajatteli, että keinokarva ehkäisee ihoon ja sen alaisiin kudoksiin kohdistuvaa painetta, mutta että vain aito lampaantalja saattaa ehkäistä painehaavan syntymistä. Kuitenkin tiedetään, että synteettisiä lampaantaljoja ja donitsinmuotoisia apuvälineitä ei tule käyttää kantapäiden kohottamiseksi. (Painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) Vastaajista 35,6 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavojen ehkäisyssä ja siinä käytettävistä apuvälineistä.

Vastaajista 20 % hieroisi punottavaa, ehjää ihoa luu-ulokekohdilta. Kuitenkaan, kun potilaalla on riski saada painehaava, ihoa ei saa hieroa, sillä se saattaa lisätä kudovaurioita ja kipua. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) Vastaajista 68,9 % tarkistaisi, mikä on aivan oikein, vähintään kaksi kertaa päivässä ihon, jos siinä on lääkinällinen laite kosketuksessa. Tällöin paineesta johtuvat ihovauriot voidaan havaita ajoissa. Vastaajista 20 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ihon arvioimisessa ja hoidossa.

Vuorokaudessa aikuisen energiantarve on normaalisti 30-35 kcal tavoitepainokiloa kohden (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) ja sitä koskevaan kysymykseen oli vastannut oikein vain 13,3 % ja vastaajista 66,7 % oli vastannut ”en osaa sanoa”. Vastaajista 73,3 % tiesi, että kaikille painehaavariskissä oleville tehdään yksilöllinen ravitsemushoitosuunni-

telma ja potilaan energiansaanti mukautetaan painonmuutosten ja obesiteetin eli lihavuuden mukaan. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.) Yli neljäsosa (26,7 %) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisyssä.

6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella tehtiin seuraavat johtopäätökset:

- Hoitohenkilökunnan painehaavaosaaminen ylitti 90 % yhdeksässä kysymyksessä 35:stä sekä ylitti 80 % 14 kysymyksessä 35:stä.
- Hoitohenkilökunnan painehaavaosaaminen alitti 30 % viidessä kysymyksessä 35:stä sekä alitti 50% yhdeksässä kysymyksessä 35:stä
- Hoitohenkilökunnan itse ilmoittamista koulutustarpeista yleisimmät liittyivät painehaavaluokkiin, apuvälineisiin painehaavojen ehkäisyssä, painehaavariskin arvioimiseen, psyykkisen tilaan ja ravitsemukseen painehaavojen ehkäisyssä.
- Hoitohenkilökunnan riittävän kattavaa painehaavojen ehkäisyn osaamista voitaisiin varmistaa lisäkoulutuksella. Lisäksi voisi olla hyödyllistä käyttää muita osaamisen varmistamisen menetelmiä, kuten esimerkiksi kirjallisen näyttöön perustuvan materiaalin jakaminen painehaavojen ehkäisystä. Esimerkiksi Hoitotyön Tutkimussäätiön julkaisema hoitotyön suositus on ilmainen ja vapaasti tulostettavissa säätiön internetsivuilta ja sen tiivistelmää voisi esimerkiksi kopioida.

Jatkotutkimusta varten ehdotetaan seuraavia aiheita:

- Koulutusinterventiotutkimus painehaavojen ehkäisystä.
- Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen Vaasan kaupungin palvelutaloissa, koska tämän tutkimuksen kohteena olivat vain vuodeosastot.

LÄHTEET

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* 8, 3, 166-176.

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2018. Painehaava. Teoksessa *Haavanhoidon periaatteet*, 331-334. Toim. Juutilainen, V. & Hietanen, H. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Koivunen, M., Luotola, E., Hjerpe, A., Kauko, T. & Asikainen, P. 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyosaaminen sekä systemaattinen koulutusintervention merkitys osaamiselle. *Tutkiva Hoitotyö* 29, 1, 50-63.

Koivunen, M., Luotola, E., Hautaoja, P., Laine, K-M. & Asikainen, P. 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa - pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. *Tutkiva Hoitotyö* 12, 3, 14-21.

Källman, U. & Suserund, B-O. 2008. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 334-341.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mattila, L-R., Rekola, L. & Eriksson E. 2011. Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen – interventiotutkimus Laakson sairaalassa vuosina 2007 – 2009. Raportteja intervention suunnittelusta, toimeenpanosta ja tuloksista. Helsinki. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja, 2011:3.

Mäkelä, A., Annamäki, L., Koivunen, E., Jyvälahti, A., Matsson, K., Iso-Aho, M., Nurkkala, H., Hietanen, H., Juutilainen, V., Kaira, A-M., Iivanainen, A., Tukiainen, E. & Lepäntalo, M. 2009. Krooniset haavat pääkaupunkiseudulla 2008. *Haava* 3, 12, 15-17.

Nurhusien, N., Fisseha, Z., Senafikish, A. & Yohannes, M. 2015. Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing* 14, 34, 1-8.

Painehaavan tunnistaminen ja ehkäisy aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Kinnunen U-M., Hynninen N., Seppänen S., Ahtiala M., Iivanainen A. & Tervo-Heikkinen T. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2015 (viitattu 15.11.2018). Saatavilla: www.hotus.fi

Qaddumi, J. & Khawaldeh, A. 2014. Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 13, 6, 6-21.

Rouvinen, S. 2016. Painehaavojen ehkäisemisen osaaminen palveluasumisen yksikössä. Opinnäytetyö. Sairaanhoitajan tutkinto. Ammattikorkeakoulu Metropolia.

Sotkasiira, J. & Tyrjälä, M. 2017. Hoitohenkilökunnan osaaminen painehaavojen ehkäisemisessä. Opinnäytetyö. Sairaanhoitajan tutkinto. Ammattikorkeakoulu Metropolia.

Soppi, E. 2010. Painehaava -esiintyminen, patologia ja ehkäisy. *Duodecim* 126, 3, 261-268.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011. Painehaavahelpperi (Painehaavamateriaali) Viitattu 5.9.2019. <https://www.shhy.fi>.

Stolt, M., Hjerppe, A., Hietanen, H., Puukka, P. & Haavisto, E. 2019. Local treatment of pressure ulcers in long-term care: a correlational cross-sectional study. *Journal of wound care* 28, 6, 409-415

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

LIITE 1

TIEDONHAUT

Tietokanta/ Päivä	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen julkaisujen määrä
Medic 29.11.2018	”Pressure Ulcer”	Kaikki kielet Kaikki julkai- sutyypit 2008-2018	48	3
CINAHL 10.3.2019	”Pressure ul- cer prevention and control” ”Nursing Knowledge”	2008-2018 English Academic journals	28	2
CINAHL 11.3.2019	”Pressure ulcer” ”Nursing knowledge”	2008-2018 English Academic journals	41	1

LIITE 2

TUTKITTAVAN TIEDOTE/KUTSU TUTKIMUKSEEN

HYVÄ VASTAANOTTAJA

VAASA 14.2.2019

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teen opinnäytetyönäni tutkimuksen Vaasan kaupunginsairaalan vuodeosastojen 5, 6, 7 ja 9 hoitohenkilökunnalle. Siinä kartoitetaan hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisemisessä. Sen avulla voidaan arvioida organisaatiossa lisäkoulutuksen tarvetta aiheesta.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsun teidät osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen tekemiseen on saatu työpaikaltasi asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa neljä viikkoa.

Kyselylomakkeessa on taustatietokysymyksiä ja sen jälkeen väittämiä, joista pyydän teitä ilmaisemaan ovatko ne mielestänne oikein vai väärin, tämän hetkisen tietämyksenne perusteella. Kysely on kertaluontoinen ja aineisto hävitetään tulosten raportoinnin jälkeen.

Osastolla on tuomani palautuslaatikko, johon voitte laittaa kyselylomakkeen sen täytettyänne. Pyydän vastaamaan kyselyyn 14.3.2019 mennessä.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Hanna-Leena Melender Vaasan ammattikorkeakoulusta, puh 040 482 6097. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi

Ystävällisin terveisin

Eeva-Maria Bergbacka

Puh. 040 362457

