



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna-Mari Ponsiluoma

HOITOTYÖNTEKIJÄT PAINEHAAVA- HOITOTYÖN OSAAJINA

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sanna-Mari Ponsiluoma
Opinnäytetyön nimi	Hoitotyöntekijät painehaavahoitotyön osaajina
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	49+ 6 liitettä
Ohjaaja	Eila Rasivirta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan hoitotyöntekijöiden tietämystä ja osaamista painehaavahoitotyössä. Tavoitteena oli saada tietoa hoitotyöntekijöiden painehaavaosaamisesta ja mahdollisesta lisäkoulutustarpeesta. Tutkimus toteutettiin Vaasan kaupunginsairaalan neljällä eri osastolla. Tutkimukseen osallistui 40 hoitotyöntekijää. Vastausprosentti oli 56.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella syksyllä 2012, kahden viikon aikana. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin käyttäen Microsoft Office Excel 2010-ohjelmaa. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin käyttäen induktiivista sisällön analyysiä.

Tutkimustuloksissa selvisi, että hoitotyöntekijöiden näkemykset omista tiedoistaan painehaavahoitotyössä vaihtelivat, kuitenkin suurin osa koki tietonsa hyväksi. Hoitotyöntekijät tiesivät hyvin painehaavoille altistavia riskitekijöitä, painehaavapotilaiden ravitsemuksesta sekä potilaiden asentohoidosta ja erilaisista apuvälineistä. Kuitenkin tietämys painehaavahoitotyön eri osa-alueista oli osittain riittävää ja osittain puutteellista. Hoitotyöntekijöistä suurin osa koki tarvitsevansa vielä lisää koulutusta painehaavahoitotyöhön ja lähes kaikki tutkimukseen osallistuneista halusi vielä lisää koulutusta painehaavahoitotyöhön. Lisäkoulutusta haluttiin yleisistä painehaavoihin liittyvistä asioista, painehaavojen ennaltaehkäisystä, painehaavojen hoidosta ja uusimmista painehaavahoitotyössä käytettävistä tuotteista.

Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan käyttää haavahoitoa koskevassa täydennyskoulutuksessa. Tutkimustulokset voivat myös auttaa hoitotyöntekijöitä ymmärtämään millä painehaavahoitotyön osa-alueella, he tarvitsisivat vielä itse lisätietoa.

Avainsanat	Painehaava, painehaavojen hoitotyö, hoitotyöntekijöiden osaaminen
------------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Sanna-Mari Ponsiluoma
Title	Nursing Staff as Expert in Pressure Ulcer Nursing
Year	2013
Language	Finnish
Pages	49 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Eila Rasivirta

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the nurses' knowledge and expertise in pressure ulcer nursing in Vaasa city hospital. The purpose of this bachelor's thesis was to examine the level of the nurses' pressure ulcer expertise and the possible need to additional training. The research was carried out in four different units of Vaasa city hospital. The research involved 40 persons of the nursing staff. The response rate was 56.

The research material was collected with a research form during two weeks in autumn 2012. The research form included both structured questions and also open ended questions. The structured questions were analyzed using Microsoft Office Excel 2010-program and open ended questions were analyzed with inductive content analysis.

The results showed that the nurses' own perception of their level of knowledge in pressure ulcer nursing varies, however most of them felt their knowledge was good. The nursing staff knew well what the risk factors that can expose to pressure ulcer are, what the pressure ulcer patient's nutrition should be like, as well as about repositioning and equipment that can be used in pressure ulcer prevention. However, the knowledge about the different areas in pressure ulcer nursing was partly good and partly inadequate. Most of the nursing staff felt they needed more training about pressure ulcers and almost all of them wanted to have more training about pressure ulcer nursing. They wanted to have additional training about general things related to pressure ulcers, the prevention of pressure ulcers, the treatment of pressure ulcers and about the newest pressure ulcer care and treatment products that are used.

The results of this research can be used in further training in wound treatment. The study results can also help nurses to understand in which areas of pressure ulcer nursing they would need for further information.

Keywords Pressure ulcer, pressure ulcer nursing, nurses' expertise

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	8
2 PAINEHAAVA.....	10
2.1 Painehaavan kehittyminen ja riskitekijät	10
2.2 Painehaavaluokitukset.....	11
3 PAINEHAAVOJEN HOITOTYÖ	14
3.1 Painehaavan ennaltaehkäisy.....	14
3.1.1 Painehaavariskin arviointi	14
3.1.2 Hygienia ja ihon hoito.....	15
3.1.3 Asentohoito ja painetta alentavat apuvälineet.....	16
3.1.4 Potilaan ravitsemustila	18
3.2 Painehaavojen hoito	20
4 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMINEN	
PAINEHAAVAHOITOTYÖSSÄ.....	22
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT ..	24
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
6.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	25
6.2 Aineiston analysointi	26
7 TUTKIMUSTULOKSET	28
7.1 Tutkittavien taustatiedot	28
7.2 Hoitotyöntekijöiden osaaminen painehaavahoitotyössä, oma arvio	31
7.3 Hoitotyöntekijöiden tiedot painehaavahoitotyöstä	33
7.4 Hoitotyöntekijöiden lisäkoulutuksen tarve painehaavahoitotyöstä	39
8 POHDINTA	43
8.1 Tulosten pohdinta	43
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	44
8.3 Tutkimusetiikka	45
8.4 Johtopäätökset	46
8.5 Jatkotutkimusaiheet	47

LÄHTEET.....	48
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Vastaajien ikä	s.28
Kuvio 2 Vastaajien koulutus	s.29
Kuvio 3 Vastaajien työsuhde	s.29
Kuvio 4 Vastaajien työskentelyaika hoitoalalla	s.30
Kuvio 5 Kuinka usein vastaajat hoitavat painehaavoja työssään	s.30
Kuvio 6. Suuressa painehaavariskissä olevan potilaan asennon vaihto	s.34
Taulukko 1. Vastaajien arviointia tiedoistaan painehaavahoitotyön eri osa-alueilla	s.33
Taulukko 2. Vastaajien koulutus, koulutustarve ja halu saada lisäkoulutusta painehaavahoitotyöstä	s.40
Taulukko 3. Lauseiden pelkistäminen	s.62
Taulukko 4. Induktiivinen sisällön analyysi	s.63

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Följebrev**LIITE 4.** Frågeformulär**LIITE 5.** Lauseiden pelkistäminen**LIITE 6.** Induktiivinen sisällön analyysi

1 JOHDANTO

Painehaava on tavallinen sairaalahoidon aikana syntyvä komplikaatio. Painehaavoja syntyy yleisimmin huonokuntoisille potilaille, jotka joutuvat olemaan liikumatta pitkiä aikoja. Painehaava syntyy yleisimmin luisen ulokkeen kohdalle. Useat tekijät vaikuttavat painehaavan syntyyn. Tällaisia painehaavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat mm. paine, kosteus, lämpötila, potilaan yleiskunto ja potilaan liikuntakyky. Tärkeimpänä tekijänä pidetään kuitenkin kehoon kohdistuvaa painetta ja sen kestoaikaa. (Kärki, Lehto & Lekkala 2006, 672; Soppi 2011.)

Painehaava heikentää potilaan toipumismahdollisuuksia, johtaa yleensä pitkäkestoiseen konservatiiviseen haavan hoitoon tai jopa kirurgiseen korjaustoimenpiteeseen ja lisää huomattavasti hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Painehaavat ovat potilaille kivuliaita, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektioalttiutta, hoitohenkilökunnan työtaakkaa, kuolemanvaaraa, sekä aiheuttavat huomattavia kustannuksia. Painehaavoja esiintyy 5–25 %:lla potilaista eri terveydenhuollon yksiköissä. Suomessa hoidetaan vuosittain arviolta 40 000- 60 000 painehaavaa vuodessa. Niiden aiheuttamat kustannukset ovat 180- 390 miljoonan euron välillä. Myös iso osa painehaavoista jää diagnosoimatta, tai muita haavoja voidaan tulkita painehaavoiksi. (Kärki ym. 2006, 672; Soppi 2011; Soppi 2010, 261.)

Painehaavoista aiheutuu yhteiskunnalle huomattavia kustannuksia ja paras tapa vähentää painehaavoista aiheutuvia menoja olisikin niiden ennaltaehkäisy. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn tarvitaan kuitenkin henkilökunnalta ammattitaitoa ja tietoa esimerkiksi painehaavariskin arvioinnista, painehaavahoitotyössä käytettävistä apuvälineistä, asentohoidosta ja riskimittareiden käytöstä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan hoitotyöntekijöiden tietoja ja osaamista painehaavahoitotyössä. Aihe tuli alun perin opinnäytetyön aihepankin kautta. Aihe valittiin, koska se koettiin tärkeäksi ja kiinnostavaksi. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Vaasan kaupunginsairaalan neljän eri osaston hoitotyöntekijät. Hoitotyöntekijöillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia. Tavoit-

teena oli saada tietoa hoitohenkilökunnan painehaavahoitotyön osaamisesta ja mahdollisesta lisäkoulutustarpeesta. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella syyskuussa 2012. Kyselylomake sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tietoa opinnäytetyöhön haettiin Medic-, Linda-, Arto- ja Cinahl- tietokannoista. Hakusanoina käytettiin *painehaava* ja *painehaava*t* -hakusanoja. Englanninkielisessä tietokannassa käytettiin hakusanaa *pressure ulcer*.

2 PAINEHAAVA

Painehaava on paikallinen, yleensä luu-ulokkeen kohdalla esiintyvä ihon tai ihonalaisen kudoksen vaurio, jonka aiheuttaa kudokseen kohdistuva paine, venytys tai hankaus. Haava kehittyy tyypillisesti sellaiseen kohtaan, jossa on luinen uloke; lantion seudulle, trokanterin alueelle tai istuinkyhmyn seudulle. Jalan alueella kehräsluiden kohdat ja kantapää ovat yleisimmin rikkoutuvia. Ulkoisen painevaurion taustalla voi olla myös muutkin tekijät, kuten kipsi, ortoosi eli tukisidos tai muu hoitoväline. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 186.)

Akuuttiin vammautumiseen tai sairastumiseen liittyvä painehaava kehittyy useimmiten ensimmäisinä hoitopäivinä. Painehaavoille ovat erityisen alttiita sellaiset potilaat, jotka jäävät akuutin vammautumisen tai sairastumisen takia vuodepotilaaksi. Tällaisia potilaita ovat muun muassa selkäydinvammaiset, lonkkamurtuma- ja teho-osastohoitoa vaativat potilaat. Ikääntymiseen liittyvä sairauksien lisääntyminen ja vitaalitoimintojen heikkeneminen ovat suurin syy sille, että yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille. (Hietanen ym. 2002, 186.)

2.1 Painehaavan kehittyminen ja riskitekijät

Potilaan istuessa tai maatessa, luisten ulokkeiden kohdalla painovoima aiheuttaa ihon ja ihonalaisten pehmytkudosten puristumisen alustaansa vasten. Pehmytkudosten puristumisesta aiheutuu paineennousu. Jos paine ylittää paikallisen kudoksen kapillaarien sulkeutumispaineen, kudokset kärsivät hapen puutteesta (iskemia). Iskeeminen alue jää ilman veren tuomia ravintoaineita ja happea, jolloin kaiken tämän seurauksena syntyy painehaava. Jos tilanne pitkittyy kudokset voivat mennä kuolioon (nekroosi). Iskemia syntyy kudokseen kohdistuvasta 2-6 tunnin jatkuvasta paineesta. Nekroosi syntyy yli kuuden tunnin jatkuvasta paineesta ja muutos on palautumaton. Painehaava syntyy yleensä kahden viikon kuluttua nekroottiseen kohtaan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 522.)

Kohtisuoran paineen lisäksi tangentiaalisilla voimilla on merkitystä painehaavojen syntymisessä. Tangentiaalisia voimia syntyy esimerkiksi, jos sängyn päätyä kohotetaan tai potilasta siirretään sängyssä. Ne aiheuttavat pinnallisessa ihossa kitkan

takia hankautumista ja rikkoutumista, syvissä kudoksissa venymistä ja verenkiertohäiriöitä. (Hietanen ym. 2002, 187.)

Painehaavan tärkein riskitekijä on liikkumattomuus. Terve ihminen kääntyy ja vaihtaa asentoaan nukkuessaankin, jolloin pitkittynyttä painevaikutusta ei pääse syntymään. Liikkumattomuus voi johtua liikuntakyvyttömyydestä tai tuntohäiriöstä, jolloin paineiskemian kipuärsyke ei ole muistuttamassa kääntymisen tarpeesta. Muita painehaavoille altistavia tekijöitä ovat: ihon kosteus, vajaaravitsemus, korkea ikä ja potilaan psyykkinen tilanne. (Hietanen ym. 2002, 188.)

Pitkittynyt kosteus iholla johtaa maseroitumiseen eli vettymiseen, joka puolestaan altistaa pinnallisille haavoille ja infektioille. Ihon kosteus lisää myös kitkaa, jolloin tangentiaaliset voimat kasvavat. Haitallinen kosteus iholla voi johtua hikoilusta, haavaeritteistä tai inkontinenssista. Vajaaravitsemus liittyy vaikeimpiin painehaavoihin ja painehaavojen huonoon parantumiseen. Painehaavapotilaiden seerumin proteiiniarvot ovat alentuneet. Lisäksi on todettu, että painehaavopotilailla on yleisesti sinkin ja askorbiinihapon vajausta. Vanhan ihmisen kudokset ovat todennäköisesti alttiimpia painevaurioille, myös vanhuksen ruumiinrakenne voi olla altistamassa painehaavalle. Lihasten atrofituminen sekä lonkkien ja polvien liikerajoitukset voivat johtaa siihen, että lantion ja jalkaterien alueelle syntyy herkästi paikallisia ylikuormituksia makuulla oltaessa. (Hietanen ym. 2002, 188.) Häiriöt potilaan psyykkisessä tasapainossa muuttavat ihmisen aktiivisuutta. Alentunut psyykkinen aktiivisuus heijastuu fyysisiin ja fysiologisiin toimintoihin, jolloin myös lisää alttiutta painehaavan syntyyn. Masentunut potilas on yleensä passiivinen ja riippuvainen hoitavista ihmisistä. (Iivanainen ym. 2008, 523.)

2.2 Painehaavaluokitukset

Painehaavaluokituksilla kuvataan haavan syvyyttä kudoksessa. EPUAPIN (European Pressure Ulcer Advisory Panel) painehaavan syvyysluokitus jakaa painehaavat I-IV asteeseen. Aste I on lievin ja aste IV on pahin. (Hietanen ym. 2002, 189.)

Painehaavojen syvyysluokituksen I asteessa on ehjä iho, jossa esiintyy vaalenemattontaa punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Punoi-

tus joka ei vaalene, voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Tummapigmenttiosessa ihossa ei ole välttämättä havaittavissa näkyvää vaalenemista, mutta vauriokohdan ihon väri voi erottua ympäröivästä alueesta. Alue saattaa olla kivulias, pehmeä, kiinteä tai muuta kudosta lämpimämpi tai viileämpi. I astetta voi olla vaikea havaita potilailta, joiden iho on tumma. Punoitus, joka ei vaalene saattaa olla merkki potilaan painehaavariskistä. (EPUAP & NPUAP 2009.)

Syvyysluokituksen II asteessa on dermiksen eli verinahan osittainen vaurio. Se ilmenee pinnallisena avoimena haavana, jossa on punainen tai vaaleanpunainen haavapohja. Haavassa ei ole yleensä haavakatetta. Painehaava saattaa ilmetä myös ehjänä tai rikkoutuneena, kudoksen tai verensekaisen nesteen täyttämänä rakkulana. Painehaava ilmenee kuivana tai kiiltävänä, pinnallisena haavana, jossa ei ole haavakatetta tai mustelmaa. Tätä painehaava-astetta ei tule käyttää kuvattaessa ihon repeämiä, teipin aiheuttamia ihorikkoja, inkontinenssiin liittyvää ihottumaa, pinnallisia ihovaurioita tai maseraatiota. (EPUAP & NPUAP 2009.)

Syvyysluokituksen III asteessa on kyseessä koko ihon läpäisevä kudoksen vaurio. Subkutaaninen rasva voi olla näkyvissä, mutta jänne, lihas ja luu eivät näy. Haavakatetta voi esiintyä, mutta se ei kuitenkaan estä haavan syvyyden havaitsemista. Haavassa voi olla onkaloitumista ja taskumaisia kohtia. Painehaavan syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Nenäselässä, takaraivolla, korvan lehdessä ja kehräsluissa ei ole subkutaanista rasvakudosta, joten näillä alueilla III asteen haavat saattavat olla matalia. Merkittävästi rasvaa sisältäville alueille voi kehittyä huomattavan syviä III asteen painehaavoja. Jänne tai luu ei ole näkyvissä eikä suoraan palpoitavissa. (EPUAP & NPUAP 2009.)

Syvyysluokituksen IV asteessa on kyseessä koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vaurio, jolloin jänne, luu tai lihas on paljaana. Haavakatetta tai kudoksen nekroosia saattaa esiintyä haavalla. Haavassa voi olla onkaloitumista ja taskumaisia kohtia. Painehaavojen syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Nenäselässä, takaraivolla, korvan lehdessä ja kehräsluissa ei ole subkutaanista rasvakudosta, joten näillä alueilla haavat saattavat olla matalia. IV asteen haavat voivat ulottua

lihakseen tai tukikudokseen saakka, jolloin myös luuydintulehdus (osteomyeliitti) ja luutulehdus (osteiitti) ovat mahdollisia. Luu tai lihas on näkyvissä tai suoraan palpoitavissa. (EPUAP & NPUAP 2009.)

3 PAINEHAAVOJEN HOITOTYÖ

Painehaavojen hoitotyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa painehaavojen ennaltaehkäisyä ja painehaavojen hoitoa. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn kuuluu eri osa-alueita kuten: painehaavariskin arviointi, hygienia ja ihon hoito, asentohoito ja painetta alentavat apuvälineet sekä potilaan ravitsemustila.

3.1 Painehaavan ennaltaehkäisy

Painehaavat ovat potilaille kivuliaita, lisäävät infektioalttiutta, huonontavat elämänlaatua, kuolemanvaaraa, hoitohenkilökunnan työtaakkaa sekä aiheuttavat suuria kustannuksia. Suomessa painehaavakustannukset ovat arviolta 200 miljoonaa euroa vuodessa. Ehkäisyä pidetään halvimpana ja parhaana tapana ratkaista painehaavaongelma. Painehaavojen riski tulee tiedostaa kaikkialla hoitoorganisaatiossa, ja johdon on rohkaistava henkilökuntaa ottamaan vastuu päivittäisestä ehkäisystä ja apuvälineiden käytöstä. (Soppi 2010, 261.) Tärkeintä painehaavojen ehkäisyssä on tunnistaa potilaat, joilla on suurentunut riski saada painehaava. Painehaava voidaan myös ennaltaehkäistä potilaan ihon kunnosta huolehtimisella, asentohoidolla, apuvälineillä ja potilaan hyvällä ravitsemustilalla. (Hietanen ym. 2002, 194-195.)

3.1.1 Painehaavariskin arviointi

Riskin arvioinnin tarkoituksena on löytää potilaat, joiden kohdalla tarvitaan ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä. Riskiä voidaan arvioida numeerisella työkalulla, joka pisteyttää painehaavan kehittymisen suhteen merkittäviä tekijöitä. Arviointimenetelmiä on kymmeniä, mutta yleisimmin käytössä oleva ja parhaiten potilailla validoitu mittari on Bradenin mittari. Tämän lisäksi käytetään myös Nortonin ja Waterlow'n mittareita. (Soppi 2010, 261.) Riskiluokitus tulisi tehdä heti potilaan tullessa sairaalaan tai viimeistään vuorokauden aikana ja tämän jälkeen parin vuorokauden kuluttua tai jos tilanne muuttuu. Tämän jälkeen luokituksen tekemisen tiheys riippuu potilaan terveydentilasta ja sairaalassaoloajasta. (Hietanen ym. 2002,191.)

Norton kollegoineen kehitti ensimmäisen ja edelleen käytössä olevan julkaisun painehaavojen riskiluokituksesta. Riskiluokituksen osatekijöitä ovat: potilaan fyysinen kunto, henkinen kunto, aktiivisuus, liikuntakyky ja inkontinenssi. (Lepistö 2008, 35.) Nortonin riskimittarissa minimipistemäärä on 5 pistettä ja maksimipistemäärä on 20 pistettä. Potilaalla katsotaan olevan riski saada painehaava, jos hän saa 14 pistettä tai vähemmän. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 746.)

Waterlow'n luokitus on muokattu Nortonin asteikosta. Se koostuu kahdeksasta osatekijästä: potilaan rakenne, kuormituskohdan ihon kuvailu, ikä, sukupuoli, pidentäskyky, liikkuminen, ruokahalu, lääkitys ja erityistekijät. Pisteitä eri osioista voi saada 0-3 tai 0-5. Mitä enemmän potilas saa pisteitä sitä todennäköisempää on painehaavan syntyminen. Riskirajana on kymmenen pistettä. (Hietanen ym. 2002, 191.)

Bradenin mittari on kehitetty jo yli 20- vuotta sitten. Bradenin mittari koostuu kuudesta eri osa-alueesta, jotka arvioidaan ja pisteytetään. Osa-alueita ovat tuntoaisti, ihon altistuminen kosteudelle, fyysinen aktiivisuus, liikkuvuus, ravinnon nauttiminen ja kudoksia venyttävät ja hankaavat voimat. Mittarin minimipistemäärä on kuusi, joka tarkoittaa korkeaa painehaavariskiä. Maksimipistemäärä on 23, joka tarkoittaa sitä, ettei painehaavariskiä ole. (Soppi 2009, 20- 21.)

3.1.2 Hygienia ja ihon hoito

Ihon kunto ja siinä tapahtuvat muutokset tulisi kirjata potilaan hoitotyön kertomukseen jokaisen asennon vaihdon jälkeen. Ihon kunnon arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota luu-ulokkeiden (ristiluu, kantapäät, lantio, nilkat, takaraivo) ihon kunnon arviointiin ja tunnistaa varhaiset painehaavauman merkit. Ihon kuntoa tutkittaessa huomioidaan ihon kuivuus, halkeamat, punoitus, maseraatio, hauraus, lämpö ja kovettuminen. (Hietanen ym. 2002, 194.)

Hygienian hoito korostuu, jos potilas on hikoileva tai hänellä on virtsa- tai ulosteinkontinenssia. Ihon joutuessaan kosketuksiin väkevöityneen virtsan kanssa iho haurastuu ja voi menettää vastustuskykyään. Virtsan pääsy iholle voidaan estää esimerkiksi vaipalla, kondomiurinaarilla tai tippasuojalla. Jos ristiselän tai paka-

roiden iho on rikki tai hautunut, on kestopatentin tai cystofixin laitto väliaikaisesti perusteltua. (Hietanen ym. 2002, 196.)

Painehaavauman syntymistä edistävät materiaalit, jotka estävät kuumuuden ja kosteuden haihtumisen iholta. Vaatetuksessa ja vuodevaatteissa tulisi välttää teko-kuituja niin vuodepotilaalla kuin pyörätuolissa istuvallakin potilaalla. Muovisuojan käyttöä poikkilakanan alla tulisi välttää. Vuodevaatteiden tulisi olla kuivat ja sileät. Vuodepotilaan lakanat kiristetään asennon vaihtojen jälkeen, jotta lakanoiden laskokset eivät aiheuttaisi iholle painaumuksia. Pyörätuolissa istuvan potilaan vaatteet tulisi olla riittävän isot ja istuinseudulla vältetään paksuja saumoja, jotka aiheuttavat helposti painaumuksia. Myös jalkineiden tulisi olla riittävän isot, ettei jalkojen turpoaminen aiheuttaisi ihovaurioita. (Iivanainen ym. 2008, 529.)

Potilaan kuivaa ihoa rasvataan. Jos iho punoittaa, rasva laitetaan taputtelemalla, ei hieromalla. Punoittavan ihon hierominen aiheuttaa helposti ihon pintakerroksen rikkoutumista ja iholle voi ilmaantua rakkulamuodostusta. Jos iho tai luulokekohta punoittaa käytetään painehaavahoitotuotteista hydrokolloidilevyjä tai polyuretaanikalvoa poistamaan kuormitus painauma-alueelta, lisäksi on huomioitava asentohoito ja painetta alentavat apuvälineet. Polyuretaanikalvolla voidaan suojata myös ristiselän tai istuinkyhmyjen alueen ihoa virtsa- ja ulosteinkontinenssilta. (Iivanainen ym. 2008, 528- 529.)

3.1.3 Asentohoito ja painetta alentavat apuvälineet

Levolla on usein keskeinen osuus potilaiden hoidossa, siitä aiheutuu kuitenkin haittoja joita pyritään ennaltaehkäisemään asentohoidolla. Asentohoidon pohjana on seisomarytmi, jolloin selkärangan tulee olla suorassa linjassa päähän, hartioihin ja lantioon nähden, jalkaterien tulee olla suorassa kulmassa sääriin nähden, sekä kyynärpäät ja sormet kevyesti koukussa. Potilasta ohjataan asentohoidon toteutuksessa sekä painehaavojen ja trombiinien ennaltaehkäisyssä. Erityistä huolenpitoa tarvitsevat ne potilaat, jotka eivät itse pysty vaihtamaan asentoaan kuten selkäydinvammaiset, voimattomat, halvauspotilaat, tajuttomat ja aivoverenvuodosta kärsivät potilaat. (Iivanainen & Kallio 2011, 10.)

Asentohoidossa käytetään erilaisia asentoja, kehon toiminnallisuuden saavuttamiseksi. Eri tutkimusten mukaan potilaiden asentoa tulisi vaihtaa kahden tunnin välein, jos potilas ei asentoaan pysty itse vaihtamaan. Asennon tulee olla hyvä ja rento. Asentohoidossa on hyvä käyttää apuna erilaisia tukia kuten asentotyynyjä, perinteisiä tyynyjä ja kiiloja. (Iivanainen ym. 2011, 10.) Potilaan asentoa vaihdetaan siten, että paineen vaikutus luu-ulokekohtiin saadaan mahdollisimman vähäiseksi. Potilas tuetaan 30 asteen kallistukseen, niin että lantion seudun paine jakaantuu mahdollisimman leveälle. Tyynyillä estetään, se etteivät luu-ulokekohdat joudu suoraan kosketukseen toisiaan vasten. Tyynyjen asettamisessa on varmistettava, etteivät ne alenna muiden painetta alentavien apuvälineiden hyötyä. Jos potilaalla on vaara saada painehaava istumisen aikana, hänellä tulee olla istuimessa painetta alentava istuintyyny. Painehaavariskissä olevan potilaan yhtäjaksoisesti sallittava istuma-aika, ei saisi olla yleisesti yli kahta tuntia. Potilasta tulisi neuvoa siirtämään painopistettään joka 15 minuutti. (Hietanen ym. 2002, 197.)

Potilaan asentohoito on tehokas painehaavojen ehkäisykeino, mutta vaikeasti toteutettava, resursseja sitova ja työläs. Näiden syiden takia on pyritty kehittämään alustoja, jotka vähentävät ja poistavat kudokseen kohdistuvaa painetta. (Soppi 2010, 265.) Erikoisapuvälineitä ovat muun muassa potilaan omatoimiseen siirtymiseen tarkoitetut apuvälineet, erilaiset patjat, istuintyyny, pehmusteet, siirtolevyt ja siirtokankaat, henkilönostimet, asentohoitotyyny ja lastat sekä pinta-painemittauslaitteet. Potilaan siirtämiseen ja asennonvaihtoon käytettävillä apuvälineillä pyritään estämään ihon venyminen ja hankautuminen. Apuvälineiden hankintaan vaikuttavat potilaiden tarpeiden lisäksi taloudelliset ja käytännölliset tekijät. (Hietanen ym. 2002, 197.)

Liikkumisapua tarvitsevan potilaansiirtämiseen ja asennonvaihtoon valittavilla apuvälineillä yritetään estää ihon venyminen ja hankautuminen. Erilaisten jalkalastojen avulla pyritään poistamaan paine kantapäältä. Vaihtuvapaineinen patja tai päällyspatja koostuu useista ilmatäytteisistä kennoista, jotka tyhjentyvät ja täyttyvät tietyn kiertoprosessin mukaisesti. Paine poistuu tietyltä alueelta kun kenno tyhjenee. Näitä vaihtuvapaineisia patjoja ovat muun muassa nollapainepatja ja minimipainepatja. Nollapainepatja on tarkoitettu erittäin korkeariskiselle potilaal-

le. Minimipaineilmapatja sopii korkea- tai keskiriskiselle potilaalle. Dynaamiset patjat ja istuintyynyt mahdollistavat sen, että potilaan asentoa tarvitsee vaihtaa harvemmin, kuin staattisia patjoja käytettäessä. Staattisesti painetta alentavia patjoja ovat leijupeti, läpivirtauspeti ja pulsoiva patja. Nämä patjat sopivat korkea- tai keskiriskisille potilaille, jos potilas pystyy kuitenkin jonkin verran muuttamaan asentoaan. Polyuretaanivaahdosta valmistetaan hitaasti palautuvia vaahtogeelipatjoja ja sairaalapatjoja. Nämä patjat sopivat matalariskiselle painehaavapotilaalle. (Hietanen ym. 2002, 197- 200.)

Pintapaineen mittauslaitteistoa käytetään painehaavoja ehkäisevien alustojen arvioinnissa henkilöillä, joilla on korkea riski saada painehaava. Painehaavojen ehkäisyssä pyritään vähentämään kohtisuoraa pintapainetta yksittäisiltä kuormituskohdilta. Pintapaineen mittaaminen on nopeaa. Anturimatto asetetaan alustalle ja henkilö menee mitattavan anturialustan päälle. Mittauslaitteen näytöltä seurataan reaaliajassa paineen jakautumista. Silloin kun henkilö muuttaa asentoaan nähdään vaikutukset paineen jakautumiseen. Näytöllä pintapaine näkyy eri väreinä. Värit kylmistä lämpimiin kuvaavat pintapaineen määrää. (Rajala 2011, 6.)

3.1.4 Potilaan ravitsemustila

Painehaavat syntyvät useista ulkoisten ja sisäisten riskitekijöiden yhteisvaikutuksesta. Näitä ovat esimerkiksi liikkumattomuus, inkontinenssi, liiallinen mekaaninen kuormitus ja korkea ikä. Painehaavojen katsotaan yleisesti johtuvan lähinnä liikkumattomuudesta, kuitenkin myös ravitsemuksen ja painehaavojen välillä on syy-yhteys. (Suomen haavahoitoyhdistys 2012.) Aliravitsemus, riittämätön proteiinien- ja energiansaanti sekä laihtuminen on tunnistettu riskitekijöiksi painehaavojen kehittymiselle. Tutkimusten mukaan laihalla ihmisellä on suurempi riski saada painehaava, kuin normaalipainoisella ihmisellä. (Crowe & Brockbank 2009, 93.)

Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan proteiinien, energian tai muiden ravintoaineiden saannin puutetta. Vajaaravitsemuksen syynä voivat olla suurentunut ravinnon tarve, heikentynyt ravinnon imeytyminen ja ravinnon liian vähäinen saanti. Haava-

potilaalla ravinnon tarvetta lisäävät ravintoaineiden menetys haavaeritteen mukana ja haavan uudiskasvun muodostuminen. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24.)

Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston (EPUAP) painehaavojen ehkäisyn oppaassa edellytetään, että jokaisessa terveydenhuollon toimipisteessä kartoitetaan ravitsemustila kaikilta niiltä potilailta, joilla on riski saada painehaava. Eurooppalaisten ravitsemushoitosuosituksen mukaan vajaaravitsemuksen riski tulee kartoittaa 24 tunnin sisällä potilaan saapumisesta sairaalaan. Vajaaravitsemuksen riskin kartoittamiseen käytetään pätevää ja luotettavaa mittaria. Sen tulee olla helppokäyttöinen ja nopea sekä sopiva hoitohenkilökunnalle ja potilaalle. Tällaisia mittareita, jotka mittaavat potilaan vajaaravitsemusta ovat esimerkiksi MUST ja NRS-2002. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24.)

Tehostettua ravitsemushoitoa harkitaan, jos ravitsemustilan arvioinnin tai seulonnan perusteella näyttää, että potilaalla saattaisi olla vajaaravitsemustila. Yleensä tavoitteena on korjata proteiini- ja energiavajaaravitsemus. Normaalin syömisen esteitä tulisi myös miettiä, ruuan saannin tulisi olla helppoa ja ruuan rakenteen tulisi olla oikea. Muuttamalla näitä asioita potilaalle sopiviksi voidaan häntä auttaa syömään ja juomaan paremmin. Jos perusruokavaliota ei pystytä parantamaan, voidaan harkita täydennysravintovalmisteiden käyttöä. Elleivät normaali ruokavaliio ja täydennysvalmisteet korjaa vajaaravitsemusta, voidaan käyttää muita ravitsemuksen antoreittejä kuten letkuruokintaa. Yleisohjeena voidaan pitää ravinnon vähimmäistarvetta 30- 35 kcal painokiloa kohti vuorokaudessa ja proteiinin tarvetta 1-1,5 g/kg/vrk ja nesteen tarvetta 1ml/kcal/vrk. Ravitsemushoidon onnistumista on seurattava arvioimalla ravitsemustilaa tietyin väliajoin. Ravitsemushoidon onnistumisen merkkejä ovat painon nousu, toimintakyvyn paraneminen sekä uusien painehaavojen esiintymisen väheneminen ja pitkäaikaistenhaavojen paranemisen edistyminen. (Suomen haavahoitoyhdistys 2012.)

Koko henkilökunnan (terveydenhuollon ammattilaisten ja ruokahuollosta vastaavien) täytyy tietää ravitsemuksen merkitys ja ymmärtää tehtävänsä potilaiden ravitsemustilan parantamisessa. Henkilökunnan on opittava eri asioita: seulomaan ja arvioimaan potilaiden ravitsemustilaa, valmistamaan houkuttelevia, ruokahalua herättäviä aterioita ja kuljettamaan ja panemaan ateriat tarjolle oikein. Terveyden-

huoltoon täytyy luoda ravitsemuskulttuuri, jolloin erilaisia aterioita on saatavana kuusi ja niitä tarjotaan asianmukaisesti ja että ravitsemushoito toimii saumattomasti eri osastoilla ja hoitopaikoissa. (Suomen haavahoitoyhdistys 2012.)

3.2 Painehaavojen hoito

Painehaavan alkuvaiheen hoito on melkein aina konservatiivista. Paine poistetaan kuormituskohdalta painehaavapatjalla ja asentohoidolla. Tämän lisäksi pyritään parantamaan potilaan yleiskuntoa ja ravitsemustilaa. (Hietanen ym. 2002, 201.) Haavahoidon tavoitteena on parantaa haava mahdollisimman nopeasti aiheuttaen mahdollisimman vähän inhimillistä kärsimystä potilaalle (Korhonen 2012, 18).

Haavan hoitoon kuuluu haavan puhdistaminen, tulehduksen ja haavaeritteen hallinta, uudistuvan ihon kasvun tukeminen sekä oikeiden sidosten valitseminen. Sidokset poistetaan haavalta juuri ennen haavan puhdistamista. Kiinnitarttuneet sidokset irrotetaan suihkuttamalla tai ihoöljyllä. Haavasidosten poistamisen yhteydessä arvioidaan sidosten toimivuutta, haavaeritteen määrää, väriä ja hajua. Haava huuhdellaan ensisijaisesti juomakelpoisella vedellä, poikkeuksena ovat alle 24 tuntia vanhat leikkaushaavat, avoimet niveliin, sisäelimiin tai keskushermostoon ulottuvat haavat, jotka huuhdellaan steriilillä NaCl-liuoksella. Haavan puhdistaminen mekaanisesti on yksi tärkeimmistä haavan paranemista edistävä toimenpite. (Korhonen 2012, 18.)

Ensimmäisen asteen painehaavan hoidossa tulisi saada poistettua paine punoittavalta alueelta. Punoittava iho suojataan hankaukselta ja kosteudelta haavakalvolla tai ohuella hydrokolloidilevyllä. Toisen asteen painehaavan hoidossa haava täytyy puhdistaa ja suojata. Paine tulee poistaa haavan alueelta kuten ensimmäisessäkin asteessa. Sidoksiksi valitaan haavaan tarttumattomat hydrokolloidi- tai -geelidokset tai polyuretaanisidokset. Sidoksia valittaessa pyritään harvoin tapahuviin sidevaihtoihin. (Hietanen ym. 202- 203.)

Kolmannen asteen painehaavan hoidossa tulee poistaa haavalta kuollut kudos ja hallita runsas haavaerite. Haavan koko tulee tutkia sormen, pumpulitikun tai sondin avulla. Haava tulee pestä päivittäin. Sidokseksi valitaan eritettä imevät ja on-

kaloihin tarkoitettut sidokset: alginaatti-, hydrofiber- tai polyuretaanivaahtosidokset. Paineen poistamiseen haavalta tarvitaan korkeariskinen patja ja istuintyyny. Asennon tulee olla sellainen, ettei haavalle tule painetta. Neljännen asteen painehaavan hoidossa tulee puhdistaa haava, hoitaa infektiota ja hallita vuotavaa eritettä. Paine poistetaan haavalta. Haavan puhdistus tapahtuu huuhtelemalla päivittäin. Sidoksiksi valitaan eritettä imevät ja onkaloihin tarkoitettut sidokset. Haava ei parane ilman korjausleikkausta. (Hietanen ym. 2002, 203.)

4 HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMINEN PAINHAAVA-HOITOTYÖSSÄ

Viimeisen vuosikymmenen aikana on tehty paljon tutkimuksia, joiden tuloksena on saatu tietoa siitä, mitä painehaavat ovat, miksi niitä esiintyy, kuinka ehkäistä ja hoitaa painehaavoja sekä painehaavoista aiheutuvista inhimillisistä ja taloudellisista haitoista. Tutkimusten tuloksissa on painottunut hoitotyöntekijöiden rooli painehaavojen ehkäisyssä ja heidän tietonsa painehaavahoitotyön alueella. Kuitenkin joidenkin tutkimusten mukaan hoitotyöntekijöiltä puuttuu uusinta tietoa painehaavoista tai hoitotyöntekijät eivät käytä heidän tietojaan työssään johtuen esimerkiksi ajan puutteesta. Näiden tutkimusten mukaan myös hoitotyöntekijöillä joilla oli positiivinen asenne painehaavojen ehkäisyn suhteen, suurin osa hoitajista ei kuitenkaan pitänyt painehaavojen ehkäisyä tärkeänä osana työtään. (Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson 2010, 2252- 2253.)

Kellyn ja Istedin (2011) toteuttamassa tutkimuksessaan tarkasteltiin hoitajien kykyä luokitella painehaavaumia. Tutkimuksessa haastateltiin saman sairaalan kuu-deltatoista eri osastolta aina vähintään viittä hoitotyöntekijää, yhteensä tutkimukseen osallistui 93 hoitajaa. Hoitotyöntekijöille näytettiin viidestä eri painehaavauman kuvasta aina kolme. Kuvat olivat pöydällä väärinpäin ja hoitotyöntekijät valitsivat itse kolme kuvaa. Hoitotyöntekijöitä pyydettiin tämän jälkeen luokittelemaan painehaavaumat käyttäen luetettavaa painehaavaumien arviointimenetelmää. Tutkimuksen tekijät toistivat tutkimuksen vuonna 2011. Tutkimus toteutettiin samalla tavalla, mutta entisen viiden painehaavauman kuvan sijaan tutkijat käyttivät kymmentä kuvaa. Tämä johtui siitä, että edellisen kerran jälkeen hoitotyöntekijät olivat tienneet tarjolla olevan aina yhden kuvan yhdestä painehaavaumaluokasta. Tutkimuksen tulosten mukaan ensimmäisellä tutkimuskerralla 56 % tutkimukseen osallistujista osasi luokitella oikein painehaavaumat. Toisella tutkimuskerralla 62 % tutkimukseen osallistujista osasi luokitella oikein painehaavaumat. Olisi tärkeää, että hoitotyöntekijöillä olisi hyvät tiedot myös painehaavojen luokittelusta, jotta he osaisivat arvioida oikein painehaavauman syvyyden, sekä valita myös oikean hoidon painehaavaumalle. (Kelly & Isted 2011, 66- 68.)

Athlin, Idvall, Jernfält & Johansson (2010) kartoittivat tutkimuksessaan sairaalaan sekä avohuollon sairaanhoitajien käsityksiä tekijöistä jotka voivat vaikuttaa painehaavojen kehittymiseen. Tutkimus oli laadullinen tutkimus, jossa haastateltiin 15 sairaanhoitajaa sairaalasta ja 15 sairaanhoitajaa avohoidon puolelta. Tutkittavat kokivat tärkeäksi asiaksi sairaanhoitajien tiedot ja taidot painehaavahoitotyössä. Etenkin tiedot kuinka ehkäistä ja hoitaa painehaavoja nähtiin tärkeäksi, kuitenkin joillakin sairaanhoitajilla oli myös välinpitämätön asenne painehaavahoitotyötä kohtaan. Monella sairaanhoitajalla oli riittävät tiedot siitä kuinka ennaltaehkäistä ja hoitaa painehaavoja, mutta tietämys saattoi olla myös riittämätöntä tai vanhentunutta. Kaikki tutkimuksen osallistuneet ymmärsivät riskiarvioinnin tärkeyden painehaavojen ehkäisyssä, mutta sitä tehtiin harvoin päivittäisessä työssä. Päätekeijöinä painehaavojen kehittymiseen terveydenhuollossa nähtiin potilaaseen, hoitohenkilökuntaan ja terveydenhuollon rakenteeseen liittyvät tekijät. (Athlin ym. 2010, 2252- 2255.)

Hoitotyöntekijöiden tiedot painehaavojen ennaltaehkäisystä ja hoidosta ovat tärkeä tekijä painehaavahoitotyössä. Hoitotyöntekijöiden osaamiseen ja motivaatioon ohjata potilaita, toimia oikeanlaisesti, käyttää apuvälineitä ja tiedostaa painehaavauman syntymisen uhka työssään, tulisi panostaa kaikilla terveydenhuollon tasoilla. (Hietanen 2009, 14.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- ONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan hoitotyöntekijöiden tietämystä ja osaamista painehaavahoitotyössä. Tavoitteena oli saada tietoa hoitotyöntekijöiden painehaavaosaamisesta ja mahdollisesta lisäkoulutustarpeesta. Tuotettua tietoa voidaan käyttää haavahoitoa koskevassa täydennyskoulutuksessa.

Tutkimuksen keskeiset tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiseksi hoitotyöntekijät arvioivat itse oman osaamisensa painehaavahoitotyössä?
2. Millaiset tiedot hoitotyöntekijöillä on painehaavahoitotyöstä?
3. Kokevatko hoitotyöntekijät tarvitsevansa lisää koulutusta painehaavahoitotyöhön?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Seuraavassa esitellään tutkimuksen toteutus, jossa käsitellään tutkimuksen kohderyhmää, aineiston keruuta ja aineiston analysointia.

6.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Vaasan kaupunginsairaalaan neljän eri osaston hoitotyöntekijät. Hoitotyöntekijöiksi lukeutuivat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat. Tutkimus toteutettiin kahdella pitkäaikaista hoitoa tarjoavalla hoivaosastolla sekä kahdella lyhytaikaista kuntouttavaa hoitoa tarjoavalla osastolla. Tutkimukseen valittiin tarkoituksella kaksi pitkäaikaista hoitoa tarjoavaa hoivaosastoa sekä kaksi kuntouttavaa hoitoa tarjoavaa osastoa, jotta saataisiin, mahdollisimman kattavat tulokset koko organisaatiosta. Tutkimusorganisaatiolta haettiin tutkimuslupaa tutkimussuunnitelmalla ja tutkimuslupanomuksella keväällä 2012. Tutkimuslupa saatiin tutkimuksen toteuttamiseen.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi sekä strukturoituja, että avoimia kysymyksiä. Kyselylomake suunniteltiin itse käyttämällä apuna teorian tietoa. Kyselylomake tehtiin sekä suomen että ruotsin kielellä. Kyselylomake (Liite 2) sisälsi 24 kysymystä, joista 15 olivat strukturoituja kysymyksiä ja 9 avointa kysymystä. Kyselylomakkeen kysymykset 1-6 kartoittivat vastaajan taustatietoja. Kysymyksillä 7-9 saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen 1. Kysymyksillä 12-21 saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen 2 ja kysymyksillä 10 ja 22-24 saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen 3. Kyselylomake esiteltiin neljällä sairaanhoitajaopiskelijalla, jotka olivat kaikki olleet töissä Vaasan kaupunginsairaalaan opiskeluidensa aikana. Esitelluksen jälkeen kyselylomakkeeseen ei tehty merkittäviä muutoksia, vain muutamaa kysymystä tarkennettiin.

Tutkimus toteutettiin kohdeorganisaatiossa syyskuussa 2012. Tutkija otti yhteyttä jokaisen osaston osastonhoitajaan sähköpostilla ja sopi päivän jolloin tuli kertoa tutkimuksesta sekä jätti osastoille kyselylomakkeet, saatekirjeet ja vastauslaatikot. Vastausaikaa oli organisaation toiveesta kaksi viikkoa, vastauslaatikot

haettiin osastoilta vastausajan umpeuduttua. Saatekirjeitä (Liite 1) ja kyselylomakkeita (Liite 2) toimitettiin osastoille yhteensä 71 kappaletta.

6.2 Aineiston analysointi

Kvantitatiivinen aineisto analysoidaan tilastollisia menetelmiä käyttäen. Tulokset käsitellään tilasto-ohjelmia käyttäen ja yleisin käytetty ohjelma on SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Strukturoitujen kysymysten vastauksia kuvailaan käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Frekvenssi tarkoittaa tilastoyksiköiden lukumäärää ja sitä voidaan kuvata numeroina esimerkiksi taulukoissa ja kuvioina. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 100, 103.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin käyttäen Microsoft Excel 2010- ohjelmaa. Aineistoa analysoitiin aina kysymys kerrallaan. Tuloksia tarkasteltiin frekvenssijakaumin ja prosenttiosuuksina. Tuloksista muodostettiin taulukoita ja kuvioita.

Sisällön analyysi on aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Sisällön analyysi on perustyöväline laadullisen aineiston analyysissä. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti eli kuvata ja järjestellä tutkimusaineistoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Sisällön analyysin tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis selittäminen, jonka seurauksena syntyy käsijärjestelmiä, käsiteluokituksia, malleja tai käsitekarttoja (Kankkunen ym. 2009, 134).

Sisällön analyysissä alkuperäiset ilmaisut pelkistetään, tästä voidaan käyttää myös ilmaisua tiivistäminen. Alkuperäiset ilmaisut tulee tiivistää niin, ettei niiden olennainen sisältö muutu. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmaisuja vertaillaan ja samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut voidaan ryhmitellä samaan luokkaan. Yhdistämisen jälkeen luokat nimetään, luokan nimen tulee kattaa kaikki pelkistetyt ilmaisut. Ryhmittelyssä tulee kokoajan miettiä kuinka pitkälle aineistoa kannattaa ryhmitellä. (Kylmä & Juvakka 2007, 117- 118.)

Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin aluksi sanatarkasti ylös Microsoft Word 2010- ohjelmalla. Tämän jälkeen avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin yksi kerrallaan käyttäen induktiivista sisällön analyysiä. Alkuperäisilmaisuista muodostet-

tiin pelkistettyjä ilmaisia, kuitenkin niin, että ilmaisujen alkuperäinen sisältö säilyi (Ks. Taulukko 3 liitteessä 5). Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaiset jaettiin ryhmiin eri luokkiin ja näille luokille annettiin luokkaa kuvaava nimi. Lopuksi vielä näille saman sisältöisille alaluokille muodostettiin yläluokkia (Ks. Taulukko 4 liitteessä 6).

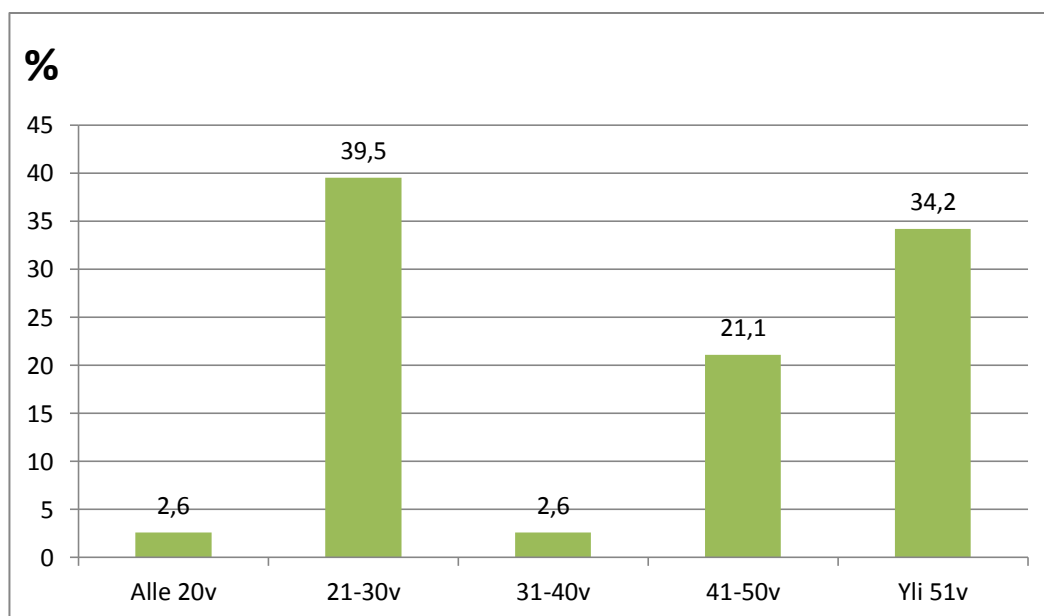
7 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa kappaleessa esitetään tutkimuksen tulokset. Tutkimuslomakkeita toimitettiin Vaasan kaupunginsairaalan neljälle eri osastolle yhteensä 71 kappaletta. Täytettyjä tutkimuslomakkeita palautettiin vastauslaatikkoon 40 kappaletta. Vastausprosentti oli 56. Kaikilta osastolta saatiin keskimäärin yhtä paljon vastauksia, eli tuloksia voidaan yhdistää koskemaan koko aineistoa.

7.1 Tutkittavien taustatiedot

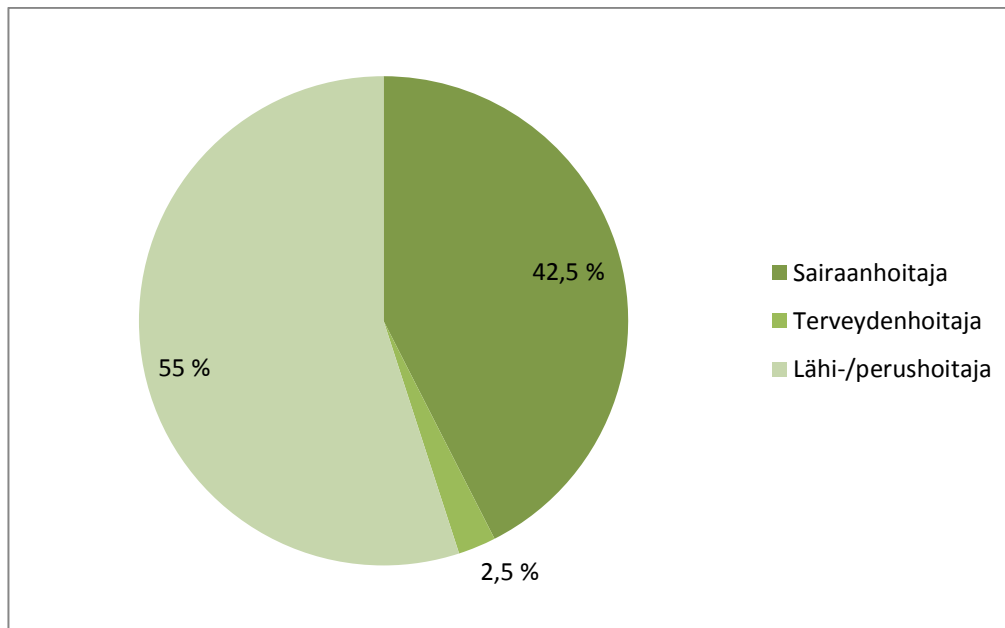
Kyselylomakkeen viisi ensimmäistä kysymystä kartoittivat vastaajien taustatietoja. Taustatiedoista selvitettiin sukupuoli, ikä, koulutus, työsuhde, kuinka kauan on työskennellyt hoitoalalla ja kuinka usein vastaajat hoitavat työssään painehaavapotilaita. Tutkimuksen 40 osallistujasta kaikki 100 % olivat naisia.

Vastaajien iät ryhmiteltiin viiteen ikäluokkaan. Vastaajista eniten (39,5 %) kuului ikäryhmään 21-30 vuotta (Kuvio 1.). Vastaajista kaksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen.



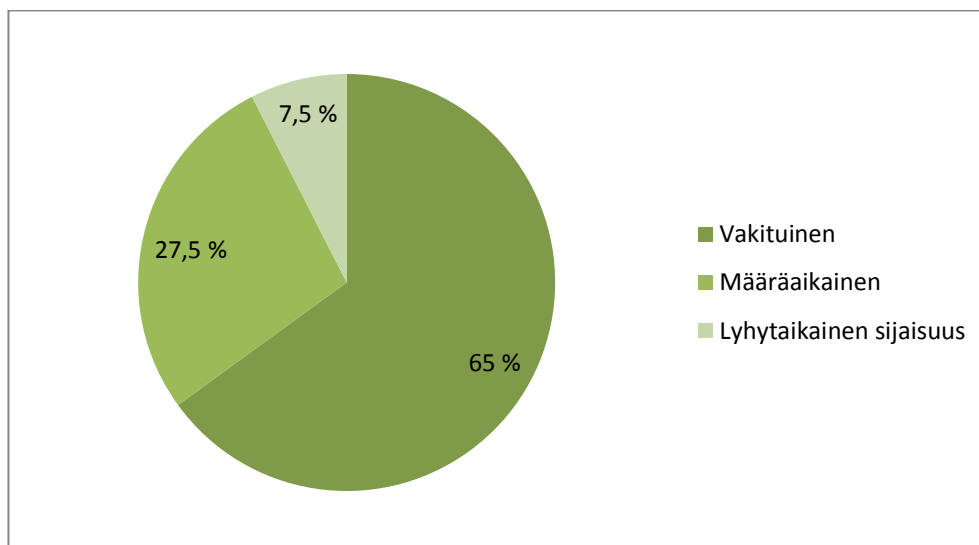
Kuvio 1. Vastaajien ikä (n=38)

Yli puolella (55 %) vastanneista oli lähihoitajan/ perushoitajan koulutus. Vastanneista sairaanhoitajia oli (42,5 %) (Kuvio 2.).



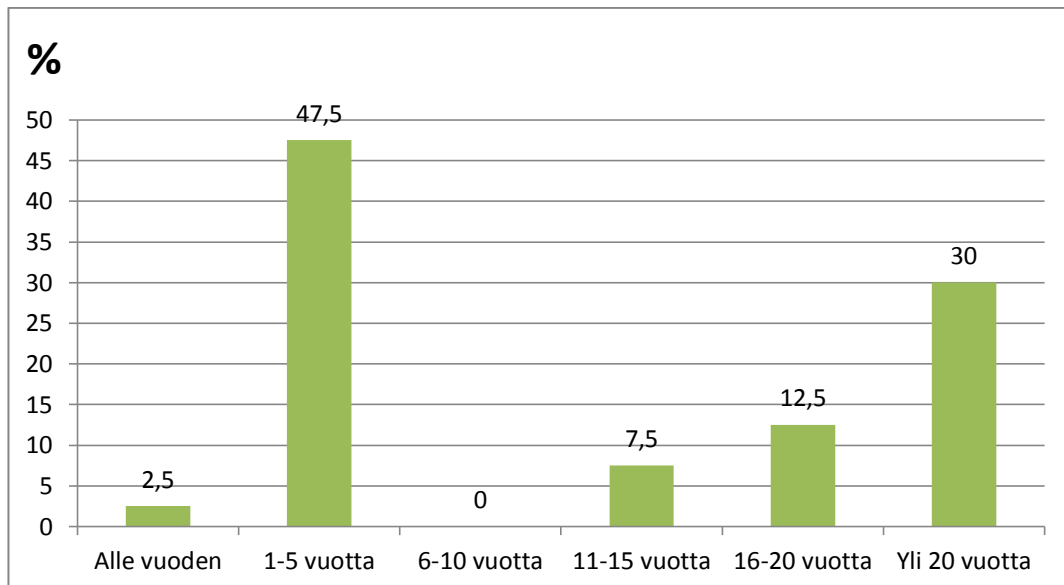
Kuvio 2. Vastaajien koulutus (n= 40)

Suurin osa (65 %) vastanneista oli vakituisessa työsuhteessa ja lyhytaikainen sijaisuus oli vain 7,5 % vastaajista (Kuvio 3.).



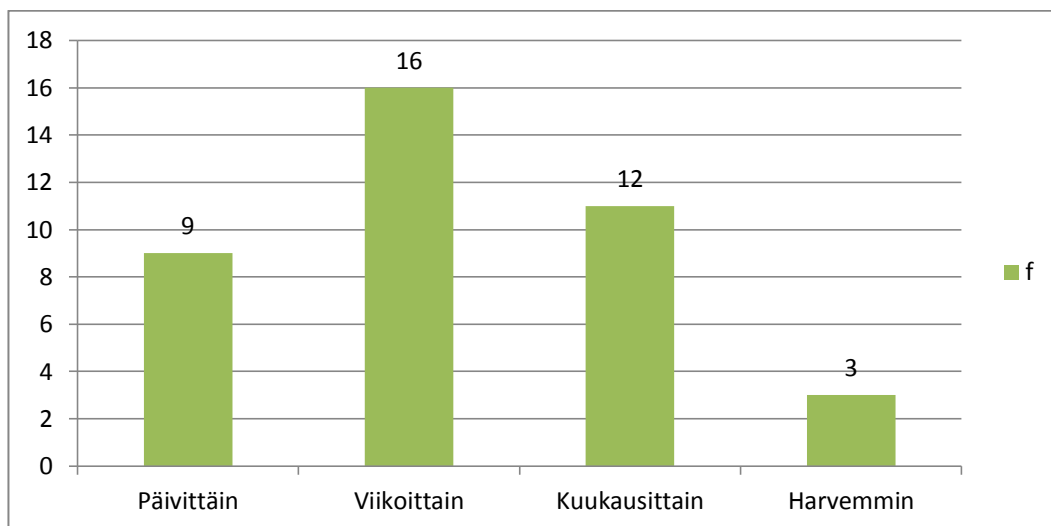
Kuvio 3. Vastaajien työsuhde (n= 40)

Tutkittavilta kysyttiin avoimen kysymyksen avulla kuinka kauan he olivat työskennelleet hoitoalalla. Vastaajista 1-5 vuotta oli työskennellyt suurin osa (47,5 %) ja alle vuoden oli työskennellyt vain 2,5 % vastaajista (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Vastaajien työskentelyaika hoitoalalla (n=40)

Suurin osa vastaajista (40 %) vastasi hoitavansa painehaavapotilaita viikoittain. Vastaajista vain 7,5 % kertoi hoitavansa painehaavapotilaita harvemmin (Kuvio 5.).



Kuvio 5. Kuinka usein vastaajat hoitavat painehaavoja työssään (n=40)

7.2 Hoitotyöntekijöiden osaaminen painehaavahoitotyössä, oma arvio

Kyselyssä tutkittiin kolmen kysymyksen avulla, millaiseksi hoitotyöntekijät arvioivat itse oman osaamisensa painehaavahoitotyössä. Yksi kysymyksistä sisälsi strukturoidun osion (kyllä/en) sekä avoimen kysymyksen, jossa pyydettiin kirjoittamaan perusteluja. Toinen kysymyksistä oli avoin kysymys. Kolmas kysymys sisälsi neliportaisen asteikon, josta tutkittavan tuli ympyröidä omaa mielipidettä parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Vastaajilta kysyttiin kokevatko he itse omaavansa hyvät tiedot painehaavahoitotyöstä. Kysymykseen vastasi kaikki 40 (100 %) vastaajaa. Kysymykseen vastasi ”kyllä” 60,5 % vastaajista. Kysymykseen vastasi ”en”, vain 39,5 % vastaajista.

Avoimeen kysymykseen vastasi 38 (95 %) vastaajaa. Kysymykseen ”kyllä” vastanneista 31,6 % perusteli vastauksensa työkokemuksella ja erilaisilla koulutuksilla. Vastaajien mukaan vuosien työkokemus on kartuttanut tietoja, antanut kokemusta painehaavoista ja erilaisista koulutuksista on saanut tietoa painehaavahoitotyöstä. Vastaajista 18,4 % perusteli hyviä tietojansa, omatoimisella tiedonhankinnalla. Vastaajat olivat itse aktiivisesti hankkineet tietoja joita tarvitsivat työssään, myös organisaatiossa olevalta haavahoitajalta on saanut soittamalla ohjeita ja tietoja. Vastaajista 10,5 % perusteli hyviä tietojaan painehaavahoitotyöstä hyvillä yleistiedoilla. He kertoivat tietävänsä perusasiat painehaavahoitotyöstä. Seuraavassa esimerkkejä tutkittavien perusteluista:

”Olen käynyt painehaavakoulutuksissa, josta on saanut uutta tietoa ja käytännön ohjeita. Vuosien kokemus”

”Olen hoitanut paljon painehaavoja ja etsinyt itse niistä tietoa. Tarvittaessa soittanut haavahoitajan apuun”

”Tiedän paljon perusasioita painehaavoihin liittyen. Usein tiedän mitä hoitoja käytetään mihinkin haavaan. Ymmärrän myös erittäin hyvin osastohoidon tärkeyden”

Viisitoista ”en” vastanneista perusteli vastauksensa. Vastaajista 15,8 % perusteli vastauksensa sillä että haavojen hoito kehittyy jatkuvasti, jonka vuoksi koskaan ei voi olla liian hyvät tiedot. Vastaajista 23,7 % perusteli vastauksensa sillä, että oli vähän koulutusta ollut aiheesta ja omat kokemuksen painehaavojen hoidosta olivat vähäiset. Seuraavassa joitakin esimerkkejä tutkittavien perusteluista:

”Tulee uutta tietoa jatkuvasti, samoin kun haavanhoitotuotteita”

”Koulutusta ja käytännön kokemusta on vähän”

”Kokoajan tulee uutta tietoa tuotteista. Ja vasta vähän aikaa ollut alalla, joten opittavaa on vielä paljon”

Tutkittavia pyydettiin arvioimaan, minkä numeron he antaisivat itselleen osaamisestaan painehaavahoitotyössä, asteikolla 4-10 ja kirjoittamaan vastaus avoimelle viivalle. Kysymykseen vastasi 40 (100 %) vastaajaa. Kukaan vastaajista ei arvioinut tietojaan numeron neljä arvoiseksi. Vain 2,5 % vastaajista arvioi tietonsa numeron viisi arvoiseksi ja vastaajista 5 % arvioi osaamisensa numero kuuden arvoiseksi. Vastaajista 27,5 % arvioi tietonsa numero seitsemän arvoiseksi ja vastaajista suurin osa (47,5 %) arvioi tietonsa numero kahdeksan arvoiseksi. Vastaajista 15 % arvioi tietonsa numero yhdeksän arvoiseksi ja vastaajista vain 2,5 % arvioi tietonsa numero kymmenen arvoiseksi. Vastaajien keskiarvo omasta osaamisesta oli 7,8.

Hoitotyöntekijöitä pyydettiin arvioimaan omia tietojaan painehaavahoitotyön eri osa-alueilla ympyröimällä omaa mielipidettä parhaiten vastaava väittämä neljäportaiselta asteikolta. Parhaimmaksi vastaajat arvioivat tietonsa asentohoidosta ja apuvälineiden käytöstä. Vastaajat arvioivat tietonsa huonoimmaksi riskimittareiden käytöstä (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Vastaajien arviointia tiedoistaan painehaavahoitotyön eri osa-alueilla (n=40)

	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Tiedän jonkin verran	Huonot
Ravinnon merkitys painehaavahoitotyössä	9 22,5 %	22 55 %	8 20 %	1 2,5 %
Lisäravintovalmisteet	10 25 %	22 55 %	7 17,5 %	1 2,5 %
Riskimittareiden käyttö	1 2,5 %	5 12,5 %	10 25 %	24 60 %
Painehaavariskin arviointi	5 12,5 %	23 57,5 %	10 25 %	2 5 %
Asentohoito	24 60 %	15 37,5 %	1 2,5 %	0 0 %
Apuvälineiden käyttö	14 35 %	21 52,5 %	15 12,5 %	0 0 %
Painehaavojen hoito	10 25 %	23 57,5 %	7 17,5 %	0 0 %

7.3 Hoitotyöntekijöiden tiedot painehaavahoitotyöstä

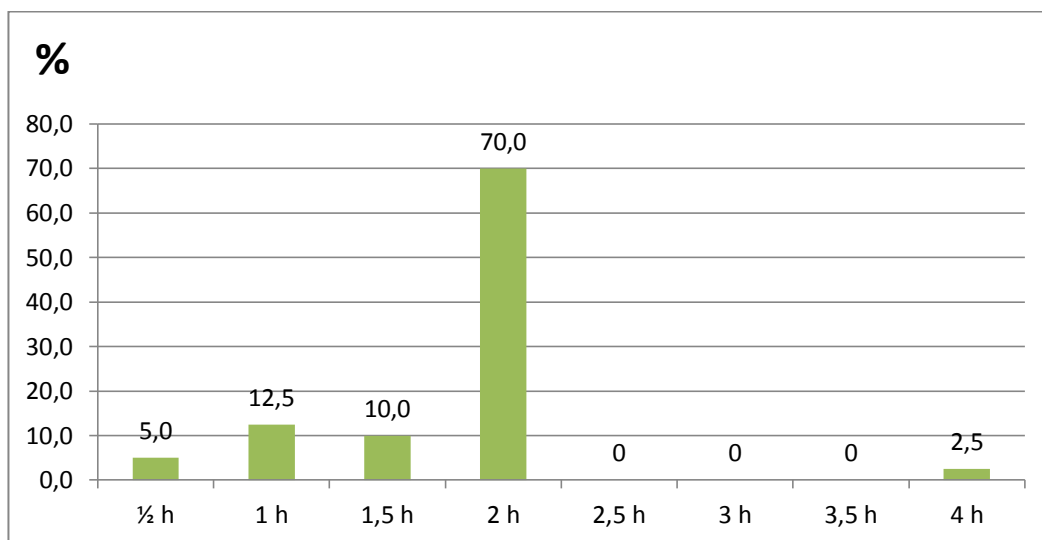
Hoitohenkilökunnan tietoja painehaavahoitotyöstä selvitettiin kolmen strukturoidun ja seitsemän avoimen kysymyksen avulla.

Tutkimukseen osallistuneiden tiedot painehaavojen riskimittareista olivat vähäiset. Vastaajia pyydettiin ympyröimään ne painehaavojen riskimittarit, jotka olivat heille tuttuja. Vastausvaihtoehtoina olivat kolme painehaavan riskimittaria: Bradenin riskimittari, Waterlow'n mittari ja Nortonin mittari sekä vastausvaihto en

tunne mitään näistä. Kysymykseen vastasivat kaikki (100 %) vastaajista. Bradenin riskimittarin tunti 10 % vastaajista. Waterlow'n mittari eikä Nortonin mittari ollut kenellekään vastaajista tuttu. Vastaajista 90 % vastasi, ettei tuntenut mitään näistä riskimittareista.

Vastaajien tietoja painehaavaluokista testattiin kahden oikein/ väärin vastausehdon sisältävällä kysymyksellä. Ensimmäisenä vastaajilta kysyttiin: onko punoitus, joka ei häviä asentoa vaihdettaessa ensimmäisen asteen painehaava. Tähän kysymykseen vastasivat kaikki tutkimukseen osallistujat. Vastaus oli oikein, jonka suurin osa (87,5 %) vastaajista tiesi. Toisessa kysymyksessä vastaajalta kysyttiin onko kantapää, jossa on ihon pintakerros rikki ja rakkuloita kolmannen asteen painehaava. Tähän kysymykseen vastasi 97,5 % vastaajista. Väittäminen oli väärin, jonka suurin osa (53,8 %) vastaajista tiesi.

Potilaan asennon vaihdosta kysyttiin avoimen kysymyksen avulla. Vastaajien tuli kirjoittaa siihen varattuun tilaan, kuinka monen tunnin välein suuressa painehaavariskissä olevan potilaan asentoa tulisi vaihtaa. Oikea vastaus kysymykseen oli kahden tunnin välein tai useammin. Kysymykseen vastasi 40 (100 %) vastaajista. Tutkittavien vastaukset on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6. Suuressa painehaavariskissä olevan potilaan asennon vaihto (n=40)

Hoitotyöntekijöiden tietoja painehaavoille yleisistä altistavista riskitekijöistä, kar-
toitettiin avoimella kysymyksellä. Hoitotyöntekijöitä pyydettiin luettelemaan vä-
hintään kolme painehaavariskille altistavaa tekijää. Tähän kysymykseen vastasi 40
(100 %) vastaajista. Vastaukset ryhmiteltiin induktiivista sisällön analyysiä käyt-
täen seitsemään eri luokkaan. Vastaajista suurin osa (77,5 %) tiesi huonon ravit-
semustilan olevan tärkeä riskitekijä painehaavan synnylle. Suurin osa vastaajista
(72,5 %) osasi myös kertoa potilaan liikkumattomuuden riskitekijäksi. Vastaajista
45 % mainitsi potilaan perussairaudet riskitekijäksi, eniten vastauksissa mainittiin
diabetes ja verenkiertohäiriöt. Vastaajista 27,5 % tiesi huonon asentohoidon ole-
van yleinen riskitekijä painehaavan synnylle. Vastaajista vain 25 % osasi kertoa
ihon hankautumisen ja ihon kosteuden olevan yleinen riskitekijä painehaavoille.
Vastaajista 20 % mainitsi ylipainon riskitekijänä ja vastaajista vain 5 % mainitsi
iän riskitekijänä. Seuraavassa esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

”Laiha potilas, huono ravitsemus ei tarpeeksi proteiineja”

”Diabetes ja muut sairaudet”

”Liikkumattomuus, vuodepotilaat”

*”Vuodepotilaan sama asento, pitempään jatkunut yhteen paikkaan
kohdistunut paine”*

”Ihon kosteus, hikoilu ja inkontinenssi”

”Potilaan valuminen sängyssä ja ylöspäin veto”

Vastaajia pyydettiin kuvailemaan avoimessa kysymyksessä mihin kohtiin kehoa
painehaavat yleensä syntyvät ja luetella ne kohdat kehosta joihin yleisimmin syn-
tyy painehaava. Tähän kysymykseen vastasi 40 (100 %) vastaajista. Vastaajista
vain 12,5 % oli vastauksessaan kertonut painehaavan syntyvän sellaiseen kohtaan
ihoa, jossa on luu lähellä. Tässä muutama esimerkki tutkittavien vastauksista:

”Luiset kohdat kehossa, eli luu painaa ihoa”

”Semmoisiin kohtiin kehoa, joissa on luu lähetyvillä alla”

Tutkittavien mukaan painehaavat syntyvät yleisimmin kehräsluun/kantapään alueelle 95 %, lonkan alueelle 75 %, pakaran alueelle 37,5 %, selän ja ristiselän alueelle 62,5 %, pään ja korvien alueelle 25 % ja käsien alueelle 12,5 %. Nämä olivat kaikki oikeita vastauksia. Seuraavassa joitakin esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

”Takamus, kantapäät ja lonkat”

”Ristiselkä, selkäranka, jos oikein laiha, kantapäät ja korvanlehdet”

”Kehon luisiin kohtiin, kuten kantapäät ja takapuoli”

Muiden vastausten mukaan painehaavat syntyvät polven alueelle 2,5 %, alueet, joihin paine kohdistuu 5 % ja sääriä alueelle 5 %. Nämä vastaukset eivät olleet oikein.

Hoitotyöntekijöitä pyydettiin luettelemaan avoimessa kysymyksessä kaikki apuvälineet joita voidaan käyttää painehaavan ehkäisyssä ja hoidossa. Tähän kysymykseen vastasi 40 (100 %) vastaajista. Suurin osa vastaajista (87,5 %) vastasi erilaiset tyynyt apuvälineinä. Vastauksissa tuli ilmi, että tyynyjä käytetään apuvälineinä asentohoidossa sekä erilaisia geeli- ja istuintyynyjä käytetään myös pyörätuoleissa painehaavariskin vähentämiseksi. Vastauksissa mainittiin eniten tavalliset tyynyt, kiilatyynyt ja erilaiset geelityynyt. Seuraavassa muutamia esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

”Tyynyt, ”tossu”, jossa on reikä kantapään kohdalla, kiilatyynyt, pehmeä kapea tyyny, jonka saa patjan ja kehonosan väliin (en tiedä nimeä) ja reikätyyny”

”Muotoillut tyynyt, tuet kantapäiden koholla pitämiseksi, istumatyynyt ja geelityynyt”

Toiseksi eniten (67,5 %) vastaajat mainitsivat apuvälineinä erilaiset patjat. Lähes joka vastauksessa mainittiin decubituspatja, nollapainepatja ja erilaiset patjan pehmentimet. Seuraavassa esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

”0-painepatjat, patjanpehmenin/ Decubituspatja”

”Patjan pehmenin, 0-painepatja”

Vastaajista 32,5 % mainitsi vastauksessaan ihon hoidon ja ihonsuojatuotteet. Eniten mainittiin erilaisia ihonsuojalevyjä kuten Mepilex. Seuraavassa joitakin esimerkkejä tutkittavien vastauksista:

”Erlaiset suojat esimerkiksi Mepilex”

”Ihon rasvaaminen perusvoiteella ja Mepilex- levyt”

Nostovälineet kuten, liftin ja liukulakanan painehaavojen hoitotyön apuvälineenä mainitsi, 15 % vastaajista. Tässä muutama lainaus tutkittavien vastauksista:

”Siirto- ja liukulakanat”

”Siirtolakanat”

”Liuku- ja kääntölakanat, nosturi”

Muita vastauksia kysymykseen tuli kahdeksan. Vastaajista 15 % vastasi ravitsemushoidon apuvälineenä ja vastaajista 5 % vastasi kinestetiikan painehaavojen hoitotyön apuvälineenä.

Tässä avoimessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin, minkälainen ruokavalio olisi paras painehaavapotilaalle. Kysymykseen vastasi 40 (100 %) vastaajista. Vastaajista 87,5 % vastasi runsas proteiinisen ja energiarikkaan ruokavalion, vastaajista 52,5 % mainitsi lisäravinteet ruokavalion lisänä ja vastaajista 10 % mainitsi riittävän nesteen saannin. Nämä olivat kaikki oikeita vastauksia. Tässä muutama esimerkki tutkittavien vastauksista:

”Runsas proteiininen, energiarikas + sinkkilisä”

”Energiarikas ja proteiinia. Täydennysravintovalmisteet lisänä”

Vastaajista 32,5 % mainitsi monipuolisen ruokavalion. Tämäkään vastaus ei ollut väärin, vaan monipuolinen ruokavalio, on hyvä kaikille potilaille.

Avoimessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin kertomaan kuinka he toteuttaisivat asentohoitoa potilaalle, jolla on painehaava vasemmassa lonkassa. Kysymykseen vastasi 39 (97,5 %) vastaajista. Vastaajista 59 % eli suurin osa vastasi kysymykseen ”asentohoito oikealla kyljellä ja selällään”. Tämä oli oikea vastaus. Vastaajista 33,3 % kertoi vastauksessaan vain, että vasemmalla kyljellä makuuta on välitettävä. Vastaajista 7,7 % mainitsi toteuttavansa asentohoidon molemmilla kyljillä ja selällään tai vaan oikealla kyljellään. Nämä vastaukset olivat väärin. Seuraavassa muutama esimerkki tutkittavien vastauksista:

”Vältetään potilaan vasemmalla kyljellä oloa. Asentohoito oikealla kyljellä ja selällä maaten”

”Välttämällä paineen kohdistuminen suoraan haavaan, makuu oikealla kyljellä tai selällään välttäen paineen kohdistumista suoraan vas. lonkkaan”

”Vältettävä mahdollisimman paljon vasemmalla kyljellä makuuta”

”Käänän kyljeltä kyljelle ja selälleen”

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, kuinka he hoitaisivat pinnallista punaista pakarassa olevaa painehaavaa. Kysymykseen vastasi 39 (97,5 %) vastaajista. Oikein painehaavan hoidon osasi kuvailla vastaajista 33,4 %. Oikeissa vastauksissa tuli ilmi haavan puhdistus, haavan suojaus ja paineen poistaminen. Seuraavassa joitakin lainauksia tutkittavien vastauksista:

”Puhdistus, mahdollisesti keittosuolalla. Nykyisin paljon käytetään Polymemiä/ Mepilexiä. Rasvaukset. Paineen estäminen, käännöt muun muassa kinestetiikkaa käyttäen. Proteiinirikas ruoka”

”Puhdistus NaCl:llä ja Mepilex. Asentohoito, ei painetta haavan alueelle ja lisäravintovalmisteet. Mobilisointia mahdollisimman usein, tyyny istuessa painetta vähentämään”

Vastaajista 41 % osasi kuvata painehaavan hoidon melkein oikein. Vastauksista puuttui useimmiten painehaavan puhdistus. Tässä muutama esimerkki tutkittavien vastauksista kysymykseen:

”Rasvaan, asentohoito ja ehkä Mepilex suojaksi”

”Ei mielellään selällä makuuta. Ihon suojaksi voi laittaa esimerkiksi Duoderm levyn. Ihon puhtaana pitäminen ja kevyt rasvaus”

Vastaajista 25,6 % kuvaili painehaavan hoidon puutteellisesti. Puutteellisissa kuvauksissa, ei mainittu painehaavan puhdistusta, suojausta tai paineen poistamista lainkaan. Tässä muutama esimerkki tutkittavien vastauksista:

”Ihon hoito ja rasvaus”

”Ilmakylpy ja rasvaus”

7.4 Hoitotyöntekijöiden lisäkoulutuksen tarve painehaavahoitotyöstä

Hoitotyöntekijöiltä kysyttiin kolmen strukturoidun ja kahden avoimen kysymyksen avulla ovatko he saaneet koulutusta painehaavahoitotyöhön, kokevatko he tarvitsevansa koulutusta ja haluaisivatko he saada lisäkoulutusta painehaavahoitotyöhön.

Vastaajilta kysyttiin strukturoidulla kysymyksellä ovatko he saaneet koulutusta painehaavahoitotyöhön. Suurin osa (60 %) vastasi kysymyksen saaneensa koulutusta painehaavahoitotyöhön (Taulukko 2.).

Vastaajilta kysyttiin avoimen kysymyksen avulla millaista koulutusta he olivat saaneet painehaavahoitotyöhön. Kysymykseen vastasi 36 (90 %) vastaajista. Vastauksista muodostettiin luokkia induktiivisella sisällön analyysillä. Suurin osa vastaajista 52,7 % mainitsi vastauksessaan työpaikkakoulutuksen kuten työpaikan sisäiset koulutukset ja haavahoitajan luennot. Vastaajista 11,1 % mainitsi haavahoitotuotteita valmistavien yritysten koulutukset. Vastaajista 16,7 % mainitsi ammatillisen koulutuksen. He kertoivat saaneet omassa koulutuksessaan tietoja painehaavojen hoitotyöstä. Vastaajista 2,8 % vastaajista mainitsi saaneensa muuta

koulutusta. Vain 16,7 % vastaajista kertoi, ettei ollut saanut minkäänlaista koulutusta. Seuraavassa lainauksia tukittavien vastauksista:

”Olen osallistunut sisäiseen koulutukseen haavanhoidosta”

”Oma talomme haavahoitaja antanut opastusta painehaavojen hoitoon”

”Eri haavahoitoedustajien luentoja”

”Eri firmojen edustajat antaneet koulutusta”

”Hyvin lyhyitä ”välähdyksiä” vuosien varrella”

”En ole saanut koulutusta painehaavahoitotyöhön”

Tutkittavilta kysyttiin myös kokevatko he tarvitsevansa lisäkoulutusta painehaavahoitotyöhön. Suurin osa vastaajista (87,5 %) vastasi kysymykseen kyllä (Taulukko 2.).

Seuraavassa kysymyksessä tutkittavilta kysyttiin haluaisivatko he saada lisäkoulutusta painehaavahoitotyöhön. Vastaajista enemmistö (90 %) halusi vielä saada lisäkoulutusta painehaavahoitotyöstä (Taulukko 2.).

Taulukko 2. Vastaajien koulutus, koulutustarve ja halu saada lisäkoulutusta painehaavahoitotyöstä

	Oletko saanut koulutusta painehaavahoitotyöhön?	Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta painehaavahoitotyöhön?	Haluaisitko lisäkoulutusta painehaavahoitotyöhön?
Kyllä	24 60 %	35 87,5 %	36 90 %
En	16 40 %	5 12,5 %	4 10 %

Hoitotyöntekijöiltä kysyttiin avoimen kysymyksen avulla, mistä asioista he haluaisivat saada lisätietoa/lisäkoulutusta. Kysymykseen vastasi 85 % vastaajista. Vastaajista eniten 35,3 % toivoi lisäkoulusta/ lisätietoja yleisistä paineahaavahoitotyöhön liittyvistä asioista. Monesta vastauksesta kävi ilmi hoitotyöntekijöiden halua saada säännöllisesti uutta tietoa / ”uusimmat tuulet ” paineahaavahoitotyön asioista. Seuraavaksi esitellään otteita tutkittavien vastauksista:

”Lisätietoa ei ole koskaan liikaa, tulee uusia apuvälineitä ja hoitokeinoja. Tarkemmin en osaa sanoa mistä asioista ”

”Kaikesta. Ei haitaksi asioiden kertaaminen ja aina tulee uusia tuulia”

”Yleisesti kaikesta ”uusimmat tuulet”

Vastaajista 17,6 % tahtoi saada lisätietoa paineahaavojen ennaltaehkäisystä. Etenkin paineahaavojen ennaltaehkäisyssä käytettävistä riskimittareista haluttiin saada lisää tietoa. Tässä muutama esimerkki tutkittavien vastauksista:

”Painehaavamittareista”

”Kuinka ehkäistä ne ja jos ne syntyy kuinka hoitaa”

”Ennaltaehkäisystä”

”Mittareista”

Vastaajista 32,4 % tahtoi saada lisää tietoa ja koulutusta paineahaavojen hoidosta. Vastauksissa tuli ilmi, että koska paineahaavojen hoito kehittyy kokoajan, monet vastaajista halusivat saada säännöllisesti tietoa paineahaavojen hoidosta. Seuraavassa joitakin lainauksia tutkittavien vastauksista:

”Kertausta kaikista erilaisista haavoista ja niiden hoidosta”

”Paineahaavojen hoidosta”

”Haluaisin tietoa erilaisten paineahaavojen hoidosta. Netistäkin tietoa saa, mutta luennot ovat aina parempia”

Uusimmista haavanhoitotuotteista halusi saada tietoa 14,7 % vastaajista. Koska haavanhoitotuotteita tulee markkinoille koko ajan lisää, vastaajat halusivat säännöllisesti tietoa uusimmista haavanhoitotuotteista. Seuraavassa lainauksia alkuperäisaineistosta:

”Haavahoitotuotteista”

”Uusista materiaaleista joita tänä päivänä suositellaan käytettäväksi”

”Kaikesta uudesta materiaalista ja kertaus on opintojen äiti”

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan kaupunginsairaalan hoitotyöntekijöiden tietämystä ja osaamista painehaavahoitotyössä. Tutkimuksen keskeiset tutkimusongelmat olivat: millaiseksi hoitotyöntekijät arvioivat itse oman osaamisensa painehaavahoitotyössä, millaiset tiedot hoitotyöntekijöillä on painehaavahoitotyöstä ja kokevatko hoitotyöntekijät tarvitsevansa lisää koulutusta.

8.1 Tulosten pohdinta

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista koki omaavansa hyvät tiedot painehaavahoitotyöstä. Osaamiseen vaikutti tutkittavien mukaan työkokemus, koulutus ja omatoiminen tiedonhankinta. Melko iso osa vastaajista ei kuitenkaan kokenut tietojaan hyväksi. Tutkittavien mukaan syynä oli se, että painehaavojen hoito ja tuotteet kehittyvät kokoajan, myöskään vastaajilla ei ollut paljon kokemusta painehaavoista, eivätkä he olleet saaneet koulutusta painehaavahoitotyöhön. Painehaavahoitotyön eri osa-alueista parhaimmaksi arvioitiin tiedot asentohoidosta ja huonoimmaksi tiedot riskimittareista. Suurin osa vastaajista arvioi tietonsa melko hyväksi painehaavojen hoidosta, apuvälineistä, riskin arvioinnista, lisäravintovalmisteista ja ravinnon merkityksestä painehaavahoitotyössä. Vastaajia pyydettiin myös miettimään minkä numeron he antaisivat itselleen tiedoistaan painehaavojen hoitotyöstä. Vastaajien keskiarvoksi tuli 7,8. Suurin osa vastaajista arvioi tietonsa osaamisestaan painehaavahoitotyössä numeron kahdeksan arvoiseksi.

Myös Mattilan, Rekolan ja Erikssonin (2011) interventiotutkimuksen tietotestiosuudessa hoitotyöntekijät arvioivat painehaavaosaamisensa hyväksi. Hoitajien painehaavaosaamisen itse arvioinnin keskiarvoksi tuli ennen interventiota 7,8 ja intervention jälkeen 8,1. (Mattila, Rekola & Eriksson 2011.)

Suurin osa vastaajista vastasi oikein kysymykseen, jossa kysyttiin painehaavaluokista. Vastaajista melkein kaikki tiesivät kuinka usein suuressa painehaavariskissä olevan potilaan asentoa tulisi vaihtaa ja suurin osa osasi luetella oikein kuinka toteuttaisi asentohoitoa painehaavapotilaalle. Suurin osa vastaajista tiesi hyvin minkälainen ruokavalio olisi hyvä painehaavapotilaalle, tiedot erilaisista apuväli-

neistä olivat hyvät ja yleisimmät painehaavoille altistavat riskitekijät tiedettiin. Tiedot siitä millaisiin kohtiin kehoa painehaavat syntyvät vaihtelivat, kuitenkin yleisimmät kohdat kehosta tiedettiin.

Mattilan, Rekolan ja Erikssonin (2011) interventiotutkimuksessa saatiin hieman samanlaisia tuloksia. Interventiotutkimuksen mukaan hoitajat tiesivät parhaiten ihon kuntoon, apuvälineisiin sekä painehaavojen ja niiden syntyyn liittyvistä asioista. (Mattila, Rekola & Eriksson 2011.)

Tutkimuksen tulosten mukaan lähes kukaan vastaajista ei tuntenut painehaavojen hoitotyössä käytettäviä riskimittareita, joista voisi olla suuri apu hoitotyöntekijöille painehaavojen tunnistamisessa. Vastauksista kävi selkeästi ilmi, etteivät riskimittarit ole yleisessä käytössä organisaation tutkittavilla osastoilla. Tämä kysymys oli hieman ristiriidassa tutkimuskysymykseen, jossa kysyttiin vastaajien itse arvioimaa tietämystä painehaavojen riskimittareista, johon vain 59 % vastaajista arvioi tietonsa huonoiksi. Voi olla että vastaajien mielestä tehtävänanto oli ollut epäselvä. Tutkimustulosten mukaan vastanneilla oli myös puutteita tiedoissa painehaavojen hoidosta.

Vastaajista suurin osa kertoi saaneensa koulutusta painehaavojen hoitotyöstä, kuitenkin suurin osa vastanneista koki tarvitsevansa vielä lisää koulutusta aiheesta. Vastaajista lähes kaikki olivat halukkaita saamaan lisäkoulutusta painehaavojen hoitotyöstä. Koulutusta toivottiin eniten yleisistä asioista, painehaavojen hoidosta, painehaavahoitotuotteista ja painehaavojen ennaltaehkäisystä. Vastaajat halusivat kuulla koulutuksissa uusimmat tuulet liittyen painehaavoihin.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla kartoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla viitataan puolestaan tutkimuksen tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetilla tarkoitetaan, sitä että mittari tuottaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin esitestaamisella tarkoitetaan, että sen toimivuutta ja luotettavuutta testataan varsinaista tutki-

musotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Esitestaaminen on todella tärkeää etenkin kuin käytetään uutta kyseiseen tutkimukseen kehitettyä mittaria. (Kankkunen ym. 2009, 152- 154.) Tutkimuslomakkeen validiteettia paransi sen esitestaus. Kyselylomake esitestiin ennen tutkimuksen toteutusta neljällä sairaanhoitajaopiskelijalla, jotka olivat kaikki jossain vaiheessa opiskeluaan olleet töissä Vaasan kaupunginsairaalassa. Esitestauksen jälkeen tutkimuksen muutamaa kysymystä muokattiin, mutta suurempia muutoksia lomakkeeseen ei tehty. Kyselylomake perustui teoreettiseen viitekehukseen. Joitakin kyselylomakkeen kysymyksiä, tutkija olisi voinut miettiä tarkemmin jotta ne olisivat vastanneet paremmin tutkimusongelmaa sekä tutkimuksen teoreettista viitekehystä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeä painopistealue on otoksen suhde perusjoukkoon. Otokokoa määritellessä tulee myös huomioida tutkimuksen kato. Kadolla tarkoitetaan tilannetta, jossa kaikkia haluttuja tutkittavia ei saada osallistumaan tutkimukseen. Ulkoisen validiteetin arviointikohteena käytetään otoksen ja kadon suhdetta. (Kankkunen ym. 2009, 79, 82, 156.) Tutkimuksen vastausprosentti jäi odotettu pienemmäksi. Tutkimuksen vastausprosentti oli 56. Tutkimuksen pienen otokseen vuoksi tämän tutkimuksen tulokset eivät ole laajasti yleistettävissä. Tutkimus tarjosi kuitenkin suuntaa antavaa tietoa hoitotyöntekijöiden osaamisesta painehaavojen hoitotyöstä. Muutama vastaaja oli myös jättänyt vastaamatta tutkimuksen muutamaan strukturoituun ja avoimeen kysymykseen.

8.3 Tutkimusetiikka

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan on pyrittävä tarpeettomien epämukavuuksien ja riskien minimointiin. Tutkimukseen osallistuneiden itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen osallistumisen lähtökohta. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta, on turvattava aina tutkimustoiminnassa. Tutkimukseen osallistumisen on perustuttava tietoiseen suostumukseen, joka tarkoittaa sitä että tutkimukseen osallistuvan on tiedettävä täysin tutkimuksen luonne. (Kankkunen ym. 2009, 172, 177- 178.) Tutkittavalta organisaatiolta haettiin tutkimuslupaa kyselyn toteuttamiseen ja se saatiin keväällä 2012. Tutkija otti aluksi yhteyttä jokaisen osaston osastonhoitajaan ja sopi päivän jolloin hän tuli kerto-

maan osastoille tutkimuksestaan. Tutkijan kertoessa tutkimuksestaan osastoilla, hoitotyöntekijöille painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä tutkittavien anonymiteettia. Kaikki nämä asiat kävivät myös ilmi kyselylomakkeen saatekirjeestä.

Tutkimustoiminnan on myös oltava oikeudenmukaista, eli tutkittaviksi valikoituvien tulee olla tasa-arvoisia. Otos ei saa siis perustua tutkittavan haavoittavuuteen. Anonymiteetti on myös tärkeä huomioitava asia tutkimustyössä. Tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. (Kankkunen ym. 2009, 79, 82, 179.) Anonymiteetti taattiin jokaiselle tutkimuksen osallistujalle, kyselylomakkeessa kysyttiin joitakin taustatietoja, mutta ei sellaisia mistä vastaajan voisi tunnistaa. Jokainen vastaaja sai palauttaa kyselylomakkeen vastattuaan vastauslaatikkoon. Tutkimuksen suorittaja säilytti myös kyselylomakkeet asianmukaisesti, niin etteivät ulkopuoliset päässeet niitä katsomaan.

8.4 Johtopäätökset

Seuraavat johtopäätökset on muodostettu tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella:

1. Suurin osa vastaajista koki tietonsa olevan hyvät painehaavojen hoitotyöstä. Hyviin tietoihin vaikuttivat työkokemus, koulutukset ja omatoiminen tiedon hankinta.
2. Parhaiten tutkittavat tiesivät painehaavapotilaan ravitsemuksesta, erilaisista apuvälineistä ja kuinka toteuttaa asentohoitoa painehaavapotilaalle.
3. Tutkimukseen osallistuneilla hoitotyöntekijöillä oli jossain määrin puutteita tiedoissaan painehaavojen hoitotyöstä. Tiedot siitä mihinkä kohtiin kehoa painehaavat yleisimmin syntyvät vaihtelivat, myös tiedot painehaavojen hoidosta vaihtelivat.
4. Suurin osa vastaajista koki tarvitsevansa vielä lisää koulutusta painehaavojen hoitotyöhön ja lähes kaikki vastaajista halusivat lisää koulutusta painehaavojen

hoitotyöhön. Eniten koulutusta toivottiin yleisistä asioista, ennaltaehkäisystä, painehaavojen hoidosta ja uusimmista haavanhoitotuotteista.

8.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voisi olla samanlainen tutkimus muihinkin samanlaisiin yksiköihin. Tämänkaltainen tutkimus saattaisi olla myös kiinnostava erikoissairaanhoidon puolella.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös se käyttävätkö hoitotyöntekijät tietojan painehaavojen hoitotyöstä päivittäisessä työssään. Vai aiheuttaako työn paine ja kiire sen, että hoitajat eivät ehdi käyttämään tietojan päivittäisessä työssään.

LÄHTEET

- Athlin, E., Idvall, E., Jernfält, E., & Johansson, I. 2010. Factors of importance to the development of pressure ulcers in the care trajectory: Perceptions of hospital and community care nurses. Viitattu 10.9.2012. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=111&sid=23309bdc-fe46-45fd-81a3-b383b8ad9da7%40sessionmgr112>
- Crowe, T., & Brockbank, C. 2009. Nutrition therapy in the prevention and treatment of pressure ulcers. Viitattu 19.9.2012. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=111&sid=23309bdc-fe46-45fd-81a3-b383b8ad9da7%40sessionmgr112>
- EPUAP & NPUAP. 2009. Painehaavojen ehkäisy. Pikaopas. Viitattu 30.5.2012. http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, A. & Juutilainen, V. 2002. Haava. 1.painos. Porvoo. WSOY.
- Hietanen, H. 2009. Tutkimustietoa painehaavoista - mitä uutta 2000 – luvulta? Haava. 12, 3, 12-14.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-2.painos. Hämeenlinna. Tammi.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveystä edistäen. Keuruu. Tammi.
- Iivanainen, A. & Kallio, H. 2011. Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito. Haava. 14, 3, 10-11.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki. WSOY.
- Kelly, J. & Isted, M. 2011. Assessing nurses' ability to classify pressure ulcers correctly. Nursing standard. 26, 7, 62-71.
- Korhonen, A. 2012. Haavan hoidon peruseräät. Haava. 15, 2, 18-21.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kärki, S., Lehto, M. & Lekkala, J. 2006. Paineenkartoitus painehaavojen ehkäisyä apuna. Duodecim. 122, 6, 671- 676.
- Mattila, L-R., Rekola, L., & Eriksson, E. 2011. Painhaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen – interventiotutkimus Laakson sairaalassa vuosina 2007- 2009. Helsingin kaupungin terveystutkimuskeskus. Viitattu 5.1.2013. <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/56da7b0047e1eba6adaf5e8d8a1cc7/Paineh>

[aavainterventio-
tio-
rap+toukok+2011_nettiin.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=56da7b0047e1eba6
adafaf5e8d8a1cc7](#)

Rajala, U-M. 2011. Kohtisuoran pintapaineen mittaaminen. Haava. 14, 3, 6- 9.

Siljamäki-Ojansuu, U. 2012. Ravitseminen ja haavapotilas. Sairaanhoitaja. 85, 6-7, 24.

Soppi, E. 2011. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Viitattu 14.10. 2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=painehaava

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

Soppi, E. 2009. Uusi, helppokäyttöinen painehaavariskin arviointimenetelmä-Shape Risk Scale. Haava. 12, 3, 20- 23.

Suomen haavahoitoyhdistys. Ravitsemussuositukset painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Viitattu 17.6.2012.
<http://www.shhy.fi/kuvat/Dokumentit/ravitsemussuositukset.pdf>

LIITE 1. Saatekirje**HYVÄ KAUPUNGINSAIRAALAN HOITOHENKILÖSTÖ**

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikössä. Opinnäytetyö aiheenani on Hoitotyöntekijät painehaavahoitotyön osajana. Tutkimukseen voivat vastata kaikki hoitotyöntekijöihin kuuluvat: sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilöstön tietoja ja taitoja painehaavahoidossa.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja kaikki kyselyyn vastanneiden tiedot ovat luottamuksellisia. Kyselyyn vastataan nimettömästi, eikä henkilöllisyytenne tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselykaavakkeet palautetaan kansliassanne sijaitsevaan palautelaatikoon. Vastausaikaa kyselyyn on 12.9.2012 asti. Tutkimuksen tietoja käytetään opinnäytetyössäni ja tutkimus julkaistaan valtakunnallisessa ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseuksessa. Opinnäytetyöni on saatavissa sen valmistuttua osoitteessa www.theseus.fi.

Toivon, että vastaisit kyselyyn mahdollisimman totuuden mukaisesti ja omien tietojesi mukaan. Kiitos vastauksestasi.

Yhteistyöterveisin

Sanna Ponsiluoma

LIITE 2. Kyselylomake**KYSELYLOMAKE**

Ympyröi sopivan vastausvaihtoehdon numero tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli

1. Nainen

2. Mies

2. Ikä _____**3. Koulutus**

1. Sairaanhoitaja

2. Terveystenhoitaja

3. Lähihoitaja/ Perushoitaja

4. Työsuhde

1. Vakituinen

2. Määräaikainen sijaisuus

3. Lyhytaikainen sijaisuus

5. Miten kauan olet työskennellyt hoitoalalla? _____kk tai _____vuosi.

6. Miten usein hoidat työssäsi painehaavapotilaita?

1. Päivittäin

2. Viikoittain

3. Kuukausittain

4. Harvemmin

7. Koetko itse omaavasi hyvät tiedot painehaavoista?

1. Kyllä

2. En

Perustelut:

8. Seuraavassa sinua pyydetään arvioimaan omat tietosi painehaavahoitotyön eri osa-alueilla. Ympyröi omaa mielipidettäsi parhaiten vastaava numero.

Miten hyvät tiedot omaat seuraavista osa-alueista painehaavahoitotyössä?

	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Tiedän jonkin verran	Huonot
1. Ravinnon merkitys painehaavahoitotyössä	1	2	3	4
2. Lisäravintovalmisteet	1	2	3	4
3. Riskimittareiden käyttö	1	2	3	4
4. Painehaavariskin arviointi	1	2	3	4
5. Asentohoito	1	2	3	4
6. Apuvälineiden käyttö	1	2	3	4
7. Painehaavojen hoito	1	2	3	4

9. Minkä numeron antaisit itsellesi osaamisestasi painehaavahoitotyössä asteikolla 4-10?

Numero: _____.

10. Oletko saanut koulutusta painehaavahoitotyöhön?

1. Kyllä
2. En

11. Millaista koulutusta olet saanut painehaavahoitotyöhön?

12. Mitkä ovat painehaavoille yleisiä altistavia riskitekijöitä? (Luettele vähintään kolme)

13. Millaisiin kohtiin kehoa painehaavat yleensä syntyvät? Luettele ne kohdat kehosta joihin yleisimmin syntyvät painehaavat?

14. Ympyröi seuraavasta ne painehaavojen riskimittarit, jotka ovat sinulle tuttuja.

1. Bradenin mittari
2. Waterlow'n mittari
3. Nortonin mittari
4. En tunne mitään näistä

15. Punoitus joka ei häviä asentoa vaihdettaessa on 1.asteen painehaava?

1. Oikein
2. Väärin

16. Kantapää jossa on ihon pintakerros rikki ja rakkuloita on 3.asteen painehaava?

1. Oikein

2. Väärin

17. Suuressa painehaavariskissä olevan potilaan asentoa, tulisi vaihtaa _____ tunnin välein.

18. Kerro kuinka toteutat asentohoitoa potilaalle, jolla on painehaava vasemmassa lonkassa?

19. Luettele kaikki apuvälineet joita voidaan käyttää painehaavojen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa:

20. Kerro minkälainen ruokavalio olisi paras painehaavapotilaalle?

21. Potilaalla on pakarassa pinnallinen punainen painehaava. Kuinka hoidat haavaa?

22. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta painehaavahoitotyöhön?

1. Kyllä

2. En

23. Haluaisitko saada lisää koulutusta painehaavoista?

1. Kyllä

2. En

24. Mistä asioista painehaavahoitotyössä haluaisit saada lisätietoa/ lisäkoulutusta?

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 3. Följebrev

ÄRADE VÅRDPERSONALEN PÅ STADSSJUKHUSET

Jag är sjukskötarestudent och jag studerar i enheten för hälsovård och det sociala området vid Vasa yrkeshögskola. Mitt slutarbete handlar om vårdarbetarnas kunskaper i behandling av trycksår. Alla som hör till vårdpersonalen kan vara med på undersökningen: sjukskötare, hälsovårdare, närvårdare och primärskötare. Syftet med undersökningen är att kartlägga vårdpersonalens kunskaper i behandling av trycksår.

Undersökningen genomförs med hjälp av frågeformulär. Det är frivilligt att delta i undersökningen. Alla svaren i undersökningen behandlas anonymt och inga svar kan kopplas till dig. Frågeformulär kan lämnas i svarslådan som finns i kansliet på avdelningen. Du har två veckor tid att svara, den sista dagen att lämna in frågeformuläret är den 12 september 2012. Undersökningsmaterialet ska användas för detta lärdomsprov och studiet kommer att publiceras i yrkehögskolornas webblibrary Theseus. När slutarbetet blir färdigt, kommer det till internet, adress www.theseus.fi.

Jag hoppas att du svarar på frågeformuläret ärligt och funderar på dina egna kunskaper i behandling av trycksår.

Med samarbetshälsningar

Sanna Ponsiluoma

LIITE 4. Frågeformulär**FRÅGEFORMULÄR**

Ringa in ett svarsalternativ eller skriv ditt svar på angiven plats.

1.Kön

1.Man

2.Kvinna

2.Ålder _____**3.Utbildning**

1.Sjuksköterska

2.Hälsovårdare

3.Närvårdare/ Primärskötare

4.Anställningsförhållande

1.Fast anställning

2.Visstidsanställning

3. Kortvarigt vikariat

5. Hur länge har du jobbat inom vårdbranschen? _____ månader eller _____ år.

6. Hur ofta du sköter du patienter med trycksår i ditt jobb?

1.Dagligen

2.Varje vecka

3.Varje månad

4. Mera sällan

7. Tycker du själv att du har bra kunskaper i behandling av trycksår?

1. Ja

2. Nej

Motiveringen:

8. I följande delen måste du bedöma dina egna kunskaper inom olika delområden. Ringa in det siffra, som bäst motsvarar din åsikt.

Hur bra kunskaper i behandling av trycksår har du på följande delområden?

	Mycket bra	Ganska bra	Jag vet något	Dåliga kunskaper
1. Kostens betydelse i trycksårsvård	1	2	3	4
2. Kosttilläg	1	2	3	4
3. Användningen av riskmätare	1	2	3	4
4. Bedömningen av trycksårsrisk	1	2	3	4
5. Lägesbehandling	1	2	3	4
6. Användningen av hjälpmedel	1	2	3	4
7. Behandlingen av trycksår	1	2	3	4

9. Vilket vitsord (1-10) skulle du ge åt dig själv på dina kunskaper i trycksårsbehandling?

Vitsord:_____

10. Har du fått utbildning om behandling av trycksår?

1. Ja
2. Nej

11. Hurdan utbildning har du fått om behandling av trycksår?

12. Vilka faktorer medför en ökad risk för trycksår?(Lista ut minst tre)

13. Var i kroppen har man oftast trycksår? Lista ut de ställen i kroppen där man oftast har trycksår.

14. Här finns några mätare , som används för att bedöma risken för trycksår. Ringa in dem som du känner till:

1. Bradensskalan
2. Waterlowskalan
3. Nortonskalan
4. Jag vet ingen

15. Om man har rodnad på huden som inte försvinner när man byter läge, då har man ett trycksår av första graden.

1. Rätt
2. Fel

16. Hälen har sönderskavade hudområden och utslag i form av blåsor, då har man ett trycksår av tredje graden.

1. Rätt

2. Fel

17. Patienten har en stor risk att få trycksår, då borde patientens läge ändras med _____ timmars mellanrum.

18. Berätta hur du genomför lägesbehandling med en patient, som har ett trycksår på vänstra höftet.

19. Lista ut alla hjälpmedel som man kan använda i att förebygga och behandla trycksår:

20. Berätta vilken kost skulle vara bäst för en patient som har trycksår?

21. Patienten har ett yttligt rodnande trycksår i skinkan. Hur vårdar du såret?

22. Känner du att du behöver mera utbildning om trycksårsbehandling?

1. Ja

2. Nej

23. Skulle du vilja ha mera utbildning om trycksår?

1. Ja

2. Nej

24. Berätta här om vilka saker relaterade till sårvårdsbehandling du skulle vilja veta mera om/ ha mera utbildning om.

Tack för dina svar!

LIITE 5. Esimerkki lauseiden pelkistämisestä**Taulukko 3.** Lauseiden pelkistäminen

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Haluaisin, että kerrattaisiin kuinka kullekin painehaavalle valitaan juuri oikea haavahoitotuote ja hoito.	Kertausta painehaavahoitotuotteiden valinnasta ja painehaavojen hoidosta.
Kertausta kaikenlaisista erilaisista painehaavoista, joita voi olla sekä niiden hoidosta.	Kertausta erilaisista painehaavoista ja niiden hoidosta.
Haluaisin lisätietoa haavahoidossa käytettävistä välineistä sekä haavojen mekaanisesta puhdistuksesta.	Lisätietoa haavanhoitovälineistä ja haavojen mekaanisesta puhdistuksesta.

LIITE 6. Esimerkki induktiivisesta sisällön analyysistä**Taulukko 4.** Sisällön analyysi