

Mirjam Shamaa, Satu Vähämöttönen

Hoitohenkilökunnan asenteet painehaavojen ehkäisemiseen

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

SHS14K1C

Sairaanhoitaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Ohjaaja Elina Haavisto

21.4.2017

Tekijä(t) Otsikko	Mirjam Shamaa, Satu Vähämöttönen Hoitohenkilökunnan asenteet painehaavojen ehkäisemiseen
Sivumäärä Aika	25 sivua + 2 liitettä 21.4.2017
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Elina Haavisto, THT, yliopettaja, dosentti
<p>Painehaavoja esiintyy 5-25 %:lla potilaista diagnoosista riippumatta kaikilla terveydenhuollon tasoilla ja Suomessa niitä arvioidaan syntyvän vuosittain 55 000-85 000 potilaalle. Painehaavoista aiheutuu vuosittain suoria kustannuksia arviolta 350–525 miljoonaa euroa. Jos painehaavojen ehkäisy tapahtuisi nykysuosituksen mukaan, siihen kuluisi vain 10 % painehaavojen aiheuttamista kustannuksista.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan asenteita painehaavojen ehkäisemiseen. Tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omista asenteistaan painehaavojen ehkäisemiseen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Kohderyhmänä oli teho-osastoilla ja palveluasumisen yksiköissä työskentelevä hoitohenkilökunta, johon lukeutuu sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat ja osastonhoitajat. Otos (N) oli 371.</p> <p>Aineistonkeruussa käytettiin kansainvälistä mittaria, jossa on väittämiä liittyen hoitajien asenteisiin painehaavojen ehkäisemistä kohtaan. Kyselyyn vastasi 164 henkilöä. Analysoimme aineiston käyttämällä SPSS®-ohjelmistoa.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan 36,0 %:lla vastaajista oli positiiviset asenteet painehaavojen ehkäisemiseen. Kuitenkin suurimmalla osalla vastaajista pistemäärä oli lähellä toivottua, joten voidaan olettaa vastaajilla olevan keskimäärin melko positiiviset asenteet painehaavojen ehkäisemiseen. Hoitohenkilökunta hankki tietoa painehaavojen ehkäisemiseen muun muassa osaston omista ohjeista, internetistä ja ammatti-/Haava-lehdestä.</p> <p>Kaikista eniten hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta haavanhoitotuotteista, psyykkisestä tilasta painehaavojen ehkäisemisessä ja ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisemisessä. Eri toimintaympäristöjen hoitohenkilökunnan asenteissa oli vähän eroja.</p>	
Avainsanat	painehaavat, ehkäiseminen, asenteet, hoitohenkilökunta

Author(s) Title	Mirjam Shamaa, Satu Vähämöttönen Attitudes of Nursing Staff Toward Pressure Ulcer Prevention
Number of Pages Date	25 pages + 2 appendices 21 April 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Elina Haavisto, PhD, Principal Lecturer, adjunct professor
<p>Regardless of diagnosis, 5-25 % of patients have pressure ulcers and in Finland there are estimated 55 000-85 000 patients yearly getting them. Pressure ulcers cause direct costs of around 350-525 million euros yearly. Investments in pressure ulcer prevention require only 10 % of the costs caused by pressure ulcers.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out nursing staff's attitudes towards pressure ulcer prevention. The objective was to increase nursing staff's awareness of their own attitudes towards pressure ulcer prevention.</p> <p>The thesis was made as a quantitative research study. Our target group was the nursing staff working in intensive care units and retirement homes. We included in our study registered nurses, practical nurses and charge nurses. Our sample (N) was 371.</p> <p>The instrument used in data collection was international and it was developed to measure attitudes towards pressure ulcer prevention. We got 164 responses to the survey. We analyzed our data using the SPSS[®]-software.</p> <p>According to the results, 36,0 % of the respondents had positive attitudes towards pressure ulcer prevention. Most of the respondents had scores close to the satisfactory score, which means that generally nursing staff has most likely quite positive attitudes towards pressure ulcer prevention. The nursing staff searched for information about pressure ulcer prevention from the guidelines of the ward, internet and profession-/Haava-magazine.</p> <p>The nurses experienced a need for further training mostly on ulcer care products, mental state in pressure ulcer prevention and nutrition in pressure ulcer prevention. There were very few differences in the results depending on work environments.</p>	
Keywords	pressure ulcer, prevention, attitudes, nursing staff

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Painehaavojen ehkäiseminen ja hoitaminen	2
2.1	Painehaavat	2
2.2	Painehaavojen ehkäiseminen ja hoito	4
3	Asenteet painehaavojen ehkäisemiseen	7
4	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	9
5	Tutkimusmenetelmät	9
5.1	Aineisto ja sen kerääminen	9
5.2	Mittari	10
5.3	Analyysi	11
6	Tulokset	12
6.1	Tutkimukseen osallistuneet hoitajat	12
6.2	Vastaaajien asenteet painehaavojen ehkäisemiseen	16
7	Luotettavuus	20
8	Eettisyys	21
9	Pohdinta	22
9.1	Tutkimustulosten pohdinta	22
9.2	Tutkimuksen merkitys	24
9.3	Johtopäätökset	24
	Lähteet	26
	Liitteet	
	Liite 1. Taustakyselylomake	
	Liite 2. Saatekirje	

1 Johdanto

Painehaava tarkoittaa kudosisvauriota, joka syntyy kun luu painaa ihoa estäen sen normaalin verenkierron. Painehaavoja muodostuu yleensä lonkkiin, ristiselkään, pakaroihin ja kantapäihin. Suurimmassa painehaavariskissä ovat vanhukset, potilaat joiden liikuntakyky on huonontunut tilapäisesti tai pysyvästi ja potilaat, joiden sairaus heikentää kykyä kestää painehaavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä. (Soppi 2010.) Painehaavoja esiintyy 5-25 %:lla potilaista diagnoosista riippumatta kaikilla terveydenhuollon tasoilla ja Suomessa niitä arvioidaan syntyvän vuosittain 55 000-85 000 potilaalle (Ahtiala ym. 2015: 5). Terveydenhuollossa jopa 60 % painehaavoista jää havaitsematta (Hankkeen tausta). Pahimmassa tapauksessa painehaavat aiheuttavat hengenvaarallisia komplikaatioita, kuten haavainfektion ja sepsiksen (Soppi 2010).

Painehaavoista aiheutuu vuosittain suoria kustannuksia arviolta 350–525 miljoonaa euroa. Painehaavojen aiheuttamista kustannuksista painehaavojen ehkäisyn investoinnit vaativat vain 10 %. (Huomattavia säästöjä käytäntöjä yhtenäistämällä.) Lisäksi painehaavat aiheuttavat kipua ja kärsimystä ja huonontavat elämänlaatua ja toimintakykyä (Ahtiala ym. 2015: 4). Painehaavoja voidaan ehkäistä määrittämällä ja kirjaamalla potilaiden painehaavariski, esimerkiksi Braden-asteikolla, ja kehittämällä ja toteuttamalla painehaavan ehkäisy-suunnitelma, kun potilaalla on todettu painehaavariski (Asikainen ym. 2014; BRADEN - asteikko painehaavariskin arviointiin).

Tutkimusten mukaan (Beeckman – Defloor – Schoonhoven – Vanderwee 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014) hoitotyöntekijöiden asenteilla on merkittävä yhteys painehaavojen ehkäisyssä, mutta tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan asenteista painehaavojen ehkäisemiseen on vähän. Hoitohenkilökunnan asenteet painehaavojen ehkäisemiseen ovat positiiviset. (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan asenteita painehaavojen ehkäisemiseen, sillä tutkimusten mukaan hoitotyöntekijöiden asenteilla on merkittävä yhteys painehaavojen ehkäisyssä ja tietoa asenteista on äärimmäisen vähän (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014). Tavoitteenamme oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omista asenteistaan painehaavojen ehkäisemiseen. Opinnäytetyösämme käytimme kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Kohderyhmänä oli tehosastoilla ja palveluasumisen yksiköissä työskentelevä hoitohenkilökunta, johon lukeutui

sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat ja osastonhoitajat. Käytimme aineistonkeruussa kansainvälisesti kehitettyä asennemittaria.

2 Painehaavojen ehkäiseminen ja hoitaminen

2.1 Painehaavat

Painehaavoja esiintyy kaikilla terveydenhuollon tasoilla 5-25 %:lla potilaista ja Suomessa niitä syntyy vuosittain noin 55 000-85 000 potilaalle. (Ahtiala ym. 2015: 5). Painehaavakustannuksista yli puolet syntyy henkilöstökustannuksista ja haavanhoitotarvikkeista syntyy vain 20 % (Asikainen – Hautaoja – Koivunen – Laine – Luotola 2014.) Terveydenhuollossa jopa 60 % painehaavoista jää havaitsematta (Hankkeen tausta). Painehaavat havaitaan yleensä vasta ensimmäisen sairaalahoitoviikon aikana (Asikainen ym. 2014). Suurimmassa painehaavariskissä ovat vanhukset, potilaat joiden liikuntakyky on huonontunut tilapäisesti tai pysyvästi ja potilaat, joiden sairaus heikentää kykyä kestää painehaavan syntyyn vaikuttavia tekijöitä (Soppi 2010). Painehaavariskiä lisää myös uloste- tai virtsainkontinenssi, tuntoaistin heikkeneminen ja vajaaravitsemus (Ahtiala ym. 2015: 11–12, 14). Painehaavoja muodostuu yleensä lonkkiin, ristiselkään, pakaroihin ja kantapäihin (Soppi 2010). Painehaavan hoidosta, kivusta, pelosta ja sosiaalisesta eristäytymisestä johtuen painehaavapotilaiden elämänlaatu huononee (Asikainen ym. 2014).

Painehaava tarkoittaa kudolvauriota, joka syntyy kun luu painaa ihoa estäen sen normaalin verenkierron. Sen synnyssä keskeisessä asemassa ovat paine sekä paineen vaikutukset kudoksessa, jotka ovat erittäin monimutkaiset ja toistaiseksi vielä osittain tuntemattomia. (Soppi 2013.) Potilaan luisen ulokkeen kohdalle aiheutuu kudospaineen nousu, kun liikkuminen on sairauden vuoksi estynyt. Tämän pitkittyessä seuraa kudoksen hapenpuute ja haava. (Asikainen ym. 2014.) Yksilöllinen vauriokynnys, joka tarkoittaa yksilön kykyä sietää makuualustan kudoksiin kohdistavaa painetta, vaihtelee huomattavasti ja on osaksi geneettisesti säädeltyä. (Soppi 2013.)

Kudosten reagointi paineen aiheuttamaan stressiin vaihtelee huomattavasti. Stressitekijöitä ovat muun muassa mekaanisen kuormituksen määrä, kuormituksen tyyppi (paine,

venytys, hankaus), kuormituksen ajallinen kesto ja luu-ulokkeiden geometriasta ja rajapintojen mekaanisista ominaisuuksista johtuvat kudosten venytyksen ja jännityksen määrä. Pehmytkudoksen rakenne ja muovautuvuus ja niiden elastiset ominaisuudet myös vaikuttavat kudosten reagointiin. Nämä yhdessä muodostavat elastisen moduluksen. Kudosten rakennetta ja elastisia ominaisuuksia voivat muokata ikä, perussairaudet ja lääkitys, kuten steroidit. (Soppi 2013.)

Paineen kohdistuessa kudokseen sinne muodostuu puristavia ja venyttäviä voimia, joista seuraa paikallinen imusuonten ja kapillaarien, venulien ja arteriolien kasaanpainuminen ja paikallinen verenkierron oikovirtaus. Tämä taas johtaa kudosten happiosapaineen vähenemiseen. Ilmiö on lähes makuualustasta riippumaton ja se tapahtuu 30–45 ensimmäisen minuutin aikana asennon vaihdon jälkeen. Stressireaktioon vaikuttavat sen sijaan makuualustan tyyppi ja toimintamekanismi. Ne vaikuttavat myös kudosten elastisen moduluksen muutoksiin ja siten makuualustan kykyyn estää painehaavojen syntyä. (Soppi 2013.)

Ihon punoitukseen johtaa paikallinen kapillaarien ja imusuonten repeytyminen. Tämä punoitus ei ole painettavissa pois. Syvällä ihonalaisissa kudoksissa voi myös tapahtua tulehdusreaktio ja ainoana merkinä voi olla potilaan raportoima kipu, jos potilas pystyy kommunikoimaan. Kiputuntemus saattaa lisäksi ilmetä rauhattomuutena, jolloin kipulääke tai sedaation lisääminen voivat johtaa kudosten vaurion pahenemiseen. Tällöin potilas tarvitsee erittäin korkean riskin makuualustan ja siihen yhdistettynä tehostetun asennonvaihdon potilaan tila huomioiden. (Soppi 2013.)

Painehaavat luokitellaan neljään eri asteeseen. I-asteessa potilaalla on ehjä iho, jossa on paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla, eryteemaa eli vaalenematonta punoitusta. Punoittava alue voi olla kivulias, kiinteä ja pehmeä. Alue voi olla lämpimämpi tai viileämpi kuin ympäröivä kudos. II-asteen painehaava ilmenee pinnallisena avoimena haavana, jossa haavapohja on punainen tai vaaleanpunainen. II-asteen painehaavassa ei ole katetta eikä mustelmaa. III-asteen painehaava on koko ihon läpäisevä kudosten vaurio, jossa saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Painehaavan syvyys riippuu haavan anatomisesta sijainnista. Luuta tai jännettä ei ole näkyvissä eikä niitä voida suoraan palpoida. IV-asteen painehaava on koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vaurio. Haavassa voi olla katetta tai kudosten nekroosia. IV-asteen painehaavoissa on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Haava voi ulottua lihakseen asti. Luu, jänne tai lihas on IV-asteen haavassa näkyvissä tai suoraan palpoitavissa. (NPUAP, EPUAP 2014: 11-12.)

2.2 Painehaavojen ehkäiseminen ja hoito

Potilaiden painehaavariskin arvioinnilla on suuri merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Riskin arviointi on tärkeää, koska heti ensimmäisenä päivänä sairaalaan tulosta painehaava voi saada alkunsa. (Asikainen ym. 2014.) Tarkoituksena on tunnistaa ne potilaat, jotka erityisesti tarvitsevat painehaavan syntymistä ehkäiseviä toimenpiteitä (Asikainen – Koivunen – Luotola 2013). Riskin arvioimisessa käytetään arviointimittaria. Se pisteyttää numeerisessa muodossa tekijöitä tai potilaan ominaisuuksia, joita pidetään painehaavan kehittymisen suhteen merkittävänä. Validoitua riskiluokitusmittaria suositellaan käytettäväksi kliiniseen työhön. Yleisimmät painehaavariskin arviointiin kehitetyt mittarit ovat Nortonin, Waterlow'n ja Bradenin mittarit. (Alvarez-Nieto – Garcia-Fernandez – Lopez-Medina – Pancorbo-Hidalgo 2006.) Esimerkiksi Braden-mittarin avulla mitataan potilaan tuntoaistia, liikkuvuutta, fyysistä aktiivisuutta, ravitsemusta, altistusta kosteudelle ja venyttäviä ja hankaavia voimia (BRADEN - asteikko painehaavariskin arviointiin). Jackson/Cubbin riskimittari taas on tarkoitettu tehohoitopotilaiden painehaavariskin arviointiin ja sen on kehittänyt Christine Jackson ja Beverly Cubb (Ahtiala 2011).

Koska mittarit eivät välttämättä ota huomioon riskiä samanarvoisesti erilaisissa potilasryhmissä, riskiluokittelu ei yksin riitä arvioimaan painehaavojen syntymistä. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan kliininen arviointi, riittävä raportointi ja kirjaaminen ovat tärkeitä. (Asikainen ym. 2014.) Potilaan hoitokertomukseen tulee aina kirjata arvio potilaan painehaavariskistä ja riskimittarin tulos (Soppi 2013).

Painehaavojen ehkäisyssä tulisi arvioida riskitekijät, joita ovat muun muassa liikkumattomuus, ihon kunto ja ravitsemustila. Tärkeää on ottaa huomioon potilaat, joiden liikkuminen on rajoittunutta. Rajoittuneena liikkumisena pidetään yleensä potilaan liikkumisen määrän tai liikuntakyvyn alenemista. Välttämättöminä edellytyksinä painehaavan kehittymiselle voidaan pitää rajoittunutta liikkumista ja aktiivisuutta. Näiden tekijöiden puuttuessa muiden riskitekijöiden ei pitäisi aiheuttaa potilaalle painehaavoja. (NPUAP, EPUAP 2014: 14.)

Painehaavojen ehkäisyssä tulee ottaa myös huomioon ihon ja kudoksen arviointi (NPUAP, EPUAP 2014: 15). Painehaavojen ehkäisyssä on tärkeää potilaan ihon kunnon tarkastaminen kahdeksan tunnin kuluessa hoitoon tulosta (Soppi 2014). Ihon kuntoa ar-

vioidessa tulisi tutkia erityisesti potilaan luisten ulokkeiden, kuten ristiluun ja istuinkyhmyjen, kohdalla oleva iho. Ihon kunnon arvioinnin jälkeen löydökset tulisi kirjata. Jotta painehaavan varhaiset merkit pystytään löytämään, on ihon jatkuva arviointi välttämätöntä. Jos iho punoittaa, tulee punoituksen syy ja laajuus selvittää. Ihon arviointiin pitäisi sisällyttää ihon lämpötila, turvotus ja kudoksen kiinteyden muutos suhteessa ympäröivään kudokseen. Lääkinnällisten laitteiden alla ja ympärillä oleva iho tulisi myös tutkia. Ihoalueita, jotka ovat painehaavariskissä, ei saisi hieroa, koska se voi kivun lisäksi aiheuttaa lieviä kudovaurioita tai tulehdusreaktioita. Iho tulisi pitää kuivana ja puhtaana, koska vaikka kosteudesta aiheutuva ihovaurio ei ole painehaava, sen olemassaolo voi lisätä painehaavan riskiä. (NPUAP, EPUAP 2014: 15-17.) Ihon hoidossa pitäisi myös huomioida ihon optimaalinen kosteus ja eritteiden hallinta. Painehaavojen ehkäisyssä voidaan käyttää haavasidoksia, jotka suojaavat ihoa kosteudelta ja hankaukselta. Potilaan asentoa muutettaessa tulisi aina tarkistaa ihon kunto. (Ahtiala ym. 2015: 12.)

Painehaavojen ehkäisemiseksi painehaavariskissä olevien potilaiden ravitsemustila tulisi määrittää. Ravitsemustilan arvioinnissa kuuluisi painopisteenä olla energiansaannin, tahattoman painonmuutoksen sekä psykologisen stressin ja neuropsykologisten ongelmien arviointi. Myös potilaan kalori-, proteiini- ja nestetarve tulisi määrittää. Jos potilaalla todetaan vajaaravitsemuksen riski, hänet kuuluisi ohjata esimerkiksi ravitsemusterapeutille ja hänelle tulisi tehdä yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma. (NPUAP, EPUAP 2014: 19.) Ravitsemuksessa on tärkeää huolehtia erityisesti proteiinien ja C-vitamiinin saamisesta. Tarvittaessa on olemassa myös lisäravinnejuomia haavapotilaille. (Salminen-Peltola 2013.) Proteiinin saanti on tärkeää, koska sen puutos vähentää kollageenin synteesiä, jolloin haavan vetolujuus vähenee ja haavan sulkeutuminen hidastuu (Ahtiala ym. 2015: 14).

Painehaavojen ehkäisyssä otetaan huomioon asennonmuutokset. Niillä vähennetään kehon helposti vahingoittuviin alueisiin kohdistuvan paineen kestoa sekä voimakkuutta. Näin vaikutetaan hyvinvointiin, hygieniaan, arvokkuuteen ja toimintakykyyn. Potilaan kliininen tila voi estää säännölliset asennonmuutokset, jolloin tulisi käyttää vaihtoehtoisia menetelmiä, kuten erikoispatjaa tai –sänkyä. Asennonmuutosten tiheyttä määrittäessä tulisi huomioida muun muassa potilaan kudosten sietokyky, aktiivisuus ja liikuntakyky, yleinen terveydentila ja ihon kunto. Suunniteltujen asennonmuutosten tiheyden arvioinnissa auttaa potilaan ihon säännöllinen arviointi. Potilaan asento huomioidaan sekä makuulla että istuessa ja asentoa tulee muuttaa sen mukaan. Asennonmuutoksessa tulisi

välttää ihon altistumista paineelle ja venytykselle. (NPUAP, EPUAP 2014: 22-23; Ahtiala ym. 2015: 17.)

Painehaavojen ehkäisyyn on kehitteillä olevia hoitomuotoja, kuten profylaktisia sidoksia sekä kitkaa ja venytystä vähentäviä kankaita. Hankaukselle ja venytykselle alttiiden luisien ulokkeiden päälle voi harkita profylaktisen sidoksen laittamista. Silkkiä muistuttavat kankaat vähentävät kitkaa ja venyttäviä voimia ja siten ehkäisevät painehaavan syntyä. (NPUAP, EPUAP 2014: 17-18.)

Sairaanhoitajan toteuttamassa painehaavojen ehkäisemisessä potilaan ja omaisten ohjaaminen on merkittävässä roolissa. Koska hoitajaksot ovat nykyisin lyhyitä sairaaloissa, hoidon jatkuvuuden kannalta tulee omaisten ja potilaiden olla tietoisia mahdollisista riskeistä ja siitä, miten painehaavan synty voidaan ehkäistä kotihoidossa. Myös moniammatillinen yhteistyö ja organisaatioiden johto sekä hoitotyön esimiesten panostus ja tuki ovat painehaavojen ehkäisyyn vaatimuksia (Asikainen ym. 2014).

Tehohoitopotilailla otetaan painehaavojen ehkäisyssä huomioon makuualusta, erityisesti potilailla, joita ei lääketieteellisistä syistä voida kääntää. Tehohoitopotilailla voidaan käyttää vatsa-asentoa happeutumisen parantamiseksi, mikä lisää painehaavariskiä. Tällöin tulee erityisesti tarkistaa paineelle alttiit kehon alueet, kuten kasvot, polvet ja varpaat. Iäkkäillä potilailla tulee huomioida hauras iho sekä inkontinenssin aiheuttama kosteus, jotka lisäävät potilaan painehaavariskiä. (Ahtiala ym. 2015: 21, 23.)

Painehaavaa hoidetaan haavan asteen mukaan. Kaikkien painehaavojen hoidossa on keskeistä paineen poistaminen tai minimoiminen asentohoidon, erikoispatjojen ja istuintyynyjen avulla. I-asteen painehaavaa hoidetaan lisäksi välttämällä punoittavien alueiden ja luu-ulokekohtien hieromista. Painehaavan suojana voi käyttää ohuita haavanhoitolevyjä tai -kalvoja. II-asteen painehaavaa hoidetaan suojaamalla kyseinen ihoalue kosteudelta, hankaukselta ja infektoitumiselta. Painehaavaa hoidetaan paikallisesti lääkärin määräyksen mukaan ja käyttämällä VPKM-väriluokitusta apuna. III- ja IV-asteen painehaavan hoidossa tulee haavalta tarkistaa mahdolliset taskut ja onkalot sekä suojata haavaa, kuten II-asteen painehaavoissa. Näiden painehaavojen hoidossa käytetään apuna VPKM-väriluokitusta ja, hoitaja voi myös konsultoida plastiikkakirurgia ja haava-hoitajaa hoitoon liittyen. (Korhonen – Kääriäinen – Sihvonen 2013: 26; Avoimen haavan VPKM - väriluokitus helpperi.)

Painehaavoja voi myös hoitaa leikkaushoidolla. Painehaavaleikkauksia ovat päivystysluonteisen revisiotoimenpiteet sekä korjaavat toimenpiteet. Revisiotoimenpiteeseen joudutaan painehaavan infektoitumisen vuoksi. Poistamalla kaiken nekroottisen kudoksen haavan puhdistamista nopeutetaan. Jos potilaalla on III- tai IV-asteen painehaava, joka ei ole konservatiivisella hoidolla ja potilaan yleisvoinnin korjaamisella paranemassa parin kuukauden kuluessa hoidon aloituksesta, painehaavan korjausleikkaus on aiheellinen. Lisäksi painehaavan paranemisen kannalta on tärkeää, että muut sairaudet on hoidettu hyvin. Esimerkiksi diabeetikolla sokeritasapaino on pidettävä hyvänä. Tulee myös huolehtia, ettei infektiopesäkkeitä ole, kuten hammastulehduksia. (Salminen-Peltola 2013.)

3 Asenteet painehaavojen ehkäisemiseen

Haimme tietoa asenteista painehaavojen ehkäisemiseen monista tietokannoista, kuten Medic:stä ja CINAHL:sta. Aloitimme tiedonhaun hakemalla suomenkielisiä tutkimuksia Medic-tietokannasta hakusanoilla ”painehaav* asen*”. Löysimme neljä painehaavoihin liittyvää suomenkielistä artikkelia, mutta ne eivät olleet sopivia työhömme. Etsimme CINAHL:n kautta kansainvälisiä tutkimuksia painehaavojen ehkäisystä ja hoitajien asenteista sitä kohtaan. Käytimme hakusanoina ”pressure ulcer”, ”prevention”, ”attitudes”, jolloin tutkimusartikkeleita löytyi 14 kappaletta. Luimme näiden tutkimusten tiivistelmät ja niistä opinnäytetyöhömme sopivia oli neljä.

Koska hoitohenkilökunnan asenteista painehaavojen ehkäisemiseen on vähän tietoa, etsimme myös tietoa hoitohenkilökunnan asenteista eri hoitotyön osa-alueita kohtaan. Aluksi etsimme tutkimuksia sanoilla ”attitudes, nurse” ja rajasimme haun koskemaan tutkimuksia vuosilta 2007-2017. Tuloksia tuli näillä hakuehdoilla 13 673. Luimme kymmeniä tutkimusten otsikoita, ja tutkimusten aiheet vaihtelivat todella paljon. Jouduimme liian suuren tulosten määrän takia tarkentamaan hakua lisää. Koska työmme käsittelee painehaavojen ehkäisyä, päätimme etsiä tutkimuksia hoitohenkilökunnan asenteista kivunhoitoon, iäkkäisiin potilaisiin ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Tarkensimme hakua lisäämällä hakusanoiksi ”nurse, attitudes, pain”, ”nurse, attitudes, older patient” ja ”nurse, attitudes, evidence based”. Hoitajien asenteista kivunhoitoon löytyi yhteensä 84 artikkelia, iäkkäisiin potilaisiin 11 artikkelia ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön 31 artikkelia. Luimme hakutulosten kaikki otsikot ja niiden perusteella tutkimusten tiivistelmiä. Valitsimme kustakin aiheesta yhden työhömme sopivan tutkimuksen.

Tutkimusten mukaan (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014) hoitotyöntekijöiden asenteilla on merkittävä yhteys painehaavojen ehkäisyssä, mutta tutkittua tietoa hoitohenkilökunnan asenteista painehaavojen ehkäisemiseen on vähän. Hoitohenkilökunnan asenteet painehaavojen ehkäisemiseen ovat positiiviset. (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014.) Beeckmanin ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että mitä parempi asenne hoitajalla oli painehaavojen ehkäisemiseen, sitä paremmin ehkäisemistä toteutettiin osastoilla. Haavahoitajilla sekä ylihoitajilla oli parempi asenne painehaavojen ehkäisemiseen kuin muulla hoitohenkilökunnalla. Painehaavojen ehkäisyyn liittyvä lisäkoulutus ei tutkimuksen mukaan vaikuttanut hoitohenkilökunnan asenteisiin. (Beeckman ym. 2011.)

Mooren ja Pricen (2004) sekä Waughin (2014) mukaan hoitohenkilökunnan positiivinen asenne painehaavojen ehkäisemiseen ei ole ainoa hoitajien toimintaan vaikuttava tekijä. Positiiviset asenteet ja osaaminen eivät takaa painehaavojen ehkäisyn toteutumista. Asenteen lisäksi on löydetty estäviä tekijöitä, joiden vuoksi painehaavojen ehkäisy ei ole toteutunut riittäväällä tavalla. Näitä ovat muun muassa kiire, henkilöstöpula, potilaiden kunto, potilaiden yhteistyöhaluttomuus, tiedonpuute ja painehaavojen ehkäisyyn tarkoitettujen välineiden puute. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen ei korreloi sen toteutumisen kanssa. (Moore – Price 2004; Waugh 2014.)

Hoitohenkilökunnan asenteet iäkkäisiin potilaisiin ja heidän hoitoonsa ovat tutkimuksen mukaan positiivisia. Erityisen positiiviset asenteet hoitajilla oli iäkkäiden potilaiden hoitoon. (Liu – Norman – While 2015.) Ulkomailla opiskelleiden sairaanhoitajien asenteet näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ovat Kon ja Thielin (2016) mukaan positiivisia, mutta sairaalassa työskentelevien hoitajien asenteet olivat heikommat kuin muualla työskentelevien hoitajien. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien osaaminen ja asenteet aikuispotilaiden kivunhallintaan liittyen ovat huonot ja lisäkoulutusta aiheesta tarvitaan runsaasti (Chipfuwa – Chironda – Manwere – Mukwamba 2015). Näiden tutkimusten perusteella hoitohenkilökunnan asenteet eri hoitotyön osa-alueita kohtaan ovat vaihtelevia ja käyttämissämme tutkimuksissa tulee ilmi, että hoitohenkilökunnan asenteita tulisi tutkia lisää.

4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan asenteita painehaavojen ehkäisemiseen. Tavoitteenamme oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omista asenteistaan painehaavojen ehkäisemiseen. Opinnäytetyöstämme on hyötyä hoitohenkilökunnalle sekä yksiköiden esimiehille: asenteiden selvittämisellä osastot saavat tietoa hoitohenkilökunnan asenteista, keskustelu asenteista ja työympäristöstä voi lisääntyä ja hoitohenkilökunnalle voidaan järjestää mahdollisesti lisäkoulutusta.

Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta laaditaan tutkimuskysymykset. Ne voivat olla joko väittämiä tai kysymyksiä. Yleensä hoitotieteellisessä tutkimuksessa tutkimusongelma asetetaan kuvaamaan tiettyä ilmiötä. Myös tutkittavien taustatietojen yhteyksiä selitettävään tutkimusilmiöön tarkastellaan hoitotieteellisessä tutkimuksessa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 99.)

Tutkimuskysymyksiä opinnäytetyössämme ovat:

1. Miten hoitohenkilökunta on hankkinut tietoa painehaavojen ehkäisemiseen ja millainen lisäkoulutustarve hoitohenkilökunnalla on?
2. Millaisia asenteita hoitohenkilökunnalla on painehaavojen ehkäisemiseen?
3. Onko eri toimintaympäristöjen hoitohenkilökunnan asenteissa eroja?

5 Tutkimusmenetelmät

5.1 Aineisto ja sen kerääminen

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä on kyselylomake. Muita menetelmiä ovat havainnointi, haastattelu ja testit. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 114.) Opinnäytetyössämme käytimme kvantitatiivista menetelmää. Kohderyhmänä oli teho-osastoilla ja palveluasumisen yksiköissä työskentelevä hoitohenkilökunta, johon lukeutui sairaanhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat ja osastonhoitajat. Tutkimukseen osallistui useita pääkaupunkiseudun palveluasumisen yksiköitä (7) ja yliopistollisen sairaalan teho-osastoja (4) varmistaaksemme tar-

peeksi suuren otoksen. Otoksemme (N) oli 400, mutta aineistonkeruuvaiheessa yksi palveluasumisen yksikkö jätti tutkimuksen kesken. Näin ollen lopullinen otos (N) oli 371 ja yksiköiden määrä 10.

Haimme tutkimusluvut tutkimukseen osallistuvilta tahoilta toukokuussa 2016. Aloitimme aineistonkeruun elo- syyskuussa 2016. Sovimme jokaisen osaston kanssa erikseen aineistonkeruusta ottamalla yhteyttä osastojen yhteyshenkilöihin, jotka sovittiin tutkimuslupien saamisen jälkeen. Veimme jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla osastolla tutkimuslomakkeiden ohella saatekirjeen (liite 2), jossa ilmeni opinnäytetyön tarkoitus, tavoite, vastaajien anonymiteetti, vapaaehtoisuus, tietojen salassapito ja opinnäytetyön tekijöiden nimet ja yhteystiedot. Esittelemme työmme lyhyesti samalla kun veimme lomakkeet. Laadimme saatekirjeen pohjalta PowerPoint-esityksen, jonka esitimme pyynnöstä joidenkin yksiköiden osastotunneilla. Tutkimuksen vastausaika oli kaksi viikkoa, minkä jälkeen haimme aineiston.

5.2 Mittari

Käytimme työssämme osaa mittarista, jonka on kehittänyt Beeckman ym. (2010). Meidän käyttämässämme mittarissa on 11 väittämää, jotka liittyvät hoitajien asenteisiin painehaavojen ehkäisemistä kohtaan. Väittämiin vastataan neliportaisen Likert-asteikon mukaisesti, ja mitä suurempi lopullinen pistemäärä, sitä parempi hoitajan asenne on. Maksimipistemäärä mittarissa on 44 ja pisteytys tulee sen mukaan, onko väittämä positiivinen vai negatiivinen. Yhdestä väittämästä voi saada enintään 4 pistettä. Tutkimuksesta ei käy ilmi, miten asenteet luokitellaan positiivisiksi tai negatiivisiksi kokonaispisteiden mukaan. (Beeckman – Defloor – Demarré – Van Hecke – Vanderwee 2010.) Beeckmanin ym. (2011) tutkimuksessa on kuitenkin käytetty mittaria ja sen mukaan ≥ 75 %:n kokonaispistemäärä merkitsee positiivista asennetta. Saimme suomenkielisen mittarin ja taustakyselylomakkeen opinnäytetyömme ohjaajalta. Asennemittariin on lupa. Mittarista puuttui taloudellinen osa-alue. Taustakyselylomakkeessa (liite 1) on 18 kysymystä, jotka ovat suljettuja ja puoliavoimia.

Tässä opinnäytetyössä käytetyt väittämät:

1. Luotan taitooni ehkäistä painehaavoja.
2. Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämukavuutta.
3. Painehaavat ovat ehkäistävissä korkean riskin potilailla.
4. Olen hyvin koulutettu ehkäisemään painehaavoja.
5. Painehaavojen ehkäiseminen on liian vaikeaa. Muut ovat parempia kuin minä.
6. En tunne henkilökohtaisesti olevani vastuussa, jos potilaalleni tulee painehaava.
7. Liian paljon huomiota menee painehaavojen ehkäisemiseen.
8. Minulla on henkilökohtaisesti tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä.
9. Painehaavojen ehkäiseminen ei ole niin tärkeää.
10. Painehaavojen ehkäisemisen tulisi olla ensisijaista.
11. Painehaavat eivät koskaan ole ehkäistävissä.

Väittämät on jaoteltu viiteen osa-alueeseen:

1. Henkilökohtainen pätevyys ehkäistä painehaavoja.
2. Painehaavojen ehkäisyn tärkeys.
3. Painehaavojen vaikutus.
4. Vastuu painehaavojen ehkäisemisessä.
5. Varmuus painehaavojen ehkäisyn toimivuuteen.

(Beeckman ym. 2010.)

5.3 Analyysi

Koska aineistomme on numeerinen, analysoimme sen käyttämällä SPSS[®]-ohjelmistoa. Syötimme vastaukset ohjelmistoon käsin. Määrittelimme jokaiselle muuttujalle mitta-asteikon (nominaali, ordinaali). Epämääräiset vastaukset taustakyselylomakkeessa, kuten ajatusviiva ja kysymysmerkki, laitoimme SPSS[®]-ohjelmistoon nollaksi tai tyhjäksi kohdaksi riippuen kysymyksestä. Teimme väittämistä summamuuttujat mittariin perustuen. Käänsimme negatiivisten summamuuttujien arvot käänteisiksi, jotta ohjelmisto voisi laskea pisteet oikein. Summamuuttujista sai saman pistemäärän väittämän positiivisuudesta tai negatiivisuudesta riippumatta. Teimme tutkimuksen tuloksista tilastollisia ajoja, joista saimme keskiarvoja, prosentteja, frekvenssejä ja keskihajontoja. Näiden avulla teimme taulukoita ja graafisia pylväitä.

6 Tulokset

6.1 Tutkimukseen osallistuneet hoitajat

Otoksemme (N) oli 371, teho-osastoilla 200 ja palveluasumisen yksiköissä 171. Tutkimukseen osallistui yhteensä 164 vastaajaa, joista 47 % oli teho-osastoilta ja 53 % palveluasumisen yksiköistä. Tutkimukseen osallistuneita yksiköitä oli yhteensä 10: neljä teho-osastoa ja kuusi palveluasumisen yksikköä. Vastausprosentti oli yhteensä 44,2 %. Teho-osastoilla vastausprosentti oli 38,5 % ja palveluasumisen yksiköissä 50,9 %. Vastanneista (n=164) 10 % oli osastonhoitajia tai vastaavia hoitajia, 56 % sairaanhoitajia ja 34 % lähi- tai perushoitajia (taulukko 1). Vastaajista 8,5 % oli toimipisteensä haavahoitajia, mutta yksikään ei ollut Suomen Haavahoitoyhdistyksen auktorisoitu haavahoitaja.

Taulukko 1. Hoitajien taustatiedot

Hoitajien taustatiedot	Frekvenssi	Prosentti
Työtehtävä		
Osastonhoitaja / vastaava hoitaja	17	10,4
Sairanhoitaja	92	56,1
Lähi- tai perushoitaja	55	33,5
Yhteensä	164	100,0
Työpaikka		
Palveluasumisen yksikkö	85	51,8
Teho-osasto	77	47,0
Yhteensä	162	98,8
Ei vastausta	2	1,2
Toimipisteen haavahoitaja		
Kyllä	14	8,5
En	150	91,5
Yhteensä	164	100,0

Tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden keskimääräinen potilas-/asukasmäärä oli vastaushetkellä 18,6 potilasta, joista suurin määrä oli 53 ja pienin neljä potilasta/asukasta. Yksiköissä oli vastaushetkellä keskimäärin 1,4 painehaavapotilasta. Suurin painehaavapotilaiden lukumäärä oli kuusi ja pienin nolla painehaavapotilasta. (taulukko 2.)

Taulukko 2. Potilasmäärä ja hoitoaika

Potilasmäärä ja hoitoaika	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Potilas-/asukasmäärä tällä hetkellä (lkm)	157	4	53	18,6	10,2
Painehaavapotilaita tällä hetkellä (lkm)	116	0	6	1,4	1,4
Keskimääräinen hoitoaika (vuosia)	107	0,01	28	1,6	3,0

Keskimääräinen aika, jonka potilas oli yksikössä hoidossa, oli vuosi ja seitsemän kuukautta. Pisin hoitoaika oli 28 vuotta ja lyhyin kolme päivää. (taulukko 2.) Eniten osastoilla oli I-asteen painehaavoja ja vähiten IV-asteen painehaavoja (taulukko 3).

Taulukko 3. Painehaava-asteet yksiköissä

Painehaava-asteet yksiköissä (lkm)	Frekvenssi	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
I-asteen painehaavoja	85	0	5	0,8	1,0
II-asteen painehaavoja	50	0	4	0,5	0,8
III-asteen painehaavoja	23	0	1	0,3	0,4
IV-asteen painehaavoja	15	0	2	0,2	0,4

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien keskimääräinen työkokemus terveydenhuoltoalalla oli 14,6 vuotta. Lyhyin työkokemus oli kaksi kuukautta ja pisin 40,3 vuotta. Hoitajien työkokemus nykyisessä yksikössä oli keskimäärin 7,2 vuotta, josta lyhyin aika oli yksi kuukausi ja pisin 30 vuotta. (taulukko 4.)

Taulukko 4. Hoitajien työkokemus

Hoitajien työkokemus vuosina	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Työkokemus terveydenhuoltoalalla ammattiin valmistumisen jälkeen	160	0,2	40,3	14,6	9,9
Työkokemus nykyisessä yksikössä	163	0,1	30,0	7,2	6,8

Tutkimukseen vastanneista hoitajista 84,1 % oli päivittäin tekemisissä painehaavojen ehkäisyn kanssa ja 3,0 % harvemmin. Hoitajista 11,6 % hoiti painehaavapotilaita päivittäin ja 25,0 % harvemmin. (taulukko 5.)

Taulukko 5. Hoitajien painehaavojen kanssa työskentely

Hoitajien painehaavojen kanssa työskentely	Frekvenssi	Prosentti
Painehaavojen ehkäisemisen useus		
Päivittäin	138	84,1
Viikoittain	14	8,5
Kuukausittain	7	4,3
Harvemmin	5	3,0
Painehaavapotilaiden hoitamisen useus		
Päivittäin	19	11,6
Viikoittain	62	37,8
Kuukausittain	42	25,6
Harvemmin	41	25,0
Yhteensä	164	100,0

Hoitajat olivat kahden vuoden aikana (vuosina 2014-2016) olleet painehaavoja koskevissa koulutuksissa keskimäärin 0,6 kertaa. Eniten koulutuksissa oli käyty neljä kertaa ja vähiten ei koskaan. Hoitajat olivat lukeneet vuosien 2014-2016 välillä keskimäärin 1,7 painehaavojen ehkäisemiseen tai hoitoon liittyviä tutkimusartikkeleita. Suurin määrä oli 15 artikkelia ja pienin ei yhtään. Lisäksi painehaavojen ehkäisemiseen tai hoitoon liittyviä ammatillisia artikkeleita hoitajat olivat lukeneet keskimäärin 2,3, joista suurin määrä oli 50 ja pienin ei yhtään. (taulukko 6.)

Taulukko 6. Hoitajien tiedonhankinta vuosina 2014-2016

Kuinka monta kertaa olet viimeisen kahden vuoden aikana...	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Ollut painehaavoja koskevassa koulutuksessa?	153	0	4	0,6	0,8
Lukenuit painehaavojen ehkäisemiseen tai hoitoon liittyviä tutkimusartikkeleita?	147	0	15	1,7	2,3
Lukenuit painehaavojen ehkäisemiseen tai hoitoon liittyviä ammatillisia artikkeleita?	143	0	50	2,3	4,6

Tutkimukseen vastanneista hoitajista 68,3 % oli lukenut painehaavojen ehkäisemiseen ja varhaiseen tunnistamiseen liittyviä painehaavojen suosituksia. Hoitajista 15,9 % oli lukenut suosituksia osaston omista ohjeista, 11,6 % useista eri lähteistä, 4,9 % internetistä, 4,3 % ammatti-/Haava-lehdestä ja 3,0 % Terveysportista (taulukko 7).

Taulukko 7. Mistä painehaavojen ehkäisemiseen ja varhaiseen tunnistamiseen liittyvät suositukset luettu

Mistä luettu?	Frekvenssi	Prosentti
Osaston omista ohjeista	26	15,9
Useat lähteet	19	11,6
Internet	8	4,9
Ammatti-/haavalehti	7	4,3
Terveysportti	5	3,0
Koulussa	2	1,2
Esitteestä	1	0,6
Kirjasto	1	0,6
Koulutuksista saamista materiaaleista	1	0,6
Mepitel-firma	1	0,6

Kaikista eniten hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta haavanhoitotuotteista (ka=6,1) ja psyykkisestä tilasta painehaavojen ehkäisemisessä (ka=5,1). Hoitajat kokivat myös tarvitsevansa lisäkoulutusta ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisemisessä (ka=4,7). (taulukko 8.)

Taulukko 8. Lisäkoulutuksen tarve

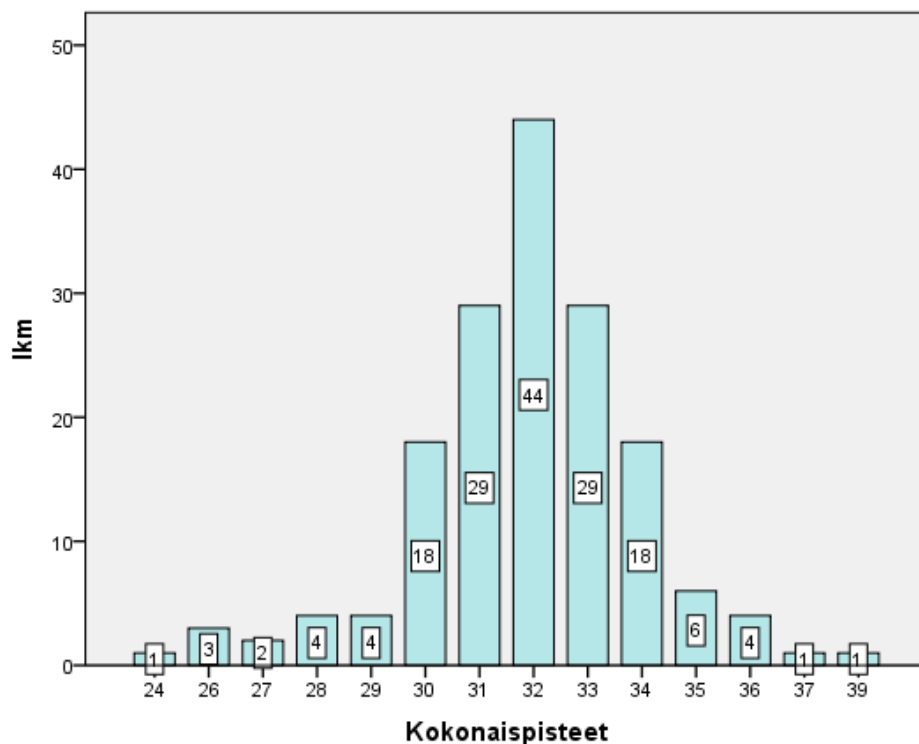
Lisäkoulutuksen tarve	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Painehaavojen riskitekijöistä	144	0	10	3,5	2,8
Painehaavojen ehkäisemisen suosituksista	142	0	10	4,3	2,9
Ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisemisessä	143	0	10	4,7	3,2
Asentohoidosta painehaavojen ehkäisemisessä	143	0	10	3,2	3,0
Apuvälineistä painehaavojen ehkäisemisessä	144	0	10	4,6	3,0
Psyykkisestä tilasta painehaavojen ehkäisemisessä	142	0	10	5,1	3,0
Ihon kunnosta/hoidosta painehaavojen	144	0	10	3,6	2,9
Painehaavaluokista	142	0	10	4,4	3,0
Potilaan ohjauksesta painehaavojen ehkäisemisessä	144	0	10	4,0	3,1
Haavanhoitotuotteista	144	0	10	6,1	3,0

Kirjaamisesta painehaavojen ehkäisemisessä	144	0	10	4,6	3,1
Omaisien ohjauksesta painehaavojen	140	0	10	3,9	3,2
Asteikko 0=ei lainkaan, 10=erittäin paljon					

Vähiten hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta asentohoidosta painehaavojen ehkäisemisessä (\bar{x} = 3,2). Kaikissa osioissa vastausten minimi oli nolla ja maksimi kymmenen. (taulukko 8.)

6.2 Vastaajien asenteet painehaavojen ehkäisemiseen

Suurin mahdollinen kokonaispistemäärä, jonka kyselystä voi saada, oli 44 pistettä ja pienin 11. Tutkimukseen vastanneiden keskimääräinen kokonaispistemäärä oli 31,9, joista suurin kokonaispistemäärä oli 39 ja pienin 24. Vastaajien tyypillinen pistemäärä oli 32 pistettä. (kuvio 1.) Vastaajista 0,6 % sai 24 pistettä ja 0,6 % 39 pistettä. Keskihajonta oli 2,1.



Kuvio 1. Vastaajien kokonaispisteet

Palveluasumisen yksiköiden kokonaispisteiden keskiarvo ja keskihajonta olivat vähän korkeammat kuin teho-osastojen. Teho-osastojen kokonaispistemäärän keskiarvo oli 31,84 ja palveluasumisen yksiköiden 31,87 (taulukko 9).

Taulukko 9. Yksiköiden kokonaispisteet

Yksikkö	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
Teho-osastot	77	24	36	31,84	1,981
Palveluasumisen yksiköt	87	26	39	31,93	2,198

Hoitohenkilökunnan välillä kokonaispisteissä oli eroja. Lähihoitajien keskimääräinen kokonaispistemäärä oli 32,07, sairaanhoitajien 31,82 ja osastonhoitajien 31,71.

Osa-alueesta 3. tuli positiivisimmat tulokset (ka=3,9). Negatiivisimmat tulokset tuli osa-alueeseen 4 (ka=2,4). (taulukko 10.)

Taulukko 10. Asennemittarin osa-alueet ja väittämät

Osa-alueet ja väittämät	n	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskihajonta
1. Henkilökohtainen pätevyys ehkäistä painehaavoja (ka=3,0)					
Luotan taitooni ehkäistä painehaavoja	164	2	4	3,5	0,5
Olen hyvin koulutettu ehkäisemään painehaavoja	162	1	4	2,0	0,7
Painehaavojen ehkäiseminen on liian vaikeaa. Muut ovat parempia kuin minä.	163	2	4	3,4	0,5
2. Painehaavojen ehkäisyn tärkeys (ka=3,1)					
Liian paljon huomiota menee painehaavojen ehkäisemiseen.	163	1	4	3,5	0,6
Painehaavojen ehkäiseminen ei ole niin tärkeää.	163	3	4	3,9	0,3
Painehaavojen ehkäisemisen tulisi olla ensisijaista	163	1	4	1,8	0,7
3. Painehaavojen vaikutus (ka=3,9)					
Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämukavuutta	163	3	4	3,9	0,3

4. Vastuu painehaavojen ehkäisemisessä (ka=2,4)					
En tunne henkilökohtaisesti olevani vastuussa jos potilaalleni tulee painehaava	162	1	4	3,3	0,7
Minulla on henkilökohtaisesti tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä	161	1	4	1,5	0,6
5. Varmuus painehaavojen ehkäisyn toimivuuteen (ka=2,7)					
Painehaavat ovat ehkäistävissä korkean riskin potilailla	164	1	4	1,8	0,7
Painehaavat eivät koskaan ole ehkäistävissä	164	1	4	3,6	0,6

Negatiivisimmat tulokset tulivat väittämästä ”Minulla on henkilökohtaisesti tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä” (eri mieltä 40,9 %, täysin eri mieltä 53,0 %). Tämä pätee myös väittämiin ”Painehaavojen ehkäisemisen tulisi olla ensisijaista” (eri mieltä 48,8 %, täysin eri mieltä 38,4 %), ”Painehaavat ovat ehkäistävissä korkean riskin potilailla” (eri mieltä 56,1 %, täysin eri mieltä 32,3 %) ja ”Olen hyvin koulutettu ehkäisemään painehaavoja” (eri mieltä 57,9 %, täysin eri mieltä 20,7 %). (taulukko 11.)

Taulukko 11. Asennemittarin tulokset prosentteina

Osa-alueet ja väittämät (%)	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Henkilökohtainen pätevyys ehkäistä painehaavoja				
Luotan taitooni ehkäistä painehaavoja	46,3	52,4	1,2	0,0
Olen hyvin koulutettu ehkäisemään painehaavoja	1,2	18,9	57,9	20,7
Painehaavojen ehkäiseminen on liian vaikeaa. Muut ovat parempia kuin minä.	0,0	3,0	54,3	42,1
2. Painehaavojen ehkäisyn tärkeys				
Liian paljon huomiota menee painehaavojen ehkäisemiseen.	0,6	2,4	39,6	56,7
Painehaavojen ehkäiseminen ei ole niin tärkeää.	0,0	0,0	15,6	84,4
Painehaavojen ehkäisemisen tulisi olla ensisijaista	2,6	22,1	54,5	19,5
3. Painehaavojen vaikutus				
Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämukavuutta	0,0	0,0	13,4	86,0

4. Vastuu painehaavojen ehkäisemisessä				
En tunne henkilökohtaisesti olevani vastuussa jos potilaalleni tulee painehaava	3,0	8,5	47,6	39,6
Minulla on henkilökohtaisesti tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä	1,8	2,4	40,9	53,0
5. Varmuus painehaavojen ehkäisyn toimivuuteen				
Painehaavat ovat ehkäistävissä korkean riskin potilailla	2,4	9,1	56,1	32,3
Painehaavat eivät koskaan ole ehkäistävissä	1,2	1,2	31,1	66,5

Positiivisimmat tulokset tulivat väittämästä ”Painehaavojen ehkäiseminen ei ole niin tärkeää” (eri mieltä 13,4 %, täysin eri mieltä 86,0 %). Vastaaajilla oli myös positiiviset tulokset väittämästä ”Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämukavuutta” (eri mieltä 14,0 %, täysin eri mieltä 85,4 %) ja ”Painehaavat eivät koskaan ole ehkäistävissä” (eri mieltä 31,1 %, täysin eri mieltä 66,5 %). (taulukko 11.)

Teho-osastoilla positiivisimmat asenteet olivat osa-alueissa 3. ja 2. Teho-osastoilla keskiarvo näistä osa-alueista oli 3,9 ja 3,1. Palveluasumisen yksiköissä positiivisimmat asenteet olivat osa-alueissa 3. (ka=3,8), 1. (ka=3,0) ja 2. (ka=3,0).

Keskiarvojen mukaan teho-osastojen positiivisimmat tulokset tulivat väittämästä ”Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämukavuutta” (ka=3,9), ”Painehaavojen ehkäiseminen ei ole niin tärkeää” (ka=3,8) ja ”Painehaavat eivät koskaan ole ehkäistävissä” (ka=3,6). Negatiivisimmat tulokset taas tulivat väittämästä ”Olen hyvin koulutettu ehkäisemään painehaavoja” (ka=1,9), ”Painehaavat ovat ehkäistävissä korkean riskin potilailla” (ka=1,8) ja ”Minulla on henkilökohtaisesti tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä” (ka=1,5).

Palveluasumisen yksiköissä positiivisimmat tulokset tulivat väittämästä ”Painehaavojen ehkäiseminen ei ole niin tärkeää” (ka=3,9), ”Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämukavuutta” (ka=3,8) ja ”Painehaavat eivät koskaan ole ehkäistävissä” (ka=3,7). Negatiivisimmat tulokset tulivat väittämästä ”Painehaavat ovat ehkäistävissä korkean riskin potilailla” (ka=1,9), ”Painehaavojen ehkäisemisen tulisi olla ensisijaista”

($ka=1,5$) ja ”Minulla on henkilökohtaisesti tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä” ($ka=1,5$).

7 Luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuudesta kertoo validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo siitä, mittaako tutkimus sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Ulkoinen validiteetti taas kuvaa, kuinka yleistettäviä saadut tulokset ovat tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetti kuvaa tulosten pysyvyyttä eli mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189.) Käyttämämme mittarin validiteetti ja reliabiliteetti on testattu ja todettu riittävän luotettavaksi (Beeckman ym. 2010). Mittari mittaa sitä, mitä sen kuuluu mitata eli hoitohenkilökunnan asenteita painehaavojen ehkäisemiseen. Mittarin luotettavuuteen vaikuttaa se, että se on käännetty ja vastakäännetty suomenkielelle. Mittari on läpikäynyt tieteellisen yhteisön määrittämän käännösprosessin. Mittarissa on sekä positiivisia että negatiivisia väittämiä.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä eli voidaanko tutkimustuloksia yleistää koko suomalaisen terveydenhuollon alueelle (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 196). Koska opinnäytetyössämme otokseen sisältyi vain pääkaupunkiseudun yksiköitä, ei tuloksia voida yleistää koko suomalaisen terveydenhuollon alueelle.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee arvioida tulosten luotettavuutta. Tulosten luotettavuudessa otetaan huomioon tulosten sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäisessä validiteetissa tulokset johtuvat vain asetelmasta, eivätkä muista sekoittavista tekijöistä, kuten valikoituminen ja kontaminaatio. Valikoitumisella tarkoitetaan, että vain niin sanottu hyvät vastaajat valikoidaan otokseen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 195) Opinnäytetyössämme valikoitumista ei tapahtunut, sillä osastojen koko hoitohenkilökunta otettiin mukaan tutkimukseen, emmekä tienneet etukäteen hoitajien asenteita painehaavojen ehkäisemiseen. Kontaminaatiolla taas tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistuva hoitaja on ennen osallistumistaan joutunut tekemisiin tutkimusilmiön kanssa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 196) Tämä tarkoitti tutkimuksemme sitä, että hoitaja olisi esimerkiksi lukenut artikkelin asenteista painehaavojen ehkäisemiseen tai muulla tavoin saanut vaikutteita aiheeseen liittyen.

Tulosten luotettavuuteen vaikutti myös, miten tutkimukseen osallistuneet ymmärsivät kysymykset ja vastasivat niihin. Taustakyselylomakkeen viimeisessä (18.) kysymyksessä tuli arvioida lisäkoulutuksen tarvetta asteikolla nolasta kymmeneen. Osa vastaajista oli vain rastittanut osa-alueita tai laittanut suurempia lukuja kuin 10, jolloin merkitsimme vastauksen puuttuvaksi. Vastaajien käsialat olivat joskus vaikeasti luettavia, mikä vaikutti analysointiin. Lukumäärää kysyttäessä vastaus saattoi olla kuvaava (esimerkiksi ”useasti”, ”monesti” tai ”harvoin”) numeron sijaan. Jos vastaaja antoi epämääräisen luvun (esimerkiksi 1-3), laskimme luvun keskiarvon ja tarvittaessa pyöristimme sen. Osa vastaajista jätti vastaamatta joihinkin kysymyksiin tai vastasivat ajatusviivalla. Joissakin tilanteissa tulkitimme vastauksen puuttuvaksi tai numeroksi nolla, riippuen kysymyksestä (esimerkiksi kysyttiinkö lukumäärää).

8 Eettisyys

Tutkimusta ohjaavat erilaiset eettiset periaatteet. Tutkimuksen yksi tärkeimmistä periaatteista on hyvän edistäminen ja mahdollisten haittojen estäminen tai minimoiminen. Osallistuminen on aina vapaaehtoista, ja osallistujan tulee olla tietoinen tutkimuksen luonteesta. Tutkittavilla on mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimus. Tutkimukseen osallistumisesta ei aiheudu haittaa, mutta osallistumista ei palkitakaan. Tutkittaville kerrotaan aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Kaikki tutkimukseen osallistuvat ovat samanarvoisia. Tutkimuksessa otetaan huomioon anonymiteetti ja tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle sekä aineisto säilytetään asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen tekemiseen tarvitaan lupa ja sen yhteydessä tulee varmistaa, saako kohdeorganisaation tai -organisaatioiden nimeä kuvata tutkimuksessa. Tutkimuksessa ei saa esiintyä plagiointia (Kankunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 217-222, 224–225.)

Opinnäytetyössämme otimme huomioon kaikki edellä mainitut eettiset periaatteet. Kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli itsemääräämisoikeus, ja he vastasivat tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti ja anonymisti. Lisäksi heillä oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ja jättää tutkimus kesken. Annoimme tutkimukseen osallistuville mahdollisuuden esittää kysymyksiä tutkimukseen liittyen ja heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus muun muassa saatekirjeen avulla. Kaikki opinnäytetyöhömmme osallistuneet henkilöt ja

heidän vastauksensa käsiteltiin tasa-arvoisina. Ennen aineistonkeruuta saimme tutkimusluvut kohdeorganisaatioilta. Saatekirje, jonka lähetimme osastoille, oli neutraali ja asiallinen.

Säilytimme kerätyn aineiston asianmukaisessa lukitussa paikassa niin, etteivät ulkopuoliset päässeet käsiksi siihen. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen huolehdimme aineiston asianmukaisesta hävittämisestä. Opinnäytetyömme täyttää myös hyvän tuottamisen periaatteen. Selvittämällä hoitohenkilökunnan asenteita painehaavojen ehkäisemiseen saadaan lisää tietoa hoitohenkilökunnan asenteista, ja tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuudessa esimerkiksi järjestämällä lisäkoulutusta. Lisäksi tutkimus ei aiheuta haittaa hoitohenkilökunnalle eikä potilaille. Koska emme mainitse tutkimukseen osallistuneita organisaatioita, vastaajien anonymiteetti säilyy eikä yksiköille aiheudu haittaa tuloksista.

9 Pohdinta

9.1 Tutkimustulosten pohdinta

Hoitohenkilökunnan asenteet olivat keskimäärin melko positiivisia ($ka=32$). Asennemittarin tuloksissa oli yllättäviä vastauksia. Suurin osa vastaajista (87,2 %) oli sitä mieltä, että he ovat henkilökohtaisesti vastuussa, jos heidän potilaalleen tulee painehaava. Kuitenkin suurin osa vastaajista (93,9 %) ei kokenut itsellään olevan tärkeä tehtävä painehaavojen ehkäisemisessä. Nämä tulokset ovat ristiriidassa keskenään. Suurimman osan (87,2 %) mielestä painehaavojen ehkäisemisen ei tulisi olla ensisijaista. Tämä ei välttämättä tarkoita, että vastaajalla on negatiivinen asenne vaan tähän voi vaikuttaa muun muassa potilaan tilanne. Osastoilla voi olla esimerkiksi lääkehoito ensisijaista. Myös Mooren ja Pricen (2004) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan asenne painehaavojen ehkäisemisen priorisoimiseen oli melko negatiivista. Yllättävää oli, että suurin osa vastaajista (88,4 %) oli sitä mieltä, että painehaavat eivät ole ehkäistävissä korkean riskin potilailla. Mooren ja Pricen (2004) tutkimuksen tulosten mukaan vain noin viidennes uskoi, ettei suurinta osaa painehaavoista voida välttää.

Suurin osa vastaajista (78,6 %) koki, ettei heitä ole hyvin koulutettu ehkäisemään painehaavoja. Tähän voi vaikuttaa esimerkiksi se, että osastoilla ei ole järjestetty tarpeeksi painehaavoihin liittyviä koulutuksia tai jokin muu koulutus on voinut mennä sen edelle.

Kuitenkin Beeckmanin ym. (2011) mukaan lisäkoulutus ei paranna merkittävästi hoitohenkilökunnan asenteita. Valtaosan mielestä (99,4 %) painehaavojen ehkäiseminen on tärkeää ja painehaavat ovat ehkäistävissä (97,6 %). Suurin osa vastaajista (99,4 %) oli myös eri mieltä väittämään ”Painehaavat eivät juuri koskaan aiheuta potilaalle epämu-kavuutta”. Tästä voi päätellä, että hoitohenkilökunta on hyvin tietoisia painehaavoista ja pitää niiden ehkäisemistä tärkeänä.

Tulosten perusteella teho-osastojen ja palveluasumisen yksiköiden asenteissa on vain vähän eroja. Tämä voi johtua siitä, että molemmilla osastoilla hoitajat toteuttavat perushoitoa ja painehaavojen ehkäisyä päivittäin (84,1 %). Aikaisemmissa tutkimuksissa vastaajia on ollut monenlaisista erilaisista toimintaympäristöistä eikä tulosten eroavaisuuksia toimintaympäristöjen välillä ole aikaisemmissa tutkimuksissa tarkkaan eritelty (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014).

Opinnäytetyömme tuloksiin saattoi vaikuttaa käyntimme osastoilla. Monet osastot halusivat, että esittelemme työmme taustat ja tarkoituksen PowerPoint-esityksellä. Saa-toimme näin antaa vaikutteita hoitajien vastauksiin. Osalle osastoista veimme vain kyse-lylomakkeet ja saatekirjeen. Eräässä palveluasumisen yksikössä oli lisäksi meneillään painehaavoihin liittyvä hanke, mikä saattoi vaikuttaa hoitohenkilökunnan asenteisiin. Tu-loksiin saattoi vaikuttaa myös se millaisessa tilanteessa ja ympäristössä tutkimukseen vastattiin, esimerkiksi oliko kyseisellä hetkellä kiire ja vastattiinko kyselyyn henkilökun-nan taukotilassa vai kansliassa. Tulokset eivät ole täysin luotettavia alhaisen vastaus-prosentin vuoksi. Tuloksista saa kuitenkin suhteellisen hyvän käsityksen pääkaupunki-seudun teho-osastojen ja palveluasumisen yksiköiden hoitohenkilökunnan asenteista painehaavojen ehkäisemiseen.

Aikaisempien tutkimusten mukaan (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014) hoitohenkilökunnan asenteet painehaavojen ehkäisemiseen ovat pääsääntöisesti positiiviset. Myös meidän tutkimuksessamme vastaajien asenteet olivat melko positiivi-set. Kuitenkin positiiviset asenteet oli alle puolella vastaajista (36 %), kun taas Beeck-manin ym. (2011) tutkimuksessa positiiviset asenteet oli noin puolella vastaajista. Erot tutkimusten välillä voivat johtua siitä, että tutkimukset on tehty vain kahdessa eri toimin-taympäristöissä. Tuloksiin voi vaikuttaa myös maan kulttuuri ja vastaajien koulutustaso.

9.2 Tutkimuksen merkitys

Tutkimuksemme on sikäli merkittävä, koska aikaisempia tutkimuksia aiheesta on vähän. Vastauksia ei voi kuitenkaan yleistää, koska ne on kerätty pääkaupunkiseudun teho-osastoilta ja palveluasumisen yksiköistä ja, koska aineistonkeruussa käytetystä mittarista jätettiin taloudellinen osa-alue pois.

Tavoitteenamme oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta asenteistaan. Hoitohenkilökunta sai tietoa omista asenteistaan vastaamalla asennemittarin kysymyksiin sekä myöhemmin kuultuaan tutkimuksen tuloksista. Vaikka suurimmalla osalla hoitajista (80,5 %) oli melko positiiviset asenteet painehaavojen ehkäisemiseen, voi muun muassa lisäkoulutuksen tarvetta miettiä taustakyselylomakkeen viimeisen kohdan tuloksiin perustuen (kts taulukko 8). Yksiköiden lisäksi koulutuksien järjestäjät voivat tulosten perusteella miettiä, tarvitseeko painehaavojen ehkäisemiseen liittyviä koulutustilaisuuksia lisätä ja mitä niissä tulisi käsitellä. Painehaavoihin ja niiden ehkäisemiseen liittyvien tutkimusten ja suositusten saatavuutta voi myös osastoilla tarpeen mukaan lisätä. Koska opinnäyte-työmme tulosten mukaan hoitotyöntekijöiden asenteet ovat melko positiiviset, voisi osastokohtaisesti pohtia muita tekijöitä, joiden vuoksi painehaavojen ehkäisyssä on mahdollisesti haasteita.

Hoitohenkilökunnan asenteista painehaavojen ehkäisemiseen on tehty vain vähän tutkimuksia, ja painehaavat ovat yhteyskunnallinen ongelma. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Beeckman ym. 2011; Moore – Price 2004; Waugh 2014) on todettu hoitotyöntekijöiden asenteilla olevan merkittävä yhteys painehaavojen ehkäisyssä. Näiden vuoksi aiheesta on tarpeellista tehdä jatkotutkimuksia. Painehaavojen ehkäisemisestä on myös vähän tietoa, joten senkin vuoksi aihetta on hyvä tutkia lisää.

9.3 Johtopäätökset

1. Alle puolella vastaajista (36,0 %) oli positiiviset asenteet.
2. Suurimmalla osalla vastaajista (80,5 %) oli melko positiiviset asenteet painehaavojen ehkäisemiseen.
3. Hoitohenkilökunta oli hankkinut tietoa painehaavojen ehkäisemiseen osastojen omista ohjeista, useista eri lähteistä, internetistä sekä ammatti-/haavalehdestä.
4. Hoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta erityisesti haavanhoitotuotteista sekä psyykkisestä tilasta ja ravitsemuksesta painehaavojen ehkäisemisessä.

5. Eri toimintaympäristöissä työskentelevien hoitajien asenteissa oli hieman eroa. Asenteet olivat keskimäärin vähän paremmat palveluasumisen yksiköissä, mutta asenteet vaihtelivat niissä enemmän kuin teho-osastoilla.

Lähteet

Ahtiala, Maarit 2011. Jackson/Cubbin -painehaavan riskimittari. Haava: Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 14 (3). 12-15.

Ahtiala, Maarit – Hynninen, Nina – Iivanainen, Ansa – Kinnunen, Ulla-Mari – Seppänen, Salla – Tervo-Heikkinen, Tarja 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Suositusprosessin kuvaus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Löytyy sähköisessä muodossa. <<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>>.

Alvarez-Nieto, Carmen – Garcia-Fernandez, Francisco Pedro – Lopez-Medina, Isabel – Pancorbo-Hidalgo, Pedro 2006. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 54 (1). 94-110.

Asikainen, Paula – Koivunen, Marita – Luotola, Eija 2013. Painehaavojen ehkäisyn ja hoidon kehittäminen Satakunnan erikoissairaanhoidossa. Haava: Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 16 (4). 19-20.

Asikainen, Paula – Hautaoja, Päivi – Koivunen, Marita – Laine, Kirsi-Marja – Luotola, Eija 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa – pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. *Tutkiva hoitotyö* 12 (3). 14-22.

Avoimen haavan VPKM - väriluokitus helpperi 2011. Suomen Haavahoitoyhdistys ry. Verkkodokumentti. <http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf>. Luettu 9.5.2016.

Beeckman, Dimitri – Defloor, Tom – Demarré, Liesbet – Van Hecke, Ann – Vanderwee, Katrien 2010. Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies* 47. 1432-1441.

Beeckman, Dimitri – Defloor, Tom – Schoonhoven, Lisette – Vanderwee, Katrien 2011. Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 8 (3). 166–176. Löytyy sähköisessä muodossa.

BRADEN - asteikko painehaavariskin arviointiin. MediMattress. Verkkodokumentti. <http://www.medimattress.fi/images/02_pdf/Braden2010_1.pdf>. Luettu 14.4.2016.

Chipfuwa, Tirivanhu – Chironda, Keldine – Manwere, Ancia - Mukwamba, Maceline Mutsa 2015. Knowledge and Attitudes of Registered Nurses towards Pain Management of Adult Medical Patients: A Case of Bindura Hospital. *Health Science Journal* 9 (4). 1-5. Löytyy sähköisessä muodossa.

Hankkeen tausta. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.4.2017. <<http://www.hotus.fi/hankkeen-tausta-0>>. Luettu 4.4.2017.

Huomattavia säästöjä käytäntöjä yhtenäistämällä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.4.2017. <<http://www.hotus.fi/hotus-fi/huomattavia-saastojakaytantaaja-yhtenaistamalla>>. Luettu 9.3.2016.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kauppinen, Riitta-Leena 2013. Braden-riskimittari: käytännön kokemuksia Laakson sairaalasta. Haava: Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 16 (4). 26-27.

Ko, Arthur – Thiel, Linda 2016. Foreign Educated Registered Nurses' Attitudes toward Evidence-Based Practice: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Practice Applications & Reviews of Research* 7 (1). 14-20. Löytyy sähköisessä muodossa.

Korhonen, Marja – Kääriäinen, Tuula – Sihvonen, Tuula 2013. Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin haavanhoito-opas. Verkkodokumentti. <<http://www.esshp.fi/download.asp?id=7883&type=1>>. Luettu 9.5.2016.

Liu, Yun – Norman, Ian – While, Alison 2015. Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model. *Journal of Nursing Management* 23 (8). 965-971. Löytyy sähköisessä muodossa.

Moore, Zena – Price, Patricia 2004. Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing* 13 (8). 942-951. Löytyy sähköisessä muodossa.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. (Tekstiviitteenä NPUAP, EPUAP 2014). Löytyy sähköisessä muodossa. <<http://www.shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2015.pdf>>.

Salminen-Peltola, Päivi 2013. Painehaavapotilaan leikkaushoito. Haava: Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 16 (4). 8-11.

Soppi, Esa 2010. Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Katsaus. Verkkodokumentti. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98591>. Luettu 23.3.2016.

Soppi, Esa 2013. Painehaavan synnyn mekanismeja. Haava: Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 16 (4). 6-7.

Soppi, Esa 2014. Ehkäise painehaavojen syntyminen. *Suomen lääkärilehti* 69 (43). 3038. Löytyy sähköisessä muodossa.

Waugh, Shirley 2014. Attitudes of Nurses Toward Pressure Ulcer Prevention: A Literature Review. *MEDSURG Nursing* 23 (5). 350-357. Löytyy sähköisessä muodossa.

Taustakyselylomake

PAINEEHAAVAOSAAMINEN/ Yksikön numero _____ (tutkija täyttää)

Vastaa alla oleviin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan tai valitsemalla mielestäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Kysymyksissä tiedustellaan taustatietojasi

1. Työskentelen
1. Palveluasumisen yksikössä
 2. Teho-osastolla
 3. Muualla, missä _____

2. Työtehtäväni
1. Osastonhoitaja/ vastaava hoitaja
 2. Sairaanhoitaja
 3. Lähi- tai perushoitaja
 4. Muu hoitaja, mikä _____

3. Olen toimipisteeni haavahoitaja

1. Kyllä
2. En

4. Olen Suomen Haavahoitoyhdistyksen auktorisoitu haavahoitaja

1. Kyllä
2. En

Lukumäärä

5. Yksikössäni työskentelee
1. Osastonhoitaja/vastaava hoitaja _____
 2. Sairaanhoitaja _____
 3. Lähi-/ perushoitaja _____
 4. Haavahoitaja _____
 5. Muu, mikä _____
- _____

6. Yksikössämme oleva potilas-/ asukasmäärä tällä hetkellä _____

Lukumäärä

7. Yksikössämme on tällä hetkellä
1. I-asteen painehaavoja _____
 2. II-asteen painehaavoja _____
 3. III-asteen painehaavoja _____
 4. IV-asteen painehaavoja _____

Lukumäärä

8. Yksikössämme on tällä hetkellä painehaavapotilaita _____

9. Keskimääräinen aika, jonka potilas/ asukas on yksikössämme __päivää__kk__v

10. Työkokemukseni terveydenhuoltoalalla ammattiin valmistumisen jälkeen ____v ____ kk

11. Työkokemukseni nykyisessä yksikössäni _____ v _____ kk

12. Kuinka usein työssäsi olet tekemisissä painehaavojen ehkäisyn kanssa?

1. Päivittäin
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Harvemmin, miten usein _____

13. Kuinka usein hoidat painehaavapotilaita?

1. Päivittäin
2. Viikoittain
3. Kuukausittain
4. Harvemmin, miten usein _____

14. Kuinka monta kertaa olet viimeisen kahden vuoden aikana (vuosina 2014- 2016) ollut painehaavoja koskevassa koulutuksessa?

_____kertaa

15. Kuinka usein olet lukenut painehaavojen ehkäisemiseen tai hoitoon liittyviä tutkimusartikkeleita viimeisen kahden vuoden aikana (vuosina 2014- 2016)?

_____kertaa

16. Kuinka usein olet lukenut painehaavojen ehkäisemiseen tai hoitoon liittyviä ammatillisia artikkeleita viimeisen kahden vuoden aikana (vuosina 2014- 2016)?

_____kertaa

17. Oletko lukenut painehaavojen ehkäisemiseen ja varhaiseen tunnistamiseen liittyviä painehaavojen suosituksia?

1. Kyllä, mistä _____
2. En

18. Asteikolla 0 - 10, kuinka paljon koet tarvitsevasi lisäkoulutusta kustakin luetellusta aihealueesta? (0 = ei lainkaan, 10 = erittäin paljon)

1. Painehaavojen riskitekijät
2. Painehaavojen ehkäisemisen suositukset
3. Ravitsemus painehaavojen ehkäisemisessä
4. Asentohoito painehaavojen ehkäisemisessä
5. Apuvälineet painehaavojen ehkäisemisessä
6. Psyykinen tila painehaavojen ehkäisemisessä
7. Ihon kunto/ hoito painehaavojen ehkäisemisessä
8. Painehaavaluokat
9. Potilaan ohjaus painehaavojen ehkäisemisessä
10. Omaisen ohjaus painehaavojen ehkäisemisessä
11. Kirjaaminen painehaavojen ehkäisemisessä
12. Haavanhoitotuotteissa
13. Muu, mikä _____

Saattekirje

Helsinki 16.5.2016

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelemme Metropolia AMK:ssa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan asenteita painehaavojen ehkäisemiseen. Tavoitteenamme on lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta omista asenteistaan painehaavojen ehkäisemiseen. Opinnäytetyöstämme on hyötyä hoitohenkilökunnalle sekä yksiköiden esimiehille: asenteiden selvittämisellä osastot saavat tietoa hoitohenkilökunnan asenteista, keskustelu asenteista ja työympäristöstä voi lisääntyä ja hoitohenkilökunnalle voidaan järjestää mahdollisesti lisäkoulutusta.

Toteutamme tutkimuksen kyselytutkimuksena, johon kutsumme osallistumaan yliopistollisen sairaalan neljän tehohoito-osaston sekä seitsemän pääkaupunkiseudulla sijaitsevan palveluyksikön kaikki lähi-, perus- ja sairaanhoitajat sekä osastonhoitajat. Aineisto kerätään aikaisemmin kehitetyllä ja testatulla kansainvälisellä kyselylomakkeella. Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia ja täytetyt lomakkeet palautetaan osastolle tuotuun kirjekuoreen. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja se tapahtuu anonymisti. Vastaaminen on tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksessa noudatetaan salassapitovelvollisuutta ja vastaukset säilytetään asianmukaisesti. Vastausaika on kaksi viikkoa, minkä jälkeen haemme osastolta vastaukset. Opinnäytetyötämme ohjaa THT, yliopettaja, dosentti Elina Haavisto.

Vastaamme mielellämme kaikkiin kysymyksiin tutkimukseen liittyen.

Ystävällisin terveisin,

Mirjam Shamaa (mirjam.shamaa@metropolia.fi)

Satu Vähämöttönen (satu.vahamottonen@metropolia.fi)