



Hanna-Riitta Anetjärvi

Julia Uusitalo

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, 2021

ASENTOHOIDON MERKITYS VUODEPOTILAIDEN PAI- NEHAAVOJEN SYNTYYN

Määrällinen tutkimus hoitohenkilökunnalle

TIIVISTELMÄ

Anetjärvi Hanna-Riitta & Uusitalo Julia

Asentohoidon merkitys vuodepotilaiden painehaavojen syntyyn – määrällinen tutkimus hoitohenkilökunnalle

32 sivua ja 2 liitettä

Syksy 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan AMK-tutkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tutkimus hoivakodin henkilökunnalle asentohoidon merkityksestä painehaavojen syntymisen ennaltaehkäisyssä sekä koulutuksen toteutumisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tutkimustietoa hoitohenkilökunnan tietämyksestä, asenteista sekä koulutuksen tarpeellisuuden tunnistamisesta ja toteutuksesta työpaikalla.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Oulussa sijaitsevan hoivakodin kanssa. Opinnäytetyö on tutkimuspainotteinen ja se on toteutettu määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusaineiston materiaali on kerätty Webropol-kyselyllä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnan asenteista, tietämyksestä ja koulutuksen tarpeellisuudesta, jotka liittyvät asentohoitoon ja painehaavojen ehkäisyyn.

Aineiston tarkastelusta selvisi, että hoitohenkilökunnalla oli tietämystä asentohoidosta ja painehaavoista. He kokivat asentohoidon todella tärkeäksi tekijäksi hoitotyössä. Hoitohenkilökunta tiesi kyselyn tulosten perusteella, mikä on Braden-mittari, mutta suurin osa ei käyttänyt sitä hoitotyössä. Aineistoa tarkastellessa selvisi myös, että hoitohenkilökunta koki tarvitsevansa lisäkoulutusta. Useimmat kokivat työpaikkakoulutuksen parhaimpana oppimisen kannalta.

Asiasanat: painehaava, asentohoito, Braden-mittari

ABSTRACT

Anetjärvi Hanna-Riitta & Uusitalo Julia

The importance of postural care in the development of pressure ulcers in bed patients – quantitative survey for health personnel

32 pages, 2 appendices

Autumn 2021

Diakonia University of Applied Sciences

Bachelor's degree programme in health care

Registered Nurse

The purpose of this thesis was to do a study for care home personnel about the importance of postural care in the development of pressure ulcers and implementation of training. The aim of this thesis was to get research data about the health personnel's knowledge, attitude and recognizing and implementing the need for training in the workplace.

The thesis was made in collaboration with care home from Oulu. The thesis is research-oriented, and it has been implemented as a quantitative survey. The research materials were collected through a Webropol questionnaire. The study's aim was to collect data about health personnel's attitude, knowledge, and the need for training about postural care and preventing of pressure ulcers.

Examination of the material reveals that the health personnel had knowledge about postural care and pressure ulcers. They found postural care to be very important in care work. The questionnaire's results tell that the health personnel knew what the Braden scale is, but they did not use it in care work. Examination of the material also revealed that the health personnel felt like they need training. Most of them found on the job training to be the best option for learning.

Key words: pressure ulcer, postural care, Braden scale

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 ASENTOHOITO JA PAINEEHAAVAT	5
2.1 Asentohoidon periaatteet	5
2.2 Asentohoidon menetelmät	5
2.3 Painehaavan synty.....	7
2.4 Painehaavan ennaltaehkäisy	10
2.5 Braden-mittari	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	13
4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄKUMPPANIT	13
5 TUTKIMUSAINEISTON KERUU- JA ANALYYSIMENETELMÄT.....	14
5.1 Tutkimuksen aineiston keruu	14
5.2 Tutkimuksen analyysimenetelmä	15
6 TUTKIMUSTULOKSET	17
6.1 Taustatiedot	17
6.2 Painehaavoihin liittyvät kysymykset	17
6.3 Asentohoitoon liittyvät kysymykset.....	18
6.4 Asentohoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät	20
6.5 Braden-riskiluokitusmittari	21
6.6 Koulutustarve	22
6.7 Kehittämisehdotuksia työpaikalla	23
6.8 Vapaa kommentti	24
7 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA	24
7.1 Asentohoitoon ja painehaavaumiin liittyvät tulokset	24
7.2 Braden-mittariin liittyvät tulokset	26
7.3 Koulutustarve ja kehittämisideat	26
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	27
9 POHDINTA	27

LIITE 1. SAATEKIRJE	33
LIITE 2. KYSELY	34

1 JOHDANTO

Noin joka kymmenennellä pitkäaikaishoitoa saavalla on painehaava. Painehaavauma eli makuuhaava syntyy erityisesti vuodepotilaille luisten ulokkeiden kohdalle. Painehaavan syntyyn vaikuttaa kudosten puutteellinen verenkierto. Lääkät, vaikeita sairauksia sairastavat ovat suuremmissa riskissä saada painehaavoja kuin niin sanotut perussairaat. Asentohoito, eli potilaan asennon vaihtaminen riittävän usein, ehkäisee painehaavojen syntymistä (Lumio, 2019.)

Opinnäytetyössä perehdytään teorian pohjalta asentohoidon merkitykseen painehaavojen syntymisen ehkäisyssä vuodepotilailla. Aihe-ehdotus saatiin hoivakodissa työskentelevältä sairaanhoitajalta. Opinnäytetyön aihe rajattiin käsittelemään pelkästään vuodepotilaita, koska vuodepotilailla painehaavoja on kaikista eniten. Hoivakoti on ympärivuorokautista hoitoa tarjoava ikäihmisten asumisyksikkö. Asukkaat ovat pääsääntöisesti ikääntyviä muistisairaita, joiden toimintakyky vaihtelee paljon.

Haastattelukysymysten perusteella tehtiin kvantitatiivisen eli määrällinen tutkimus hoivakodin hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan asenteita, tietämystä, sekä koulutuksen tarvetta, jotka liittyvät asentohoitoon ja painehaavoihin. Kysely toteutettiin Webropol-kyselytyökalun avulla ja analysointivaiheessa hyödynnettiin Webropolin kyselytulosten raportointia tutkimustulosten analysointiin. Tutkimustuloksista selvisi, että hoivakodin henkilökunnalla oli tietoa ja taitoa asentohoidon toteutuksesta, mutta he kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta.

Olemme itse myös kohdanneet työharjoitteluissa ja työelämässä paljon painehaavoja ja asentohoidon toteutusta erilaisin tavoin. Hoitohenkilökunnan tieto, taito ja asenteet ovat vaihdelleet suuresti. Koemme, että asentohoidon merkitys painehaavojen ehkäisimessä on yksi merkittävimmistä asioista hoitotyössä.

2 ASENTOHOIDO JA PAINEHAAVAT

2.1 Asentohoidon periaatteet

Asentohoidon tavoitteita ovat painehaavojen ehkäisy, nivelten liikkuvuuden ylläpito, raajojen normaaliasennon säilyttäminen, keuhkotuuletuksen edesauttaminen, spastisuuden estäminen, laskimotukoksen vaaran ehkäiseminen ja päivittäisten toimintojen toteuttamisen mahdollistaminen vuoteessa (Iivanainen & Kallio, 2011). Vuodelevossa oleva potilas, joka ei kykene itse riittävään asennonvaihtoon, tarvitsee ulkopuolisen apua asennon vaihtamisessa. Terve ihminen vaihtaa esimerkiksi yön aikana useita kertoja asentoaan, mutta liikuntakyvytön ei siihen itse pysty. Asentohoidolla pyritään ehkäisemään painehaavoja, keuhkokuumetta, syviä laskimotukoksia sekä keuhkoemboliaa. Painehaavaumia, ihon painumista ja nivelten virheasentoja voidaan ehkäistä hyvällä asentohoidolla. Oikein toteutettuna se myös auttaa vitaalielintoimintojen tehostukseen sekä potilaan parempaan ryhtiin. Asentohoidossa pääperiaatteena tulee olla potilaan ryhti niin, että selkärankaan ei tule kiertymiä ja keho on muutenkin luonnollisessa asennossa (Henttonen ym., 2015, s. 173.) Asennon vaihtamista vähintään kahden tunnin välein on tutkitusti pidetty painehaavojen ehkäisyn perustana. (Soppi 2010). Lyhytaikainenkin paine iholla voi aiheuttaa alkavan painehaavan esimerkiksi silloin, jos iho on kostea tai alusta on liian kova tai epätasainen (Terveyskylä, 2017.)

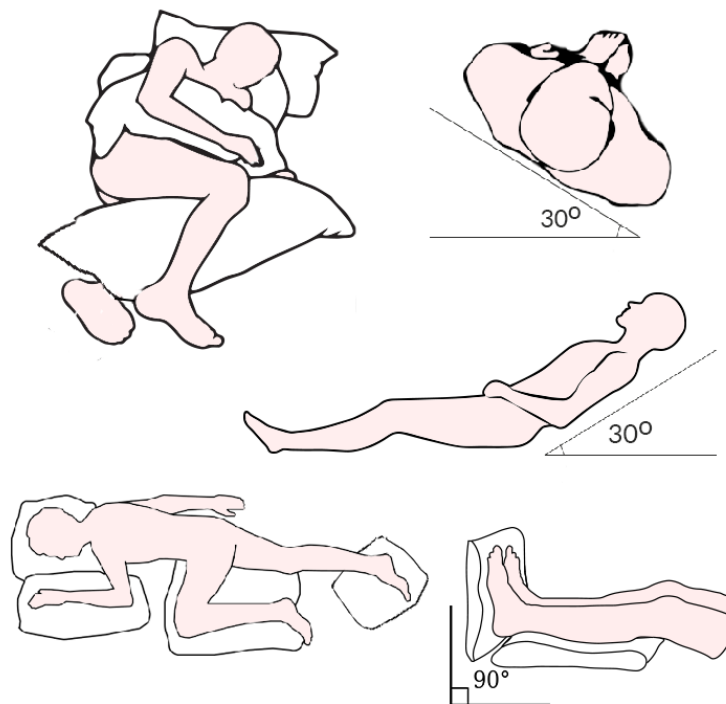
2.2 Asentohoidon menetelmät

Kylkiasento mahdollistaa kehon toisen puolen lepäämisen. Vuodepotilaan asentoa tuetaan tyynyjen ja kiilojen avulla joko oikealle tai vasemmalle kyljelle niin, että potilas on kallistettuna 30 asteen kulmaan. Potilaan asentoa vaihdetaan kyljeltä toiselle ja varmistetaan että nivelet ovat oikeassa asennossa ja potilas voi olla rennosti. Ihoon sekä pehmytkudoksiin tuleva paine ja venytys tulee minimoida (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015; Iivanainen & Kallio, 2011.)

Vatsa-asentoon tuettaessa kasvojen ja kehon painekohtia tulee keventää esimerkiksi painetta jakavalla makuualustalla.

Pää käännetään joko oikealle tai vasemmalle puolelle ja pään alle laitetaan esimerkiksi litteä tyyny. Näin ehkäistään keuhkojen ja rintakehän painuminen. Mikäli potilaan terveydentila ei salli asennonvaihtoja, tulee hänellä käyttää painehaavoja ehkäisevää makuualustaa, kuten vaihtuvapaineista decubitus-patjaa. Asentohoitoa jatketaan, vaikka käytössä olisikin vaihtuvapaineinen patja (Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015.)

Selkäasento on yleisimmin käytetty vuodepotilaan asento. Tulee kuitenkin muistaa, että selällään ollessa potilaan takaraivo, selkäranka, ristiluu, kyynärpäät ja kantapää joutuvat lyhyessäkin ajassa kovan paineen alaiseksi. Selkäasento ei ole verenkierron ja hengityksen kannalta tarkoituksenmukainen. Pää on keskiasennossa ja niskan alle laitetaan tyyny tukemaan kaularangan notkoa. Joissakin tilanteissa jalkaterät voidaan tukea tyynyllä lähes suoraan kulmaan asettamalla esimerkiksi tyyny jalkaterien ja sängynpäädyn väliin. Polvia olisi hyvä koukistaa verenkierron vilkastuttamiseksi. Polvien alle tulisi laittaa tyyny ja kohottaa kantapää vuoteesta irti niin, että ne eivät pääse painumaan. Käsivarret tuetaan tyynyillä niin, että ne ovat irti vartalosta ja kyynärniveliä voidaan pitää vuoroin koukussa tai ojennettuna (Henttonen ym., 2015, s. 176; Iivanainen & Kallio, 2011.)



Kuva 1: Vuodepotilaan painon keventäminen (Mäntymäki ym., 2016)

2.3 Painehaavan synty

Painehaavojen ehkäisy on yksi tärkeimmistä potilasturvallisuuden osatekijöistä. Painehaavat aiheuttavat pitkiä hoitjaksoja, lisäkustannuksia, ylimääräistä työtä, potilaan kärsimyksiä, lääkekustannuksia ja lisäävät kuoleman vaaraa (Kinnunen ym., 2017, s.169.)

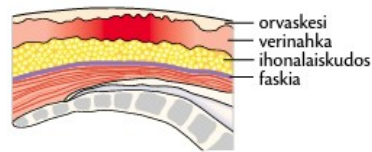
Painehaava eli makuuhaava tarkoittaa paikallista iholla tai sen alla olevaa kudosa-vauriota, jonka aiheuttaa yksinään paine tai paine ja venytys yhdessä. Kroonisista haavoista suuri osa on painehaavoja. Krooninen haava on pitkäaikainen, ulkoisen tai sisäisen tekijän aiheuttama haava. Alttiita painehaavoille ovat pitkään vuodepotilaana olevat potilaat, esimerkiksi neliraajahalvaantuneet tai iäkkäät reisi-luun murtuman saaneet potilaat. Painehaavan muutokset johtuvat painoksissa olevan alueen verenkierron hidastumisesta, mikä johtuu yleensä kehon painosta. Yleensä painehaava syntyy kehon luisiin ulokkeisiin, jossa ei ole pehmeää ihonalaiskudosta ehkäisemässä painetta.

Yleisimmät alueet ovat ristiselkä, sarvennoisen alue eli lantion alue, häntäluu ja kantaluu eli kantapään alue (Hietanen & Juutilainen, 2018, s. 322; Henttonen ym., 2015, s. 232–235; Koivunen ym.,2017, s. 53.)

Kun potilasta liikutetaan varomattomasti tai kun potilas liikuu vuoteessa alaspäin, syntyy hankausta. Hankausta puolestaan aiheuttaa vastusta, kun ihon ulompi kerros liikuu alapuolella olevan kerroksen yläpuolelle liikkumissuuntaan ja alapuolella oleva ihokerros pysyy paikallaan. Kudosten kapillaarisuonet eli hiussuonet venyvät tai repeytyvät ja aiheuttavat verenkiertohäiriön kudoksissa. Kun kudokset puristuu, kudospaine nousee. Tämä aiheuttaa kapillaarisuonten tukkeutumista ja verenkierron estymistä, minkä myötä myös hapen ja ravinnon puute kudoksissa lisääntyy. Estynyt verenkierto saa aikaan kuolion ja haava alkaa kehittyä. Paineen alainen aika on keskeisempää haavan kehittymisessä kuin paineen määrä (Henttonen ym., 2015, s. 234.) Kudokset reagoivat paineen aiheuttamaan stressiin ja tämä vaihtelee stressitekijöiden perusteella. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi kuormituksen määrä, kuormituksen tyyppi, kuormituksen kesto ja jännityksen määrä. Kudoksen rakenteeseen vaikuttavat ikä, perussairaudet ja lääkitys (Soppi, 2013, s. 6–7.)

Painehaavat jaotellaan neljään eri asteeseen painehaava-asiantuntijaneuvoston EPUAPN:n (European Pressure Ulcer Advisory Panel) painehaavan syvyysluokituksen mukaan. Ensimmäisen asteen painehaava ilmenee ihon punoituksena, joka ei katoa asentoa vaihtaessa. Muita oireita ensimmäisen asteen painehaavassa ovat alueen kuumotus, turvotus ja ihon kovettuminen. Toisen asteen painehaava on pinnallinen, ihon tasolla oleva haava. Haava ulottuu orvasketeen eli pinnallisimpaan ihokerrokseen, verinahkaan tai molempiin niistä. Haava voi olla nirhauma, rakkula tai punainen haava. Kolmannen asteen painehaava ulottuu ihonalaiseen rasvaan. Ihonalainen rasvakudos voi olla kuoliassa tässä asteessa. Haava ei yletä lihakseen asti. Neljännessä eli syvimmissä painehaava-asteessa haava ulottuu lihakseen tai luuhun asti (Hietanen & Juutilainen, 2018, s. 322; Henttonen ym., 2015, s. 235.) Painehaavaluokitukset esimerkkikuvineen näkee kuvassa 2.

Kuva 19.6. Painehaava 1. aste

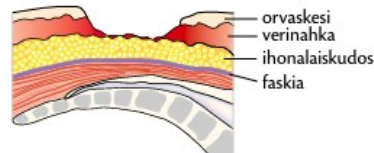


A. Vaurion ulottuminen ihon pintakerrokseen, mutta iho on kuitenkin ehjä.



B. Selkärangan luisissa ulokkeissa vaalenematon punoitus

Kuva 19.7. Painehaava 2. aste

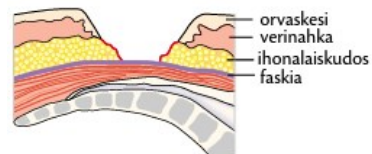


A. Vaurio ulottuu dermikseen, mutta ei lävistä sitä.

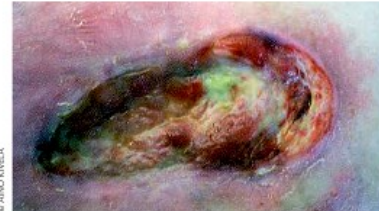


B. Granuloiva painehaava, jonka reunoilla on kuivunutta kudoseritettä.

Kuva 19.8. Painehaava 3. aste

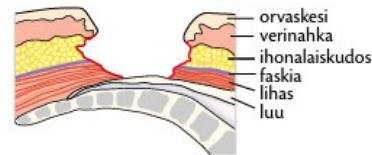


A. Vaurio ulottuu ihonalaiseen rasvakudokseen, mutta ei lävistä lihasfaskiaa.



B. Tarkkarajainen painehaava lonkassa

Kuva 19.9. Painehaava 4. aste



A. Vaurio ulottuu faskian läpi lihakseen tai luumun saakka.



B. Luuhun asti ulottuva painehaava ristiselässä

Kuva 19.10. Luokittelematon painehaava

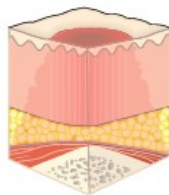


A. Koko ihon tai kudoksen läpäisevä vaurio, jonka todellinen syvyys on epäselvä.



B. Mustan nekroosin peittämä painehaava pakaralueella

Kuva 19.11. Epäily syvien kudosten vaurioista



A. Vaurion ilmaannuttua sen syvyyttä ei voi heti tarkasti määrittellä.



B. Sinertävä vaurioalue ristiluun päällä

2.4 Painehaavan ennaltaehkäisy

Painehaavojen riskipotilaat ovat kaikki potilaat, joiden liikuntakyky ja aktiivisuus on rajoittunut. Suurimmassa riskissä ovat selkäydinvauriopotilaat, iäkkäät, pitkäaikaishoidossa olevat potilaat, tehostetussa kotihoidossa olevat potilaat tai kuntoutettavat ja palliatiivista hoitoa saavat potilaat. Painehaavan kehittyminen on potilaalle kuoleman riski ja vuosittain noin 500–1000 painehaavan saanutta potilasta menehtyy sen aiheuttamiin komplikaatioihin. (Ahtiala & Soppi, s. 18–19.)

Painehaavan ennaltaehkäisyyn pääperiaate on potilaan asennon vaihtaminen tarpeeksi usein, eli asentohoidon toteuttaminen. Painehaavoja ei synny niin sanotusti normaalissa tilassa; terve ihminen liikkuu unissaan. Paine ei saa kohdistua mihinkään kehonosaan kahta tuntia pidempään. Jos potilas istuu esimerkiksi pyörätuolissa pitkiä aikoja, asentoa tulisi vaihtaa tunnin välein (Henttonen ym., 2015, s. 236; Koivunen ym., 2014, s. 14.)

Ennen potilaan hoitosuhteen aloittamista täytyisi tehdä riskinarviointi viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan hoitoon saapumisesta. Arviointi tulisi uusua, jos potilaan tilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia. Potilaille, jotka ovat riskissä saada painehaavoja, tulisi tehdä ehkäisy suunnitelma. Ihon kunnon arviointi tulisi olla osana riskinarviointia. Ihoa arvioidessa tutkitaan ihon lämpötilaa, turvotusta ja kudoksen kiinteyden muutosta suhteessa ympäröivään kudokseen. Lääkinnällisten laitteiden alla oleva iho on arvioitava tiheämmin (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta, 2014, s. 13–16.)

Painehaavojen syntymisen ehkäisyssä tärkeää on kiinnittää huomiota ihon hoitoon, ravitsemukseen, liikuntaan ja apuvälineisiin. Ihon kunnon päivittäinen tarkkailu ja ihosta huolehtiminen ovat tärkeitä. Iho tulee pitää puhtaana ja kuivana; eritteet pestään huolella pois, pesujen jälkeen iho tulee kuivata ja tarvittaessa ihoa voidaan rasvata tai öljytä. Tärkeää on välttää voimakasta hierontaa ja hankausta iholla. Monipuolinen ruokavalio ja riittävä nesteytys pitävät kudokset paremmassa kunnossa. Liikkuminen ehkäisee painehaavoja. Jos potilaan liikuntakyky on rajoittunut, asennon vaihto vuoteessa ja tuolissa tulee toteuttaa säännöllisesti.

Liikkumisrajoitteisilla potilailla vähennetään painetta apuvälineillä. Painetta jakavat esimerkiksi pehmusteet, tyynyt ja erikoispatjat (Terveyskylä, i.a.) Koulutus on perusta painehaavojen ehkäisyssä. Koulutus luo pohjan tiedolle, jonka mukaan hoitajat toimivat ja tekevät päätöksiä (Koivunen ym., 2014, s. 16.)

2.5 Braden-mittari

Braden-riskiluokitusmittari (engl. Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) on vuonna 1988 kehitetty painehaavan riskiluokitusmittari. Riskimittarin tarkoituksena on tunnistaa ne potilaat, joilla on suurentunut riski saada painehaava. Se on eniten tutkittu painehaavan riskiluokitusmittari. Mittarissa on kuusi osatekijää, joita arvioidaan tuntoaistin, kosteuden, aktiivisuuden, liikkuvuuden, ravitsemuksen, kitkan ja kudosten venymisen perusteella (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 342; Kauppinen, 2013, s. 26.)

Pistemäärä on välillä 6–23 ja mittarin pisteytys toimii siten, että pisteillä 15–18 riski on olemassa, pisteillä 13–14 riski on kohtalainen, pisteillä 10–12 riski on suuri ja pisteillä 9 tai alle riski on erittäin suuri. Kuitenkin jos potilas saa pisteitä vähäisen riskin verran, tulee ihon kuntoa silti tarkkailla (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 342.) Braden-riskiluokitusmittarin näkee kuvassa 3.

Tuntoaisti Reagointi paineesta johtuvaan epämukavuuden tunteeseen	1. Täysin rajoittunut Ei reagoi lainkaan edes kipuun tajunnan heikentymisen tai rauhoittavan lääkityksen vuoksi.	2. Hyvin rajoittunut Reagoi vain kipuun. Pystyy ilmaisemaan kivun vain valittamalla tai rauhottamana käytöksenä.	3. Hieman rajoittunut Reagoi puheeseen, muttei aina pysty ilmaisemaan omaa epämukavuuttaan tai tunne tarvetta vaihtaa asentoa.	4. Normaali Reagoi puheeseen. Tunto normaali. Kykenee tuntemaan ja ilmaisee kipua. Vaihtaa asentoa
Kosteus Ihon kosteus	1. Jatkuvasti kostea Iho pysyy koko ajan kosteana (hiki, virtsa tms. erite). Aina potilasta liikuteltaessa havaitaan kosteutta.	2. Erittäin kostea Iho on usein, muttei aina, kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa kerran työvuoron aikana.	3. Satunnaisesti kostea Iho on ajoittain kostea. Petivaatteet ja pyjama täytyy vaihtaa kerran vuorokaudessa.	4. Harvoin kostea Iho on tavallisesti kuiva. Petivaatteet ja pyjama vaihdetaan normaalisti
Aktiivisuus Fyysisen toimintakyvyn vertailuaste	1. Vuodepotilas Hoidetaan vuoteessa.	2. Istumakykyinen Kävelykyky huonoo tai puuttuu kokonaan. Ei pysty kannattamaan painoaan tai tarvitsee apua siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	3. Kävelee silloin tällöin Kävelee silloin tällöin päivän aikana ilman apua tai autettuna, mutta hyvin lyhyitä matkoja. Viettää enimmäns osan ajasta sängyssä tai tuolissa.	4. Kävelee säännöllisesti Kävelee huoneen ulkopuolella ainakin kahdesti päivässä ja huoneessa kerran kahdessa tunnissa.
Liikkuvuus Kyky muuttaa ja hallita kehon asentoa	1. Ei pysty lainkaan ilman apua liikkumaan tai liikuttamaan raajojaan.	2. Liikkuminen erittäin rajoittunutta. Kykenee satunnaisesti liikuttamaan vähän kehoaan tai raajojaan.	3. Liikkuminen vähän rajoittunutta. Kykenee itsenäisesti toistuvien, vaikkakin vähäisiin, kehon tai raajojen asennonmuutoksiin.	4. Liikkuminen normaalia. Kykenee asennonmuutoksiin ilman ulkopuolista apua.
Ravitseminen Perusruokamäärän saanti	1. Hyvin huono Ei koskaan syö koko ateriala. Harvoin syö 1/3 tarjotusta ruoasta. Syö kaksi annosta tai vähemmän proteiinia päivässä. Ottaa nesteitä vähän. Ei ota nestemäisiä lisäravinteita.	2. Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin kokoaterian ja syö yleensä vain 1/2 tarjotusta ruoasta. Syö vain kolme annosta (liha- tai maitotuotteet) proteiinia päivässä. Ottaa silloin tällöin lisäravinteita.	3. Riittävä Syö yli puolet aterioista. Syö neljä annosta proteiinipitoista ruokaa päivässä (liha- tai maitotuotteet).	4. Erinomainen Syö suurimman osan jokaisesta ateriala. Syö aina tarjotut ateriat. Syö yleensä vähintään 4 annosta liha- tai maitotuotteita. Ei tarvitse lisäravinteita.
Kudoksen venyminen ja leikkausvoimat	1. Merkittävä ongelma Tarvitsee paljon apua liikuttamisessa. Nostaminen on mahdotonta ilman liu'uttamista lakanoita vasten. Valahtaa usein kasaan tuolissa tai sängyssä istuessa eikä pysty itse korjaamaan asentoon Kudoksiin kohdistuu jatkuvaa venytystä ja hankausta spastisuuden, kontraktuurien tai levottomuuden vuoksi.		2. Mahdollinen ongelma Liikkuu sujuvasti tai tarvitsee vain vähän apua liikkumiseen. Liikkuessa iho luultavasti hankautuu lakanoita, tuolia, laitoja tai muita apuvälineitä vasten. Pystyy pitämään suhteellisen hyvin asennon tuolissa tai sängyssä. Mahdollisesti silloin tällöin valuu kuitenkin jossakin määrin kasaan.	3. Ei havaittavaa ongelmaa Liikkuu sängyssä tai tuolissa itsenäisesti ja omaa riittävästi lihasvoimia itsensä nostamiseen, ei hankausta siirryttäessä toiseen asentoon. Ylläpitää hyvin asennon vuoteessa ja tuolissa.

Kuva 3: Braden-riskiluokitusmittari (Juutilainen & Hietanen, 2018, s. 338).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ympärivuorokautisen hoivakodin henkilökunnalle asentohoidon merkityksestä painehaavojen syntymisen ennaltaehkäisyssä sekä koulutuksen toteutumisesta. Tavoitteena opinnäytetyölle oli saada tutkimustietoa hoitohenkilökunnan tietämyksestä, asenteista sekä koulutuksen tarpeellisuuden tunnistamisesta ja toteutuksesta työpaikalla. Tutkimustulosten perusteella työelämäyhteistyötaho pystyi kartoittamaan koulutuksen tarpeellisuutta ja sen muotoa hoitohenkilökunnan lisäkouluttamiseen. Kysymykset koostuivat pääsääntöisesti strukturoiduista kysymyksistä, mutta vastaajilla oli mahdollisuus vastata myös muutamaiin avoimiin kysymyksiin. Avoimet kysymykset olivat laadullisen tutkimusmetodin mukaisia ja toivat näin ollen henkilökohtaisempia tutkimustuloksia. Työelämäyhteistyön kanta oli kysymysten asettelussa sama.

4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄKUMPPANIT

Työelämäkumppanimme oli oululainen hoivakoti, joka toimii ympärivuorokautisena asumisyksikkönä. Asumisyksikössä on yhteensä 60 asumispaikkaa ja se on jaettu neljään eri ryhmäkotiin. Jokaisella asukkaalla on oma huone ja WC, sekä yhteiset tilat, esimerkiksi ruokailuun ja seurusteluun. Asukkaat ovat pääasiassa ikääntyneitä muistisairaita, joilla kotona asuminen ei ole enää mahdollista heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Asukkaiden toimintakyky vaihtelee suuresti. Osa pystyy liikkumaan itsenäisesti, osa tarvitsee apuvälineitä ja osa on vuodepotilaita. Jokaiselle asukkaalle on nimetty oma hoitaja ja heille on laadittu henkilökohtainen hoitosuunnitelma, mitä päivitetään yhdessä hoitohenkilökunnan, omaisten ja asukkaan kanssa aina tarvittaessa.

Opinnäytetyön aihe saatiin hoivakodissa työskentelevältä sairaanhoitajalta. Sairaanhoitajan näkökulmasta aihe oli tärkeä tutkimus- ja kehittämismielessä.

5 TUTKIMUSAINIESTON KERUU- JA ANALYYSIMENETELMÄT

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää lukumääriin liittyviä kysymyksiä, eli se vastaa kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein. Määrällinen tutkimus vaatii tarpeeksi suurta otosta, eli esimerkiksi riittävän montaa kyselyyn vastaajaa. Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää useita erilaisia aineistonkeruumenetelmiä. Tyypillisesti ne ovat lomakekyselyjä, internet-kyselyjä, puhelinhaastatteluja, strukturoituja haastatteluja, kokeellisia tutkimuksia tai systemaattista havainnointia. Samaan tutkimukseen voidaan kuitenkin sisällyttää sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä, jolloin ne täydentävät toisiaan. Määrällisen tutkimuksen vaiheita ovat tutkimusongelman määrittäminen, aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtyminen ja tutkimussuunnitelman laatiminen, tiedonkeruuvälineen rakentaminen, tietojen kerääminen, tietojen käsittely ja analysointi, tulosten raportointi ja lopuksi johtopäätösten teko ja tulosten hyödyntäminen käytännössä (Heikkilä, 2014).

5.1 Tutkimuksen aineiston keruu

Kyselylomake on yksi tapa kerätä tutkimusaineistoa. Perinteisesti se on toteutettu paperisena, mutta nykyisin käytetään myös sähköisiä kyselyitä (Valli, 2018b, s. 92.) Kyselyhaastattelun tarkoituksena on määrällisen tiedon kerääminen, jonka avulla saavutetaan yleistyksiä ja kuvailevia tilastoja (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvoori, 2017, s. 3). Strukturoituja kysymyksiä eli niin sanottuja suljettuja kysymyksiä voidaan käyttää määrällisen tutkimuksen kysymysten asettelussa. Oikeat sanamuodot ovat tärkeitä ja kysymysten tulee olla helposti ymmärrettävissä (Valli, 2018a, s. 93.)

Opinnäytetyö on tutkimuspainotteinen ja tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista, eli määrällistä menetelmää. Tässä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeraalisesti, eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään ja kuvataan numeroiden avulla.

Kysymykset valitaan niin, että jokainen ymmärtää kysymykset samalla tavalla ja samat kysymykset esitetään jokaiselle vastaajalle (Vilka, 2007, s. 14.)

Kysymykset olivat strukturoituja, eli kysymysten vastaukset olivat rajattuja, joten vastaaja valitsi omaa mielipidettään lähimpänä olevan vastausvaihtoehdon. Kyselyssä oli myös muutamia avoimia kysymyksiä. Nämä kysymykset noudattivat laadullisen tutkimuksen metodiikkaa. Avoimet kysymykset rikastuttivat kyselyä ja näin ollen tutkimustulokset olivat yksityiskohtaisempia. Tutkimusta voisi hyödyntää jatkossa laadullisen tutkimuksen metodiikalla. Näin tutkimuksesta saataisiin syvällisempi ja yksityiskohtaisempi.

Kysely toteutettiin monipuolisella ja luotettavalla Webropol-kysely- ja raportointisovelluksella. Ensin laadittiin testikysely, jonka toimivuuden opiskelijatoverit testasivat. Nettilinkki toimi moitteettomasti ja vastaukset olivat reaaliajassa. Sen jälkeen kysymykset lähetettiin työelämäyhteistyötaholle ja heidän toiveensa kysymysten asettelussa ja sisällössä otettiin huomioon.

Varsinainen kysely lähetettiin saatekirjeen kera aluksi hoitohenkilökunnan työ sähköpostiin, mutta vastauksia tuli niukasti. Syynä tähän oli mahdollisesti se, että vastauslinkki saatiin auki vain työpaikan koneella. Kyselyn vastauslinkki jaettiin sitten sijaisten WhatsApp-ryhmään ja vakituisten työntekijöiden rinkiin, jolloin vastauksia tuli enemmän. Annoimme vastausaikaa noin kaksi kuukautta. Ajan määrityksessä huomioimme sen, että esimerkiksi vakituisia työntekijöitä oli kesällä mahdollisesti kesälomalla, joten laitoimme vastausaikaa hieman aiottua pidemmäksi. Toteutustapa sähköiselle kyselylle valittiin sen vuoksi, koska vallitsevan koronatilanteen vuoksi hoitokodissa on suositus mahdollisimman vähäisille kontakteille ja vierailut pyritään saamaan minimiin.

5.2 Tutkimuksen analyysimenetelmä

Vastausajan päätyttyä tutkimuksen aineisto rakennettiin kyselyvastausten perusteella. Aineistoon tutustuminen aloitettiin selailemalla ja katselemalla kyselyn vastauksia. (Vehkalahti, 2014). Jo tässä vaiheessa saatiin yleissilmäys tutkimustuloksista ja pystyttiin tekemään kyselystä johtopäätöksiä.

Jokainen kysymys avattiin erikseen ja vastaukset analysoitiin Webropol-analysointityökalua apuna käyttäen.

Tilastollisena analyysinä käytettiin ristiintaulukointia, jossa tutkittiin muuttujien välisiä jakautumisia. Havaintojen määriä selkeytettiin muuttamalla tulokset luvuista prosenttimuotoihin. Näin taulukot ja kuviot saatiin selkeimmiksi. (Vilka 2007, s. 129.)

Avoimissa kysymyksissä analysoitiin vapaata tekstiä sisällön analyysin menetelmällä. Epäolennainen tieto redusoitiin pois, jonka jälkeen etsittiin teemoittain samankaltaisuuksia Text mining -työkalua apuna käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, s. 108–111.) Lisäksi käytettiin temaattista analyysimenetelmää, jolla saatiin järjestettyä ja kuvattua isompia aineistokokonaisuuksia.

Tulosten analysoinnissa esitysmuotoina käytettiin kuvioita ja taulukoita. Esitysmuotoa miettiessä huomioitiin, että esitys oli selkeä ja helposti ymmärrettävissä. Luvut pyöristettiin tuloksiin kokonaislukuina, eikä esimerkiksi desimaaliluvuiksi. Näin tulokset olivat helpommin luettavissa ja selkeämpiä. Taulukon otsikosta näkyi selkeästi, mistä tiedoista on kysymys.

Tulosten analysoinnin jälkeen pystyttiin tekemään johtopäätöksiä tuloksista. Käsitkirjoitusvaiheen hyväksymisen jälkeen tulokset julkaistiin yhteistyötaholle seminaaripäivänä. Seminaaripäivä pidettiin työelämäyhteistyötaholla, johon osallistui opinnäytetyön tekijät, yksikön johtaja, sairaanhoitajat, tiiminvetäjät sekä vuorossa olevia lähihoitajia. Seminaarissa käytiin läpi opinnäytetyön sisältöä, mutta esitys painottui tutkimustuloksiin ja mahdollisiin kehittämisehdotuksiin. Työelämäyhteistyötaho antoi palautteen ja arvion opinnäytetyön kirjallisesti seminaarin jälkeen. Kopio valmiista opinnäytetyöstä luovutettiin työelämäyhteistyötaholle kokonaisuudessaan arviointiprosessin jälkeen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Kysely (liite 1) lähetettiin 75 henkilölle, joista 22 vastasi kyselyyn. Taustatiedoissa selvitettiin vastaajien ikäjakaumaa, työkokemusvuosia sekä työsuhdetta. Vastaajista 41 % (n=9) oli yli 40-vuotiaita. Vastaajista kukaan ei ollut alle 20-vuotias. Yli 10 vuotta hoitoalalla työskenteleviä oli 41 % (n=9) ja vähiten oli alle yhden vuoden hoitoalalla työskenteleviä, 14 % (n=3). Reilu puolet vastaajista olivat vakituudessa työsuhhteessa 54 % (n=12). Kolmasosa vastaajista olivat keikkalaisia, 32 % (n=7) ja loput olivat määräaikaisessa työsuhhteessa. Taustatiedot on esitetty taulukossa 1.

Taustatiedot

Ikä	Alle 20-vuotias 0 % n=0	20–29-vuotias 23 % n=5	30–39-vuotias 36 % n=8	Yli 40-vuotias 41 % n=9
Työkokemus	Alle 1 vuosi 14 % n=3	1–5 vuotta 18 % n=4	5–10 vuotta 27 % n=6	Yli 10 vuotta 41 % n=9
Työsuhde	Vakituinen 54 % n=12	Määräaikainen 14 % n=3	Keikkalainen 32 % n=7	

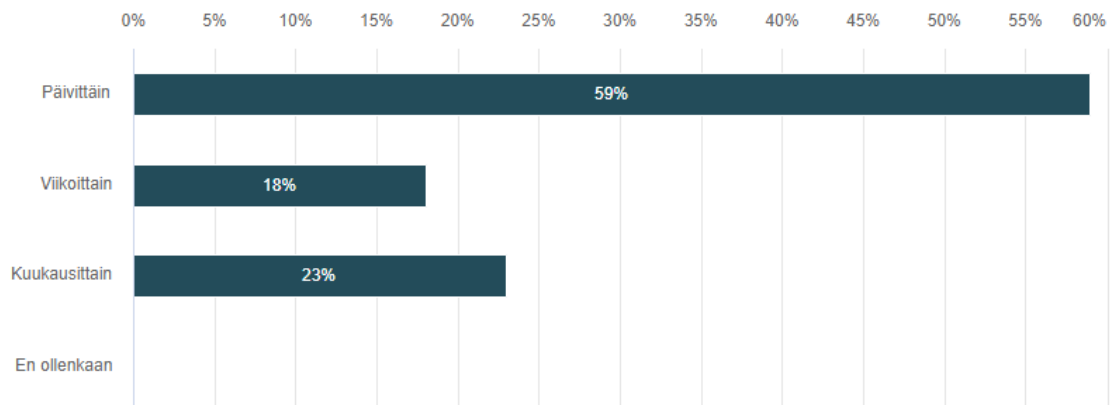
Taulukko 1: Taustatiedot.

6.2 Painehaavoihin liittyvät kysymykset

Kysymyksessä 4 kartoitettiin, kuinka usein hoitohenkilökunta kohtaa hoitotyössä painehaavariskissä olevia ikäihmisiä. Vastaajista 59 % (n=13) kertoi kohdanneensa painehaavariskissä olevia päivittäin. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, ettei painehaavariskiä esiinny hoitotyössä. Tulokset esitetään kuvassa 4.

4. Kuinka usein kohtaat työssäsi painehaavariskissä olevia ikäihmisiä?

Vastaajien määrä: 22



Kuva 4: Painehaavariski.

Kysymyksessä 6 vastaajia pyydettiin luettelemaan niitä kohtia kehossa, johon painehaavat yleisimmin syntyvät. Vastaajista suurin osa, 17 vastaajaa, kertoi painehaavojen syntyvän yleisimmin kantapäihin. Loput vastaukset hajaantuivat takapuolen, lonkan tai yleisesti luisiin ulokkeisiin.

Kysymys 7 oli avoin kysymys, jossa vastaajia pyydettiin luettelemaan painehaavan aiheuttajia. Suurin osa mainitsi pitkään kohdistuneen paineen ja samassa asennossa pitkään olemisen. Monet mainitsivat myös huonontuneen verenkierron olevan painehaavan aiheuttajia. Kysymykseen oli vastattu esimerkiksi näin:

“Pitkään jatkunut paine samaan kohtaan, makoileminen samassa asennossa”

“Liikkumattomuus, huonontunut verenkierto”

“Asentohoidon puute”

“Paine, ohut iho ja huono patja”

“Aliravitsemus ja alhainen BMI, ihon kunto, huono fyysinen toimintakyky”

6.3 Asentohoitoon liittyvät kysymykset

Kysymyksessä 5 kartoitettiin vastaajien tietämystä asentohoidosta ja sen toteutuksesta. 55 % (n=12) oli sitä mieltä, että heillä oli riittävät tiedot ja taidot asentohoidon toteuttamiseen. 45 % (n=10) koki, että tiedoissa ja taidossa oli puutteita. Kysymykseen oli liitetty avoin perustelukohta, johon vastasi 10 henkilöä.

Vastaukset on esitetty kuvassa 5. Vastaajat kuvasivat perusteluitaan seuraavanlaisesti:

Kyllä-vastaajat perustelivat näin:

“Pitkä kokemus”

“Työelämä opettaa”

“Opiskellessa olemme käyneet niitä kattavasti läpi”

En-vastaajat perustelivat näin:

“Tieto on koulutasolla”

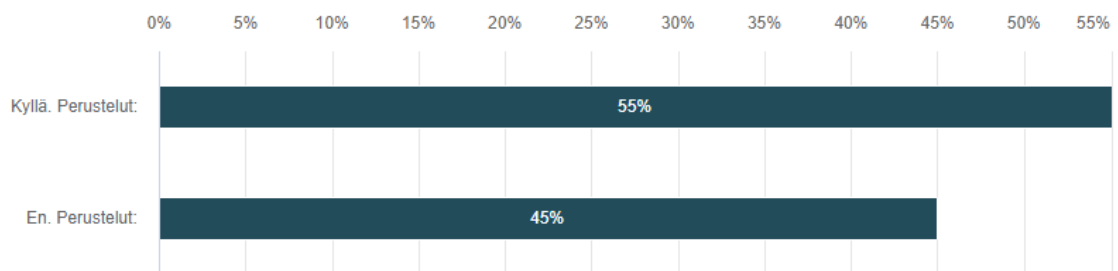
“Teorian osaan, mutta käytäntö opettaisi”

“Kaipaam asentohoidosta lisää oppia”

“Opiskeluaikana asentohoitoon ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota”

5. Koetko, että sinulla on riittävän hyvät tiedot asentohoidosta ja sen toteutuksesta?

Vastaajien määrä: 22

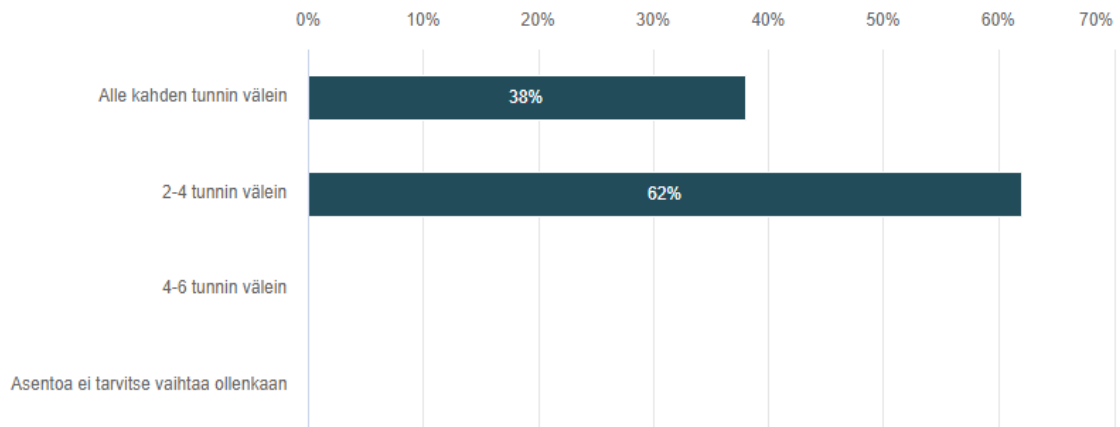


Kuva 5: Tietämys ja taidot asentohoidosta.

Kysymyksessä 8 esitettiin vastaajille kysymys, jossa selvitettiin heidän tietämystään asentohoidon oikeanlaisesta toteuttamisesta. Yli puolet, 62 % (n=13), vastaajista oli sitä mieltä, että asentoa tulisi vaihtaa 2–4 tunnin välein. 38 % (n=8) vastaajista oli sitä mieltä, että asentoa tulisi vaihtaa alle 2 tunnin välein. Vaihtoehtoon 4–6 tunnin välein tai vaihtoehtoon asentoa ei tarvitse vaihtaa ollenkaan ei vastannut yksikään. Suositus on, että asentoa tulisi vaihtaa noin kahden tunnin välein (Soppi 2010.) Vastaukset on esitetty kuvassa 6.

8. Kuinka usein vuodepotilaan asentoa tulisi mielestäsi vaihtaa?

Vastaajien määrä: 21



Kuva 6: Asentohoidon toteutus.

Kysymys 9 oli avoin kysymys, jolla kartoitettiin hoitohenkilökunnan osaamista asentohoidon toteuttamisesta hoitotyössä. Vastaajia pyydettiin kertomaan, miten toteuttaa asentoa hoitoa henkilölle, jolla on pinnallinen punainen painehaava vasemmassa lonkassa. Kysymykseen vastattiin esimerkiksi näin:

“Laitetaan henkilö oikealle kyljelle”

“Ihon tehostettu huolellinen pito, proteiinipitoinen ruokavalio, paineen välttäminen kyseisellä alueella, erikoispatja”

“Vältetään painehaavan hankaamista”

“Asentoa vaihdetaan tarpeeksi usein”

Kysymyksessä 13 “Kuinka tärkeänä pidät asentohoidon toteuttamista?” tarkasteltiin liukukytkimen avulla. Minimiarvo oli 0 eli “en ollenkaan” ja maksimiarvo oli 2 eli “todella tärkeää”. Vastaajia oli 22 ja kysymyksen summa 44 eli jokainen oli sitä mieltä, että asentohoidon toteuttaminen on todella tärkeää.

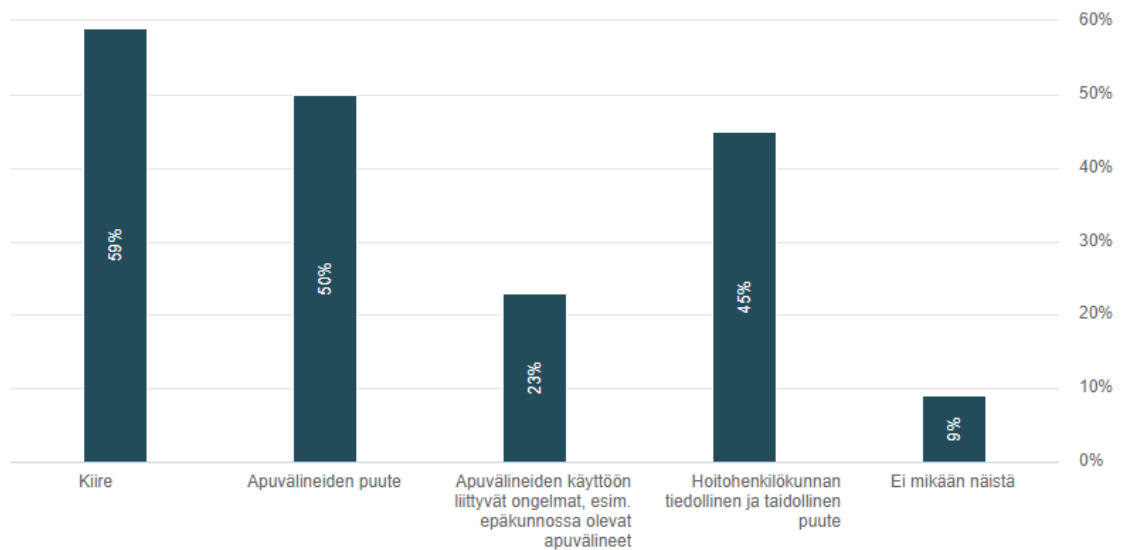
6.4 Asentohoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät

Kysymys 12 oli monivalintakysymys, jossa selvitettiin mitkä tekijät vastaajien mielestä vaikuttavat asentohoidon toteuttamiseen hoitotyössä.

Yli puolet vastaajista, 59 % (n=13), oli sitä mieltä, että kiire vaikuttaa eniten asentohoidon toteuttamiseen. Puolet vastaajista, 50 % (n=11) koki, että asentohoidon toteuttamiseen vaikuttaa apuvälineiden puute. 45 % (n=10) vastasi, että hoitohenkilökunnan tiedollinen ja taidollinen puute vaikuttavat asentohoidon toteuttamiseen. Vastaukset on kuvattu kuvassa 7.

12. Mitkä asiat vaikuttavat mielestäsi asentohoidon toteuttamiseen työssäsi?

Vastaajien määrä: 22, valittujen vastausten lukumäärä: 41



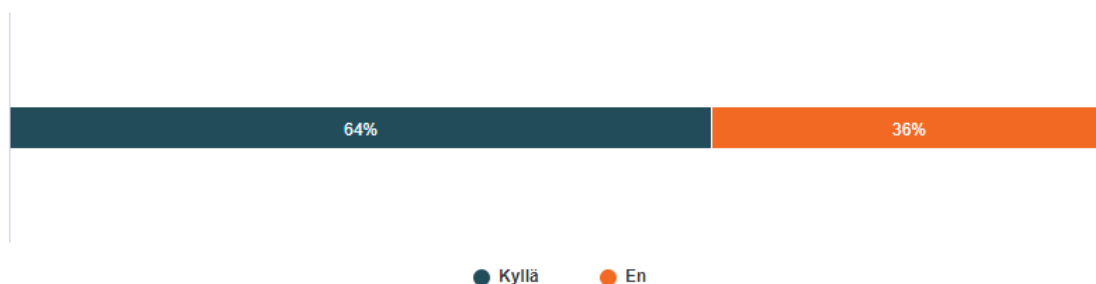
Kuva 7: Asentohoidon toteuttamiseen vaikuttavat tekijät.

6.5 Braden-riskiluokitusmittari

Kysymyksessä 10 selvitettiin kuinka moni vastaaja tiesi Braden-riskiluokitusmittarista. Yli puolet, 64 % (n=14), vastaajista vastasi kyllä ja en-vastaajia oli 36 % (n=8). Vastaukset on kuvattu kuvassa 8.

10. Tiedätkö, mikä on Braden-riskiluokitusmittari?

Vastaajien määrä: 22



Kuva 8: Braden-riskiluokitusmittari.

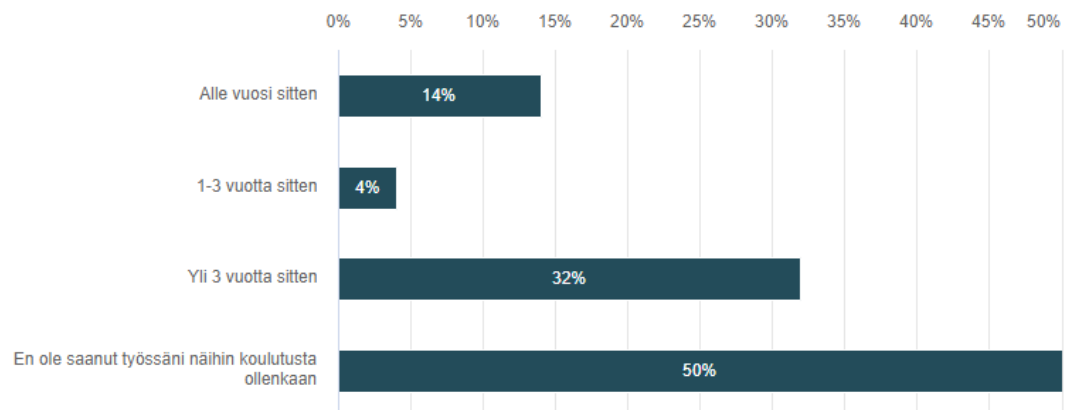
Kysymyksessä 11 kysyttiin, kuinka usein hoitohenkilökunta käyttää työssään Braden-riskiluokitusmittaria. Vastaajia oli 22 ja näistä 86 % (n=19) oli sitä mieltä, että käyttävät mittaria harvemmin tai ei ollenkaan. Pieni osa, 14 % (n=3), vastasivat käyttävänsä mittaria kuukausittain. Kukaan vastaajista ei käyttänyt mittaria päivittäin tai viikoittain.

6.6 Koulutustarve

Kysymyksessä 14 tiedusteltiin, milloin hoitajat ovat saaneet koulutusta asento-
hoidosta ja painehaavoista. Puolet vastaajista, 50 % (n=11), vastasi, etteivät ole saaneet työpaikallaan ollenkaan koulutusta. Kolmasosalla, 32 % (n=7), oli yli kolme vuotta aikaa viimeisimmästä koulutuksesta. Vastaukset on kuvattu kuvassa 9.

14. Milloin viimeksi olet saanut koulutusta liittyen asentohoitoon ja painehaavoihin?

Vastaajien määrä: 22



Kuva 9: Koulutuksen tarve.

Kysymyksessä 16 hoitohenkilökunta toi ilmi, että oppimisen kannalta toimivin koulutusmuoto olisi toiminnalliset koulutukset työpaikalla, 73 % (n=16). 18 % (n=4) koki oppimisen kannalta parhaaksi tavaksi luennot työpaikalla. Omaehtoista koulutusta esimerkiksi internetissä kannatti 9 % (n=2) vastaajista.

6.7 Kehittämisehdotuksia työpaikalla

Kysymykseen 17 hoitohenkilökunta sai kertoa vapaasti omia kehittämisehdotuksia työpaikalle asentohoidon toteutukseen ja painehaavojen ehkäisyyn. Kysymykseen vastasi 17 henkilöä. Yli puolet vastaajista toivat kehittämisehdotuksensa julki lisäkoulutuksen tarpeellisuuden. Kysymykseen vastattiin esimerkiksi näin:

“Koulutus kerran vuodessa”

“Asentohoitotyynyjä ja pehmusteita saisi olla talon puolella myös saatavilla”

“Tutun fysioterapeutin helppo/nopea saatavuus työpaikalle tarpeen vaatiessa”

“Työpaikkakoulutus”

6.8 Vapaa kommentti

Viimeisessä kohdassa hoitohenkilökunta sai tuoda omia ajatuksiaan, jotka liittyivät asentohoitoon ja painehaavoihin. 22 vastaajasta 5 antoi vapaan kommentin.

Esimerkkejä vapaista kommentteista:

“Itse koen että hoitotyössä yksi tärkeimmistä asioista olisi asentohoidon toteuttaminen. Tällä ennaltaehkäistäisiin painehaavoja, niihin liittyviä infektioita ja komplikaatioita, pahimmassa tapauksessa amputaatioita.”

“Ravitsemuksen huomiointi”

“Henkilökuntaa riittävästi usein asentohoitoa”

7 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA

Heinäkuun loppuun mennessä kyselyyn oli vastannut 22 ihmistä. Kyselyn saavutti kokonaisuudessaan 75 ihmistä. Kyselyyn vastanneiden ikähaarukka oli 20-vuotiaista yli 40-vuotiaisiin. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin yli 40-vuotiaita (41 %). Reilu puolet (54 %) vastaajista olivat vakituisia työntekijöitä, keikkalaisia oli kolmasosa (32 %) ja loput määräaikaista työntekijöitä (14 %). Kyselyyn vastaaminen kesti kahdesta minuutista 15 minuuttiin.

Vastauksia tuli kattavasti, vaikka suurin osa kyselyn linkin saaneista ei vastannut kyselyyn. Useiden avointen kysymysten avulla saimme tietoa hoitohenkilökunnan asenteista ja tietämyksestä.

7.1 Asentohoitoon ja painehaavaumiin liittyvät tulokset

Vastauksista pystyttiin päättelemään, että hoitohenkilökunta oli tietoinen mihin kohtaan kehoa painehaavat yleisimmin syntyvät. Suurin osa vastaajista kertoi yleisimmin painehaavojen syntyvän kantapäihin, takapuoleen, lonkkaan tai muihin luisiin ulokkeisiin.

Kukaan vastaajista ei vastannut väärin vaan jokaisella oli tietämystä painehaavojen riskialueista. Myös painehaavan aiheuttajat olivat hoitohenkilökunnan tiedossa. Avoimen kysymyksen vastaajista suurin osa mainitsi paineen ja samassa asennossa olemisen painehaavojen aiheuttajaksi. Jotkut vastaajista olivat tietoisia myös laaja-alaisemmin aiheesta.

Hoitohenkilökunnalla oli oikeanlainen tietämys asentohoidon toteuttamisesta ja suurin osa (62 %) vastaajista tiesi, että asentoa tulisi vaihtaa vähintään kahden tunnin välein. Tästä voitiin päätellä, että hoitohenkilökunnalla on oikeanlaista tietoa asentohoidon toteutuksesta.

Kysymyksen 9 vastausten perusteella pystyttiin päättelemään, että hoitohenkilökunnalla on tietämystä, miten alkavaa painehaavaa tulisi hoitaa asentohoidolla. Useimmat vastaajat kertoivat, että vaihtaisivat asentoa säännöllisin väliajoin ja näin vähentäisivät painetta.

Perustietämys oli hyvin hallinnassa ja muutama toi esille syvempää osaamista, esimerkiksi proteiinipitoisen ruokavalion osana hoitoa.

Kysymyksessä 13 "Kuinka tärkeänä pidät asentohoidon toteuttamista?" hoitajien asennetta mitattiin asentohoidon toteuttamisessa liukukytkimen avulla. Jokainen vastaaja (100 %) piti asentohoidon toteuttamista erityisen tärkeänä. Tästä voitiin päätellä, että hoitohenkilökunnalla on oikeanlainen asenne asentohoidon toteutukseen.

Kysymys 12 mittasi asentohoidon toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. Kysymys oli monivalintakysymys ja vastaajat saivat valita useamman vaihtoehdon. Vastaajista 59 % oli sitä mieltä, että kiire on yksi suurimmista vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi moni vastaaja (50 %) kertoi apuvälineiden puutteen vaikuttavan asentohoidon toteuttamiseen. 45 % kertoi, että hoitohenkilökunnalla on tiedollista ja taidollista puutetta. Tämä tieto oli mielestämme ristiriitainen, koska aikaisemmissa kysymyksissä tuli ilmi, että hoitohenkilökunnalla oli tietoa ja taitoa asentohoidosta ja sen oikeanlaisesta toteuttamisesta hoitotyössä. Lisäksi hoitohenkilökunta (23 %) oli sitä mieltä, että apuvälineiden käyttöön liittyi ongelmia, esimerkiksi laitteet olivat epäkunnossa.

7.2 Braden-mittariin liittyvät tulokset

Suurin osa vastaajista (64 %) tiesi mikä on Braden-mittari, mutta heistä 86 % käytti mittaria vain harvemmin tai ei koskaan. Kukaan vastaajista ei käyttänyt mittaria päivittäin tai viikoittain. Tästä selviää, että hoitohenkilökunta oli tietoinen Braden-riskiluokitusmittarista, mutta he eivät käyttäneet sitä työssään säännöllisesti.

7.3 Koulutustarve ja kehittämisideat

Koulutustarvetta arvioidessa hoitohenkilökunnalle esitettiin kysymys, jolla kartoitettiin heidän koulutuksensa tarpeellisuutta. Vastaajista puolet kertoi, etteivät he ole saaneet koulutusta asentohoidosta ja painehaavoista. 32 % vastasi, että he olivat saaneet koulutusta yli kolme vuotta sitten.

Vastausten perusteella hoitohenkilökunta koki, että lisäkoulutus olisi tarpeellista. 73 % kannatti toiminnallisia koulutuksia työpaikoilla. 18 % koki luennot työpaikoilla toimiviksi koulutusmuodoiksi ja 9 % toivoi omaehtoista koulutusta esimerkiksi internetissä.

Avoimen kysymyksen kautta vastaajat pystyivät tuomaan työpaikalle kehittämisideoita asentohoitoon ja painehaavojen ehkäisyyn. 17 vastaajasta yli puolet vastasi, että haluaisivat lisäkoulutusta työpaikalle.

Lisäksi kommenteissa mainittiin esimerkiksi asentohoitotyöniiden ja muiden apuvälineiden hankkimista asukkaiden käyttöön. Viimeisessä kohdassa hoitajilla oli mahdollisuus antaa vapaa kommentti. 5 vastaajista kommentoi ja vastaukset poikkesivat toisistaan. Joku vastaajista kommentoi, että asentohoito on yksi tärkeimmistä asioista hoitotyössä. Lisäksi toivottiin lisää henkilökuntaa, jotta asentohoitoa voitaisiin toteuttaa paremmin. Hyvä ja monipuolinen ravitsemus tuotiin myös esille yhtenä merkittävänä tekijänä painehaavojen syntymisen ehkäisyyn ja hoitoon.

Yhteenvedon voidaan todeta, että hoitajilla oli oikeanlaista asennetta, tietoa ja taitoa asentohoidosta ja painehaavoista.

Kyselystä kävi kuitenkin ilmi, että koulutus koettiin tärkeäksi ja sitä toivottiin työpaikalla toteutettavaksi. Tieto ja taito olisi tällöin ajantasaista ja hoito laadukasta.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Teoriatietoa ja käytettyjä lähdemateriaaleja käytettiin monipuolisesti ja laajasti. Tietoa arvioitiin luotettavuuden kannalta kriittisesti. Vain mahdollisimman uutta tietoa käytettiin ja mikäli luotettavuus ei ollut varmaa, sitä ei hyödynnetty. Lähteet ja lähdeviitteet merkittiin Oske 2.0 -oppaan mukaan. Teksti tuotettiin niin, ettei se plagioinut alkuperäistä tekstiä. Haastattelukysymykset laadittiin eettisesti niin, ettei esimerkiksi kysymysten perusteella voitaisi saada tietoa, kuka kysymyksiin oli vastannut. Haastattelu tehtiin anonymisti, jolloin hoitohenkilökunnan henkilökohtaisen kokemuksen ja näkemyksen tuominen oli aitoa ja rehellistä. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta mitä useampi vastaaja saatiin, sitä luotettavampi ja laaja-alaisempi tutkimustulos oli. Kyselyn vastaukset analysoitiin haastattelukysymysten tulosten perusteella ja niiden julkaisemisessa oltiin rehellisiä. Opinnäytetyössä käytettyihin kuviin kysyttiin kirjalliset luvat Oppiportista ja Sanoma Prota. Kuvia oli lupa käyttää oppimismielessä ja opinnäytetyötä varten.

Opinnäytetyössä sitouduttiin huomioimaan työelämäyhteistyötahon toiveet ja tarpeet heti alusta alkaen. Prosessin etenemisen aikana myös heidän mielipiteitään ja mahdollisia toiveitaan kuunneltiin.

9 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan henkilökohtaista näkemystä, kokemusta, sekä koulutuksen tarpeellisuutta asentohoidon merkityksestä painehaavojen ennaltaehkäisyssä.

Tarkoituksena oli tutkimustulosten pohjalta antaa työelämäyhteistyötaholle tutkittua tietoa, jota työelämäyhteistyö pystyi halutessaan hyödyntämään opinnäytetyötämme arvioidessaan hoitohenkilöstön tarvetta lisäkoulutuksiin tai kehittämistarpeisiin.

Sairaanhoitajan työssä asentohoito ja painehaavat ovat yksi olennainen osa-alue hoitotyössä. Lisäksi opinnäytetyötä pystytään hyödyntämään jatkossa esimerkiksi hoitotyön kehittämismielessä ja hoitohenkilökunnan koulutuksen tarpeellisuutta arvioidessa.

Opinnäytetyön prosessin aikana oma asiantuntijuus asentohoidosta ja painehaavoista lisääntyi valtavasti. Lisäksi opittiin luomaan tieteellisen tekstin pohjalta määrällinen tutkimus, jota pystytään hyödyntämään konkreettisesti. Oma asiantuntijuus lisääntyi ja saimme rohkeutta olla itse johtamassa prosessia. Tieteellistä tekstiä opittiin lukemaan ja se on hyvä taito tulevaa työelämää ajatellen. Kirjoitustaidot kehittyivät ja pystyimme tuottamaan asiatekstiä.

Opinnäytetyön rajaaminen ja kysymysten asettelu tuntui alussa vaikealta, mutta niiden muokkaamiseen saatiin hyvin apua erilaisista opinnäytetyöhön liittyvistä kirjoista. Opinnäytetyön aiheen valinta oli helppo, koska työelämäyhteistyötaholta saatiin aihe-ehdotus opinnäytetyöhön. Valintaan vaikutti myös oma henkilökohtainen kokemus asentohoidosta ja painehaavoista. Lisäksi haluttiin sellaisen aiheen, mistä hyödyttiin itse ja mistä olisi mahdollisesti hyötyä myös työelämäyhteistyötaholle. Kysymysten asettamisessa koettiin haasteita. Kun kysymykset saatiin laadittua niin, että ne vastasivat tutkimusongelmiin, kysymysten luominen helpottui. Lisäksi opinnäytetyön ohjaajat auttoivat kysymysten laatimisessa.

Kysely oli helppo toteuttaa Webropol-työkalua käyttäen. Alussa näytti siltä, ettei kyselyyn tule tarpeeksi vastaajia, mutta kun kyselylinkki jaettiin työntekijöiden WhatsApp-ryhmään, saatiin tarpeeksi vastauksia ja näin ollen luotettavimmat tulokset. Analysointia helpotti Webropolin oma analysointityökalu. Prosessissa edettiin suunnitellun aikataulun mukaisesti ja opinnäytetyö valmistui johdonmukaisesti, pala kerrallaan. Yhteistyö sujui opinnäytetyön tekijöiden kesken hyvin ja osiot pystyttiin jakamaan tasapuolisesti.

Saimme työelämäyhteistyötaholta positiivista palautetta siitä, että opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja se vastasi työelämän tarpeisiin. Lisäksi työelämäyhteistyötaho sai ajankohtaista tietoa henkilökunnan osaamisesta, koulutustarpeesta ja toivotuista koulutustavoista. Tutkimuksen perusteella työelämäyhteistyötaho pystyy suunnittelemaan koulutuksia, jotka vastaavat henkilökunnan osaamisen tarpeita.

LÄHTEET

- Heikkilä, T. (2014). Kvantitatiivinen tutkimus. Edita Publishing Oy. Helsinki: Tammi. Saatavilla 17.5.2021 <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S., Westergard, A. (2015). Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. (2015). Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Saatavilla 29.1.2021 <https://www.hotus.fi/painehaavan-ehkaisy-ja-tunnistaminen-aikuispotilaan-hoitotyossa-hoitosuositus/>
- Iivanainen, A. & Kallio, H. (2011). Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito. Haava-lehti vol 3. Saatavilla 8.5.2021 <https://www.medi-mattress.fi/wp-content/uploads/sites/11/2019/03/toiminnallinen-asentohoito.pdf>
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (2018). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Kauppinen, R. (2013). Braden-riskimittari – käytännön kokemuksia Laakson sairaalasta. Haava-lehti vol 4. Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. (s. 26-27).
- Kinnunen, U., Tervo-Heikkinen, T., Hynninen, N., Seppänen, S., Iivanainen, A., Ahtiala, M. & Holopainen, A. (2017). Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen - esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. Hoitotiede vol 29 no. 3. (s. 169-179).
- Koivunen, M., Luotola, E., Hautaoja, P., Laine, K. & Asikainen, P. (2014). Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairanhoidossa – pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva Hoitotyö vol 12 no. 3. (s. 14-22).
- Koivunen, M., Luotola, E., Hjerpe, A., Kauko, T. & Asikainen, P. (2017). Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede vol 29 no. 1. (s. 51-63).

- Libguides. (2021). Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. Saatavilla 22.3.2021 <https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760648#s-lq-box-15268737>
- Lumio, J. (2019). Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavilla 28.1.2021 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313
- Mäntymäki, J., Orell-Kotikangas, H., Heikkilä, A., Kivelä, A., Kuokkanen, O., Laagus, H., Leppäniemi, E., Saine, L. & Pukki, T. (2016). Estä painehaava -verkkokurssi. Kustannus Oy Duodecim, 2016. (Luettu 30.3.2021). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00056#eioikeuksia>
- Painehaavan ennaltaehkäisy. Soppi, E. & Ahtiala, M. (2020). Painehaavan synty, tunnistaminen ja ehkäisy. Yleislääkäri - Allmänläkaren vol 35 no. 6. (s. 18.21). Saatavilla 2.5.2021 <https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suo-men%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=4d89fa30-1dc1-11eb-8e1c-00155d64030a>
- Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta. (2014). National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia. Saatavilla 28.1.2021 <http://shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2016.pdf>
- Peltonen, M. Painehaavariskimittarit tukena painehaavariskin arvioinnissa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavilla 29.3.2021 http://www.epshp.fi/files/11070/Painehaavariskimittarit_tukena_painehaavariskin_arvioinnissa.pdf
- Soppi, E. (2010). Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteen aikakausikirja Duodecim no. 3. Saatavilla 8.5.2021 <https://www.duodecimlehti.fi/duo98591>
- Soppi, E. (2013). Painehaavan synnyn mekanismeja. Haava vol 4. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. (s. 6-7).
- Terveyskylä. (2017). Huomioi asento. Saatavilla 27.1.2021 <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/selk%C3%A4ydinvamma/ihon->

[itsehoito-selk%C3%A4ydinvamman-j%C3%A4lkeen/huomioi-asetohto](#)

- Terveyskylä. Haavatalo.fi. Saatavilla 28.1.2021 <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa/krooniset-ja-kroonistumisen-riskiss%C3%A4olevat-haavat/painehaavat/painehaavan-ennaltaehk%C3%A4isy>
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.
- Valli, R. (2018)a. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. (s. 92–93). Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Valli, R. (2018)b. Numerot ja niiden tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. (s.252). Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsingin Yliopisto. Saatavilla 12.8.2021 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf>
- Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- WEBROPOL 2.0 Raportointiopas. (2013). Webropol Oy. Helsinki.

LIITE 1. SAATEKIRJE

Hyvä hoitaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Hanna-Riitta Anetjärvi ja Julia Uusitalo Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyömme oululaisen hoivakodin kanssa.

Opinnäytetyössämme perehdymme teoriatiedon pohjalta asentohoidon merkitykseen painehaavojen syntymisen ehkäisyssä. Teemme haastattelukysymysten perusteella kvantitatiivisen tutkimuksen hoivakodin hoitohenkilökunnalle. Tavoitteenamme on saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mitkä ovat taitosi ja asenteesi asentohoidon toteuttamiseen.
- Mitkä asiat vaikuttavat asentohoidon toteuttamiseen hoitotyössä.
- Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta asentohoitoon.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan asentohoidon merkityksestä painehaavojen syntymisen ennaltaehkäisyssä sekä koulutuksen toteutumisesta ja tarpeellisuudesta.

Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Vastauksista ei voi päätellä henkilöllisyyttäsi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten. Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia. Suurin osa kysymyksistä on monivalintakysymyksiä, joihin voit valita sopivimman vastauksen valmiista vastausvaihtoehdoista. Kyselyssä on muutama avoin kysymys, johon voi omin sanoin kirjoittaa vastauksen.

Tutkimus valmistuu syksyllä 2021. Valmis opinnäytetyö on luettavissa tutkimuksen valmistumisen ja analysoinnin jälkeen osoitteessa www.theseus.fi. Vastaamme mielellämme tutkimuksiin liittyvissä kysymyksissä.

Suuri kiitos osallistumisesta!

LIITE 2. KYSELY

1. IKÄ

Alle 20-vuotias

20–29-vuotias

30–39-vuotias

Yli 40-vuotias

2. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitoalalla?

alle 1 vuoden

1–5 vuotta

5–10 vuotta

yli 10 vuotta

3. Työsuhde:

Vakituisen

Määräaikainen

Keikkalainen

4. Kuinka usein kohtaat työssäsi painehaavariskissä olevia ikäihmisiä?

Päivittäin

Viikoittain

Kuukausittain

En ollenkaan

5. Koetko, että sinulla on riittävän hyvät tiedot asentohoidosta ja sen toteutuksesta?

Kyllä

En

Perustelut:

6. Luettele ne kohdat kehosta, joihin painehaavat yleisimmin syntyvät? (Luettele vähintään yksi)

7. Mikä aiheuttaa mielestäsi painehaavan? (Luettele vähintään yksi)

8. Kuinka usein vuodepotilaan asentoa tulisi mielestäsi vaihtaa?

Alle kahden tunnin välein

2–4 tunnin välein

4–6 tunnin välein

Asentoa ei tarvitse vaihtaa ollenkaan

9. Kerro miten toteutat asentohoitoa henkilölle, jolla on pinnallinen punainen painehaava vasemmassa lonkassa?

10. Tiedätkö, mikä on Braden-riskiluokitusmittari?

Kyllä

En

11. Kuinka usein käytät työssäsi Braden-riskiluokitusmittari

Päivittäin

Viikoittain

Kuukausittain

En ollenkaan tai harvemmin

12. Mitkä asiat vaikuttavat mielestäsi asentohoidon toteuttamiseen työssäsi?

Kiire

Apuvälineiden puute

Apuvälineiden käyttöön liittyvät ongelmat, esim. epäkunnossa olevat laitteet/välineet

Hoitohenkilökunnan tiedollinen ja taidollinen puute

Ei mikään näistä

13. Kuinka tärkeänä pidät asentohoidon toteuttamista?

En ollenkaan

Hieman tärkeää

Todella tärkeää

En osaa sanoa

14. Milloin viimeksi olet saanut koulutusta liittyen asentohoitoon ja painehaavoihin?

Alle vuosi sitten

1–3 vuotta sitten

yli 3 vuotta sitten

En ole saanut työssäni näihin koulutusta ollenkaan.

15. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta asentohoidon toteuttamiseen ja painehaavojen tunnistamiseen?

Kyllä

En

En osaa sanoa

16. Mistä asioista haluaisit saada lisätietoa/lisäkoulutusta?

17. Millainen koulutusmuoto olisi mielestäsi kaikkein toimivinta oppimisen kannalta?

Omaehtoiset koulutukset esim. Internetissä?

Luennot työpaikalla?

Toiminnalliset koulutukset työpaikalla?

Muu, mikä?

18. Millaisia kehittämissuhteita antaisit työpaikallenne asentohoidon toteutukseen ja painehaavojen ennaltaehkäisyyn?

19. Mitä muuta haluaisit tuoda esille asentohoitoon ja painehaavoihin liittyen, tai onko sinulla jotakin muuta mitä haluaisit kertoa asentohoidosta, painehaavoista, koulutuksesta tai jostakin muusta?

KIITOS VASTAUKSESTA!