

Metti Leppänen, Liisa Piippo

# Sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Hoitotyö

Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö

Toukokuu 2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Liisa Piippo, Metti Leppänen Sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla 26 sivua Toukokuu 2018
Tutkinto	Sairaanhoidaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoidaja
Ohjaaja	Montin Liisa, lehtori, TtT, sh
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Metropolian AMK:n ja Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin kanssa.</p> <p>Tässä työssä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, johon tutkimusaineisto kerättiin haastatteluina neljältä osastolta. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, josta jokaiselta osastolta haastatteluun osallistui 2-4 sairaanhoidajaa. Haastattelujen kesto vaihteli 30-45min välillä. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun ja osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastattelut nauhoitettiin tulosten analysointia varten. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Haastattelun analyysissä alkuperäiset tekstit pelkistettiin ja lokeroitiin kategorioihin. Näistä muodostui seitsemän alakategoriaa. Alakategoriat yhdistettiin vielä kahdeksi yläkategoriaksi. Yläkategorioiden luokat olivat sairaanhoidajan osaaminen sekä potilaan yksilölliset tekijät.</p> <p>Sairaanhoidajan osaamiseen yhdistyivät hyvä leikkausasento, pehmusteiden käyttö, apuvälineiden käyttö sekä hoitovälineiden sijainti ja kiinnitys. Potilaan yksilöllisiin tekijöihin yhdistyi verenkierron ylläpitäminen, ihon kunto sekä aktiivinen ja passiivinen liikunta.</p> <p>Kokonaisuudessaan tuloksia voidaan tulkita, että sairaanhoidajien kokemusten mukaan leikkausasento oli tärkeimpiä ehkäisykeinoja. Myös apuvälineiden käyttö ja pehmustaminen olivat suuressa asemassa potilaan hoidossa. Haasteita painehaavojen ehkäisyyn toivat eri kestoiset leikkaukset sekä erilaiset leikkausasennot.</p>	
Avainsanat	Leikkaus- ja anestesiaosasto, ennaltaehkäisy, painehaava

Author(s) Title Number of Pages Date	Liisa Piippo, Metti Leppänen Nurses' experiences on preventing pressure ulcers in Operating and Anesthesia Units 26 pages May 2018
Degree	Bachelor of Thesis
Degree Programme	Nursing and health care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe nurses' experiences with pressure ulcer prevention in operation and anesthesia units. This thesis was written in collaboration with Metropolia University of Applied Sciences and the hospital district of Helsinki and Uusimaa.</p> <p>This study was conducted through a qualitative research method. Registered nurses from four different operational and anesthesia units participated in group interviews. Interviews were carried out using a semi-structured interview method. Two to four nurses from each ward were interviewed in a short, 30-45 minute conversation. The interviewees signed a written consent before the interview and participation was voluntary. The interviews were recorded for the analytical process. The material was analyzed by using an inductive content analysis.</p> <p>The original interview dialogue was simplified and categorized into seven subcategories. These subcategories were further combined into two main categories, factors concerning the nurse's skills and factors unique to the patients.</p> <p>Nurse's skills included factors such as correct surgical positioning, use of cushioning materials, use of pressure redistribution devices, and the correct positioning of external treatment equipment. Factors unique to patients included maintaining good circulation, condition of the patient's skin, and active and passive movement.</p> <p>In conclusion, it can be said that an important preventative measure from registered nurses' experience was posture care. The usage of repositioning devices and cushioning materials also had a significant role in patient care. The greatest challenges to preventing pressure ulcers came from the patient's operational posture and the length of the operational procedure.</p>	
Keywords	Pressure ulcer, pressure ulcer prevention, nurses experiences,

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Painehaava	2
2.1	Painehaavan luokitus	2
2.2	Painehaavan syyt ja seuraukset	2
2.3	Painehaavan ehkäisymenetelmät ja painehaavariskin arviointi	3
3	Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa	5
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kysymykset	6
5	Opinnäytetyön toteutus	7
5.1	Teemahaastattelu	7
5.2	Aineiston keruu	8
5.3	Aineiston analysointi	9
6	Tulokset	11
6.1	Sairaanhoitajan osaaminen	11
6.1.1	Hyvä leikkausasento	12
6.1.2	Pehmusteiden käyttö	12
6.1.3	Apuvälineiden käyttö	13
6.1.4	Hoitovälineiden sijainti ja kiinnitys	13
6.2	Potilaan yksilölliset tekijät	13
6.2.1	Verenkierron ylläpitäminen	14
6.2.2	Ihon kunto	14
6.2.3	Aktiivinen ja passiivinen liikunta	14
7	Pohdinta	15
7.1	Tulosten tarkastelu	15
7.2	Luotettavuuden pohdinta	16
7.3	Eettisten näkökulmien pohdinta	18
7.4	Yhteenveto	19
	Lähteet	20

## 1 Johdanto

Painehaavoilla tarkoitetaan paikallisesti iholla tai sen alla esiintyvää verenkierron häiriötä. Ihon rikkoutuessa potilas on alttiimpi esimerkiksi mikrobeille ja säteilylle, jolloin potilaan infektioriski suurenee. (Terveyskirjasto 2016; Koivunen - Luotela - Hautaoja - Laine - Asikainen 2014: 14.) Pahimmassa tapauksessa se voi johtaa jopa potilaan kuolemaan. Sairaalahoidossa esiintyviä painehaavojen muodostumisia pyritään välttämään hyvällä ja tarpeellisella hoidolla. Normaalisti ihminen liikkuu itsenäisesti ja vaihtaa kehon asentoa luonnostaan. Kuitenkin joskus ihmisen liikkuvuus on rajoittunut tilapäisesti tai kokonaan sairauden vuoksi. Tällöin paine voi kohdistua kudokseen liian pitkäksi ajaksi, joka saa aikaan hapenpuutteen ja painehaavan muodostuminen ihoon alkaa kehittyä. Jo kahden tunnin liikkumattomuus voi saada aikaan liiallista painetta. (Soppi 2016; Koivunen ym. 2014: 14-15.)

Painehaavat vaikeuttavat hyvin menneen leikkauksen jälkeistä hoitoa, jonka seurauksena potilas voi joutua viettämään enemmän aikaa osastolla ja paraneminen hidastuu. Suomessa painehaavojen esiintyvyys on noin 5-15% potilaista. Painehaavat ovat valittavan yleisiä ongelmia varsinkin akuuttihoitopotilailla sekä iäkkäillä potilailla. (Soppi 2014.) Painehaavojen hoito on kallista yhteiskunnalle, sillä niiden aiheuttamat kustannukset koko terveydenhoitomenoista on 2-3%. Kokonaiskustannukset ovat Suomessa 350-520 miljoonaa euroa vuodessa. Painehaavat asettuvatkin kymmenen sairausryhmän joukkoon, jotka aiheuttavat eniten kustannuksia. Ennaltaehkäisyllä kustannukset saataisiin pidettyä huomattavasti matalampana. (Soppi 2016.) Painehaavojen ehkäisykustannukset olisivat vain 10% hoitokustannuksiin verrattuna (Kinnunen - Ahtiala - Hynninen - Iivanainen - Seppänen - Tervo-Heikkinen 2015).

Vuonna 2016 Helsingin ja Uudenmaan sairaaloissa suoritettiin leikkauksia yhteensä noin 88 000 (Sjöholm 2017). Tämän työn tarkoitus oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla. Tavoitteena on, että tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä leikkaus- ja anestesiaosastoilla.

## 2 Painehaava

### 2.1 Painehaavan luokitus

Painehaavat ovat tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla sijaitseva ihon päällä tai sen alla oleva kudoksen vaurio. Painehaava syntyy paineen tai paineen ja venytyksen takia iholle. Painehaavan muodostuminen voi alkaa jo parin tunnin liikkumattomuuden seurauksena. (EPUAPN, NPUAP 2009.) Painehaava syntyessään aiheuttaa painekohdan ihoon punoitusta. Punoituksen jälkeen kudus turpoaa ja pahimmillaan iho rikkoutuu. Painehaava on potilaalle useimmiten kivulias. Pidemmälle edetyssä rikkoutuvassa ihossa kehittyy kraatterimainen syvä haava sekä useimmiten siitä seuraa bakteeritulehdus. Hoitamaton haavainfektio voi johtaa sepsikseen eli verenmyrkytykseen. (Lumio 2016.)

Painehaavojen vaikeusastetta voidaan arvioida luokittelun avulla. Painehaavoille on suunniteltu yhtenäinen luokittelu, jotta arviointi olisi kansainvälisesti yhtenäistä ja selkeää. NPUAP ja EPUAP ovat luoneet järjestelmän yhteistyössä keskenään. Painehaavat voidaan siis luokitella neljään luokkaan. Ensimmäisen asteen luokituksessa iho on ehjä, jossa esiintyy punoitusta paikallisesti. Alue voi olla arka kosketukselle sekä olla kova ja kuumottava. Tummaihoisella painehaavan havaitseminen voi olla vaikeampaa, koska värimuutosta ei näe selkeästi. Toisen asteen luokituksessa iho on pinnallisesti rikkoutunut tai rakkulamainen. Tämä ihon pinnallinen vaurio voi ylettyä epidermikseen (orvaskesi) tai dermikseen (verinahka) asti. Haavassa ei esiinny katteisuutta. Kolmannen asteen luokituksessa kyseessä on jo kokonaan ihon läpäisevä vaurio, mutta jänne, luu tai lihas eivät ole paljaana. Haavassa voi olla onkalomaisia koloja. Riippuen subkutaanisen rasvan määrästä, voi painehaava olla hyvinkin syvä. Neljännen asteen painehaavassa ihon läpi menevä laaja rikko paljastaa myös luuta, jännettä tai lihasta. Haavassa esiintyy usein nekroosia sekä katteisuutta. Luokittelemattomassa painehaavassa syvyys on epäselvä, johtuen haavakatteen liiallisesta määrästä. (EPUAPN, NPUAP 2009.)

### 2.2 Painehaavan syyt ja seuraukset

Painehaavan syntymisen tekijänä pidetään painetta, joka kohdistuu alustan ja luu-ulokkeen väliin (Soppi 2010: 264). Ihoalueella luu painaa ihoa, jolloin normaali verenkierto estyy (Lumio 2016). Kirurgisessa toimenpiteessä yleisien riskitekijöiden lisäksi painehaa-

vojen syntyyn vaikuttavat toimenpiteen kesto, puutteellinen nesteytys, verenpaine, heikentynyt verenkierto ja hapenpuute, kehon lämpötilan lasku, ravitsemus ja nesteytys ennen leikkausta, makuualustan laatu ja leikkausasento (Hietanen - Juutilainen 2012: 313). Eri kudokset reagoivat eri tavoin paineen aiheuttamiin vaurioihin (Soppi 2010: 264).

Yleisimmät paikat painehaavojen syntyyn ovat lonkat, alaselkä, pakarat ja kantapäät (Lumio 2016). Painehaavojen syntyvyyden nopeus vaihtelee muutamasta tunnista useaan päivään. Painehaavan syntyvyys on monimutkaista sekä eri asteiset haavat syntyvät erilaisilla mekanismeilla. (Soppi 2010: 261; Lumio 2016.) Suurimmassa riskissä saada painehaavoja ovat vanhukset ja henkilöt joiden liikuntakyky on huonontunut tilapäisesti tai kokonaan. Jotkin sairaudet heikentävät kykyä kestää painehaavojen syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. (Soppi 2010: 261.)

### 2.3 Painehaavan ehkäisymenetelmät ja painehaavariskin arviointi

Painehaavat ovat yleensä ehkäistävissä, jos huomataan ajoissa potilaan yksilölliset painehaavariskiä suurettavat tekijät. Ehkäisymenetelmiin kuuluvat haavariskin arviointi, ihon kunnon seuranta ja hoito, ravitsemustilan arviointi sekä erikoisapuvälineet ja asentohoito. (Hietanen - Juutilainen 2012: 312.) Esimerkiksi ihon arvioimisessa huomioidaan punoitus, turvotus, lämpötila ja kudoksen kiinteyden muutos suhteutettuna ympäröivään ihoon sekä kudokseen (Kinnunen ym. 2015). Tärkein painehaavojen ehkäisykeino on paineen poistaminen, joka voi olla kudoksiin kohdistuvaa paikallista tai laajemmalle alueelle ulottuvaa. Painetta pyritään helpottamaan sekä poistamaan hoitomenetelmillä, asennonvaihoilla, tukipinnoilla ja apuvälineillä. Tukipintoja ovat muun muassa patjan päällysteet, patjat, istuinalusta sekä kevennysalustat. (Hietanen - Juutilainen 2012: 312.) Asentohoidon toteuttamisessa voidaan käyttää tyynyjä, joilla ehkäistään raajojen painuminen toisiaan vasten. Nostoissa ja siirroissa voidaan käyttää nosturia, nostoliinaa, siirtymä- ja liukulakanaa, siirtovyötä tai siirto- ja kääntöelineitä. Erilaisilla patjoilla ja patjojen materiaaleilla voidaan vaikuttaa painehaavojen syntyyn ehkäisevästi. Patjat voidaan jakaa passiivisiin ja aktiivisiin erikoispatjoihin. Passiiviset erikoispatjat muovautuvat kehon muotojen mukaan, joita ovat esimerkiksi vaahtomuovipatjat, vaahtogeelipatjat ja vaahtogeeliset päällyspatjat. Aktiivisissa erikoispatjoissa on moottoroitu paineenkevennysjärjestelmä, jotka rakentuvat ilmatäytteisistä kennoista. (Hietanen - Juutilainen 2012: 319-322.)

Jotta painehaavan tekijöitä tunnistettaisiin, on luotu lukuisia erilaisia painehaavariskin arviointimittareita. Tunnetuimpia sekä parhaiten tutkituimpia riskiluokituksen mittareita ovat Norton ja Braden -mittarit. (Lauri 2003: 86.) Mittarit ovat ensisijaisesti suunnattu akuutti- tai pitkäaikaishoidossa oleville aikuispotilaille (Hietanen - Juutilainen 2012:312). Mikään mittari ei pysty täysin ennustamaan painehaavaan vaaraa, vaan mittareiden käyttö on osa riskin arviointia. Mittareiden riskien samanarvoinen arviointi vaihtelee eri potilasryhmissä. Painehaavariskimittareissa olevia riskitekijöitä ovat liikuntakyky, ravitsemus, terveydentila, ihon kunto, kosteus sekä kitka ja kudosten venyminen. Painehaavan syntymisen vaaraa lisäävät myös korkea tai matala painoindeksi, tupakointi, psyykkiset tekijät sekä paikallista verenkiertoa heikentävät tekijät. Esimerkiksi hoitajien väärä nostotekniikka tai potilaan liukuminen tuolissa tai sängyssä voi aiheuttaa ihon venymistä. Nämä nostavat riskiä painehaavan alulle. (Hietanen - Juutilainen 2012: 312-318; Lauri 2003: 84.) Painehaavariskien arvioinnissa tarkoituksena on pisteyttää potilas, kun hän saapuu hoitoon. Pisteytyksen avulla hoitajat aloittavat tarvittaessa asentohoidon sekä apuvälineiden käytön. Mitä alhaisemmat pisteet potilas saa, sen suurempi riski hänellä on saada painehaava. (Juutilainen - Hietanen 2012: 313.)

Yleisin käytetty riskimittari on Braden mittari. Bradenin mittarin asteikkoon kuuluu kuusi tekijää, jotka ovat tuntoaisti, aktiivisuus, liikkuvuus, ravitsemus, kosteus ja kudoksen venyminen (Juutilainen - Hietanen 2012: 313). Braden mittari on parhaiten sairaalapotilailla validoitu mittari. Tämän johtuu mittarin ominaisuuksista, koska se kuvaa myös kudosten venyttämistä ja hankautumista, huomioi ravitsemusta sekä tuntoaistia toisin kuin muut mittarit. (Soppi 2010; Lauri 2003: 85-86.)

Vanhin käytetty mittari on Nortonin mittari. Mittari kehitettiin vuonna 1962, mutta on myöhemmin vuonna 1987 muokattu tarkemmaksi. Alkuperäinen mittari koostuu viidestä tekijästä, jotka ovat henkinen tila, fyysinen kunto, toiminta- ja liikuntakyky ja inkontinenssi. Uudistuksena lisättiin vielä vuonna 1987 osatekijöihin yleinen terveydentila sekä ruoan ja juoman saanti. Riskiarvio tehdään yleensä heti potilaan hoidon alkaessa. Arvio toistetaan hoidon aikana suunnitelman mukaan sekä arvio tehdään aina uudelleen, jos potilaan terveydentilaan, liikuntakykyyn tai aktiivisuuteen tulee muutoksia. (Hietanen - Juutilainen 2012: 312-318.)



### 3 Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa

Painehaavojen ehkäisyä tutkittiin sairaalan vuodeosastolla, jossa tutkimus tehtiin interventio-osaston ja vertailuosaston kesken. Osastolla tutkittiin tietämystä painehaavojen hoidosta ennen ja jälkeen intervention. Tietotestiin vastasi ennen interventiota 37 hoitajaa ja sen jälkeen 30 hoitajaa. Ensimmäisen kyselyn jälkeen kokonaiskeskiarvo (asteikko 4-10) oli kaikilla hoitajilla 7.8 ja interventio jakson jälkeen 8.1. Tutkimuksessa huomattiin, että puutteita oli molemmilla osastoilla eniten painehaavapotilaiden ravitsemuksessa. Parhaiten hoitajat tiesivät ihon kuntoon liittyviä ehkäiseviä menetelmiä. Sairaanhoidajat sekä lähihoitajat kokivat omat taidot painehaavojen ennaltaehkäisyssä riittäväksi jo ennen tutkimusta. Intervention jälkeen kummankin osastonhoitajien tiedot painehaavoista olivat joko yhtä hyvät tai paremmat. Koulutuksen painehaavojen ehkäisyyn oli käyneet kaikki hoitajat viimeisen kahden vuoden aikana. (Eriksson – Mattila – Rekola 2011: 8-10, 20-22.)

Painehaavojen ehkäisyä, osaamista sekä koulutustarpeita on tutkittu myös viidellä eri erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Tutkimukseen osallistui 66 hoitajaa. Tutkimuksessa havaittiin, että hoitajien osaaminen oli kohtalaisella tasolla. Kouluarvosanoilla (asteikko 4-10) keskiarvoksi saatiin 7,31. Painehaavojen ehkäisyyn itsearviointissa parhaiten hoitajat osasivat asentohoidon ja heikointa hoitajien osaaminen oli psyykkisen tilan arvioinnissa. Tietotestin tulosten mukaan huonoiten hoitajat tiesivät painehaavaluokitukset. Parhaiten hoitajat kokivat haavasta painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät. Suurin koulutuksen tarve koettiin apuvälineiden käytössä. Tutkimuksessa huomattiin, että hoitohenkilökunta ei välttämättä tiedosta omia puutteita hoidon osaamisen ja hyvän ehkäisyssä kannalta. Tutkimus vahvisti, että hoitajien taitoja pitäisi ylläpitää ja kehittää koulutuksilla. (Koivunen - Luotela - Hautaoja - Laine - Asikainen 2014.)

Hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisyssä on tutkittu erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Haluttiin tutkia hoitohenkilökunnan osaamista painehaavojen ehkäisyssä ja pidettyjen koulutusinterventioiden merkitystä osaamiseen. Koulutuksen tuloksissa huomattiin, että alkukartoituksen vaiheessa hoitohenkilökunta koki tarvitsevänsä eniten koulutusta apuvälineiden käytössä ja toiseksi eniten koulutusapua tarvittiin yleisesti painehaavojen ehkäisyssä. Vähiten alkuvaiheessa tarvittiin koulutusta asentohoidossa, kirjaamisessa sekä psyykkisen tilan huomioimisessa. Seurantavaihe toteutuksessa eniten koulutusta koettiin tarvittavan apuvälineiden käytössä, ravitsemuksessa

sekä kirjaamisessa. Vähiten koulutusta koettiin tarvitsevan asentohoidossa sekä psyykkisen tilan huomioimisessa. Sairaanhoidajien osaamisen alku kartoituksessa, että seurantavaiheessa huomattiin vahvimpana osa-alueena asentohoito ja painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät. Lisäksi seurantavaiheen vahvuuksiin kuului ihon kunto painehaavojen ehkäisyssä ja painehaavojen ehkäisy yleensä. Heikoiten alkukartoituksessa osaaminen oli psyykkisen tilan huomioinnissa sekä ravitsemuksessa. Seurantavaiheen heikoin osa oli psyykkisen tilan huomioinnissa ja potilaan/omaisten ohjauksessa painehaavojen ennaltaehkäisyyn. (Koivunen - Luotola - Hjerppe - Kauko - Asikainen 2017: 53-59.)

Ulkoisten painehaavojen muodostumista on tutkittu myös leikkaussalissa. Tarkoituksena tässä tutkimuksessa oli selvittää yli kolmen tunnin kestävien leikkauksien yhteyttä painehaavojen kehittymisen esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. Yli kolmen tunnin leikkauksissa potilaan riskit painehaavan saamiseen kasvoivat huomattavasti. Potilaan pehmustamisella sekä korotuksilla oli merkitystä painehaavojen syntyyn. Riskialueita suojattiin tyyntyillä, vaahtomuovilla sekä geelityynyillä. Tuloksista selvisi, että kantapäiden korottaminen ilmaan vähensi painehaavojen syntyä. Oli kuitenkin huomioitava paineen kohdistamista sacrumin alueelle. (Primiano, Friend, McClure, Nardi, Scott; Schafer, Savochka & McNett 2011: 555-557.)

Toisessakin tutkimuksessa tutkittiin painehaavojen ehkäisymenetelmiä leikkaussali- ja tehohoitoyksiköissä. Tuloksista tärkeimmäksi nousi asentohoidon merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Ehkäisykeinoina huomioitiin myös ihon kosteus, potilaan ohjaus sekä hieronta. Tuloksissa myös kerrotaan, että sairaanhoidajien osaamista painehaavojen hoidossa voitaisiin parantaa koulutuksilla. (Amir – Lohrmann – Halfens – Schols 2017.)

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kysymykset**

Tämän työn tarkoituksena on kuvailla sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla. Tavoitteena on hyödyntää saatuja tuloksia hoitotyössä leikkaus- ja anestesiaosastoilla.

Tutkimuskysymys:

- Millaisia kokemuksia sairaanhoidajilla on painehaavojen ehkäisystä leikkaus- ja anestesiaosastoilla?

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelussa on laadittu valmiit teemat tai aihepiirit. Haastattelun toteutusta ei ole järjestelty vaan kysymyksiä voidaan muotoilla ja tarkentaa tai kysymysten järjestystä voidaan muuttaa. Tutkija pyytää osallistujia keskustelemaan annetusta tutkimuskysymyksestä ja tutkija puuttuu keskusteluun vain esittääkseen tarkentavia kysymyksiä tai palauttaakseen keskustelun kohdistettuun aiheeseen. Haastatteluissa korostuu osallistujien asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. Haastattelussa on etuja ja haittoja. Etuja ovat muun muassa joustavuus aineiston keruussa, laaja-alaiset vastaukset, saadun tiedon syventäminen, mahdollisuus vastauksien täydentämiseen jälkeinpäin sekä aiheiden arkuus ja vaikeus. Haittoja ovat muun muassa virhelähteet, haastattelu on hidasta ja haastattelijan on haastavaa oppia haastattelijan rooliin. (Kankkunen - Julkunen 2013: 124-128.)

Ennen haastattelun aloittamista tulee huomioida tarvittavat välineet, muun muassa toimiva nauhuri, muistiinpanovälineet sekä muistiinpanot haastattelua ohjaavista kysymyksistä. Tärkeintä on, että haastattelutilanne dokumentoidaan riittävän huolellisesti analyysivaihetta varten. Vuorovaikutus haastattelutilanteessa on selkeää ja ymmärrettävää ilman ammatti- ja teoriatermejä. Luottamussuhteen rakentamiseksi haastattelutilanteissa kerrotaan tutkimuksen toteutumisesta ja tarjotaan haastateltaville mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyvistä asioista. Haastattelun tilan valintaan on kiinnitettävä huomioita. Tila on rauhallinen, häiriötön, turvallinen sillä luottamuksellinen ilmapiiri muodostuu tilan luonteesta. Myös haastateltaville miellyttävä ja tuttu paikka hyödyttää haastattelutilanteen kehittymistä. (Kylmä - Juvakka 2007: 90-92.)

Haastattelussa tutkija on vastuussa haastattelun kulun säätelämisestä ja siitä että haastattelu pysyy annetussa aiheessa. Jos haastattelussa poiketaan aiheesta, haastattelija palauttaa haastateltavan aiheeseen lempeästi ja varmasti. Pitkäksi venyvä haastattelu voi uuvuttaa haastateltavat kuin haastattelijan, joka voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta sekä eettisyyttä. Haastattelu päätetään tietoisesti ja vähitellen. Ennen haastattelun lopettamista varmistetaan haastateltavilta, onko heidän mielestä kaikki aiheen kannalta tärkeät näkökulmat käsitelty. (Kylmä - Juvakka 2007: 93-94.)

Tässä työssä aineisto kerättiin nauhoittamalla haastattelut. Haastattelunauhut litteroitiin kirjalliseksi tuotokseksi analysointia varten. Kirjallinen tuotos analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmin. Haastattelutilanteissa kirjattiin muistiinpanoja ja huomioita, joita pystyttiin hyödyntämään tulosten analyysissa. Haastattelutilanteita oli neljä ja jokainen kesti vajaan tunnin.

## 5.2 Aineiston keruu

Tässä työssä aineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neljän eri sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Aineisto kerättiin haastatteleamalla osastojen sairaanhoitajia ryhmähaastatteluna. Haastatteluihin osallistui jokaiselta osastolta 2-4 sairaanhoitajaa.

Leikkaus- ja anestesiaosastot, joissa aineisto kerättiin, kuuluvat HUS:n ja HYKS sairaanhoitoalueeseen. Leikkaus- ja anestesiaosastoilla tehtiin ortopedian, traumatologian, urologian, verisuoni-, vatsaelin-, plastiikka-, sydän-, keuhko-, maksa-, suu- ja leukakirurgian, endokriinisen kirurgian sekä päivystyksellisiä leikkaustoimenpiteitä. Haastattelun tarkoituksena oli esittää sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen keskustelut koottiin yhteen. Kootut keskustelut auttoivat tulosten analysoinnissa. Haastattelut pidettiin osaston tiloissa ja tiloissa huomioitiin häiriöttömyys ja rauhallisuus.

Aineiston keräämisen tarkoituksena on, että tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulma tulee esille. Haastattelukysymys ohjaa haastattelua. Haastattelijalla palauttaa keskustelun annettuun aiheeseen, jos keskustelu ajautuu pois aihealueesta. Haastattelijalla arvioi kysymysten määrää sekä seuraa haastattelijoiden kykyä tuottaa vastauksia. (Kylmä - Juvakka 2007: 93-94.) Haastatteluissa sairaanhoitajien keskustelu poikkesi väliillä annetusta aiheesta, jolloin keskustelu palautettiin annettuun aiheeseen tarkentavia kysymyksiä käyttäen.

Selkeän haastattelun etenemiseen kuuluu suunnittelu, jossa haastattelijat sopivat etukäteen roolinsa haastattelijoina. Toinen haastattelijalla on päähaastattelijalla, joka haastattelee, ohjaa ryhmädynamiikkaa ja aktivoi. Toinen haastattelijalla toimii avustajana, joka tekee muistiinpanoja, havaintoja ja huolehtii teknisten apuvälineiden käytöstä. (Koskinen – Jokinen 2001: 306.) Tässä työssä haastattelijoiden roolit sovittiin ennen haastattelun alkua.

Päähaastattelija ohjasi keskustelua ja palautti keskustelun tarvittaessa annettuun aiheeseen. Avustaja huolehti teknisen apuvälineen käytöstä. Molemmat esittivät sovitusti tarkentavia kysymyksiä ja tekijät havaintomuistiinpanoja.

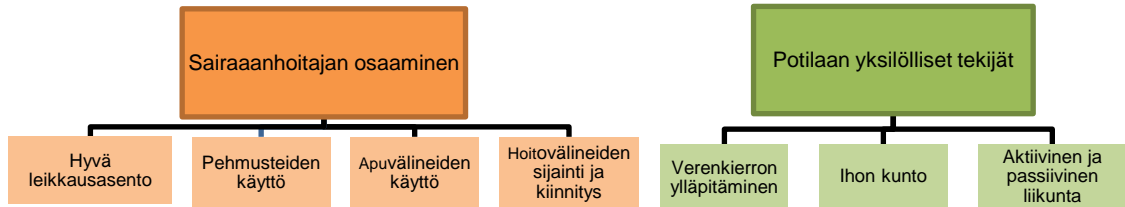
### 5.3 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Analyysin teko velvoittaa tietynlaista alkutyöskentelyä. Aineistojen analyysi aloitetaan litteroimalla eli haastattelun nauhoitus puretaan tekstin muotoon. Tavallisesti nauhoitettu materiaali kirjoitetaan tekstiksi sana sanalta, mutta tekstistä voidaan myös pyrkiä löytämään ja erottamaan tutkimusongelman kannalta olennaiset asiat. Tutkimuksen tuloksista voidaan muodostaa tiivistetty kuvaus. Analyysin alkuvaiheessa voidaan pohtia myös, tarvitseeko nauhojen purkamista tekstiksi lainkaan tai mitkä haastattelun piirteet kuvataan ja mitkä voidaan unohtaa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 163-164.)

Aineistolähtöisessä eli Induktiivisessa sisällönanalyysissä jaotellaan sanoja teoreettisen merkityksen perusteella. Tämän perustuu aineistolähtöiseen päättelyyn, mitä tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Tutkimusaineiston kokoamisessa huomioidaan, ettei analyysia ohjaa aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoria. Analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, rytmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 167-168.) Tässä työssä aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Nauhoitukset kirjoitettiin kirjalliseksi tuotokseksi alkuperäisessä muodossaan. Alkuperäiset ilmaukset säilytettiin, jolloin tulosten analysointi oli selkeämpää. Haastatteluaineisto jaoteltiin tutkimuskysymyksen mukaan. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
"Saisi ... lääkintävahtimestarin meidän kanssa laittamaan ... vaikeisiin asentoihin"	Asento	Hyvä leikkausasento	Sairaanhoitajan osaaminen
"...ettei tuu ääriasentoja..."	Ääriasento		
"Kylkiasennossa laitetaan ... haavalappu ... kylkeen"	Pehmuste	Pehmusteiden käyttö	
"...käytetty tyynyjä polvien alla"	Tyynyt		
"...pehmustetaan ... kolmitiehanat..."	Kolmitiehana		
"Me käytetään siirroissa ... siirtolevyä"	Siirtolevy	Apuvälineiden käyttö	
"Meillä on ... siirtolakanat"	Siirtolakana		
"Aika paljon korkeja ... löytyy potilaan ... välistä"	Hoitovälineen huomioiminen	Hoitovälineiden sijainti ja kiinnitys	
"...tippaletkuja ja piuhaa ... kaapeleita ... siirretään paikasta toiseen..."	Letkujen huomioiminen		
"Pitää potilaat lämpiminä ja ... lämmitetyt nesteet"	Lämmitetyt nesteet	Verenkierron ylläpitäminen	Potilaan yksilölliset tekijät
"Tasolla lämpöpeitto"	Lämpöpeitto		
"Leikkauksen aikana pystytään näkyviä kohtia katsomaan ... käsiä tai niskaa ... jalkoja"	Ihon seuranta	Ihon kunto	
"...ettei iho ole kostea..."	Ihon kosteus		
"Kehotetaan heräämössä liikkumaan ... potilaat luulevat ettei saa liikkua"	Liikkuminen	Aktiivinen ja passiivinen liikunta	
"...jos on intuboitu potilas ... asennon vaihto parin tunnin välein"	Asennon vaihtaminen		



Kuvio 1. Painehaavojen ehkäisykeinojen kokemuksien kaksi yläluokkaa ja seitsemän alaluokkaa

## 6 Tulokset

Työn tulokset jaettiin kahteen pääluokkaan ja seitsemään alaluokkaan (Kuvio 1). Ensimmäinen pääluokka on sairaanhoitajan osaaminen, joka jaetaan neljään alaluokkaan; hyvä leikkausasento, pehmusteiden käyttö, apuvälineiden käyttö ja hoitovälineiden sijainti sekä kiinnitys. Toinen pääluokka on potilaan yksilölliset tekijät, joka jaetaan kolmeen alaluokkaan; verenkierron ylläpitäminen, ihon kunto ja aktiivinen ja passiivinen liikunta.

### 6.1 Sairaanhoitajan osaaminen

Sairaanhoitajan osaamista pidetään suurena osana ennaltaehkäisyssä. Hoitajien kokemukset osoittivat ulkoisten tekijöiden tärkeyden painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Henkilökunnan koulutus ja riittävä osaaminen ovat isossa roolissa painehaavojen ehkäisemisessä. Tiimityöskentelyssä jokaisen hoitajan näkemykset ja huomiot potilaan asennosta ja apuvälineistä edesauttoivat painehaavojen ehkäisemisen toteutumista.

### 6.1.1 Hyvä leikkausasento

Leikkaussalissa asennon suunnittelu on ensimmäinen osa toimenpidettä. Hyvään asennon suunnitteluun ja toteutukseen saattaa kulua paljonkin aikaa. Potilaan asennossa huomioidaan riskialueiden asettelu ja paineen tasaaminen. Näillä riskialueilla tarkoitetaan luualueita, joita pyritään suojaamaan mahdollisimman hyvin. Ehkäisynä esimerkiksi kantapäät pyritään saamaan ilmaan, sekä mahdollisesti lantio asetetaan ilmaan. Potilaan ollessa vatsallaan leikkauksessa, polvien alle asetetaan tyynyt suojaamaan paineelta. Asentoja toteuttamisessa täytyy välttää virheasentoja ja huomioida jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet. Leikkausasennon suunnitteluun ja ehkäisykeinojen huomioimiseen vaikuttavat suuresti myös leikkauksen kesto. Asentoa ei yleensä leikkauksen aikana ole mahdollista muuttaa, joten suunnitellulla on iso merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Haastateltavat kuvailivat asiaa seuraavasti: ”Huomioitava ... tarkkaan ... potilaan asento, ettei tuu ... ääriasentoja tai ... hermosto-ongelmia.”

### 6.1.2 Pehmusteiden käyttö

Leikkauspöydän ja potilaan pehmustamisella on iso merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Pehmusteiden käytöllä pyritään nostattaa potilaan kehoa ilmaan leikkauspöydän telineistä, jolloin paine ihoa vasten vähenee. Pehmusteissa yleisin käytettävä materiaali on vaahtomuovi. Leikkauspöydällä on aina tärkeää pehmustaa potilaan raajat telineistä, jolloin minimoidaan painetta. Käsi- ja jalkatelineiden pehmustaminen, sekä rintakehän ja selän pehmustaminen on olennaista leikkauksessa. Painetta syntyy helposti myös kylkiin ja sacrumin alueeseen, joten nämä alueet pyritään suojaamaan suojalappulla. Pehmusteita tarvitsevinä alueina pidettiin myös kantapäitä, lonkkia sekä polvia. Kallotelineessä otsaan syntyy helposti painetta, joten sen pehmustaminen on huomioita asennon laitossa. Takaraivoa pehmustetaan mahdollisesti reikätyynyillä. Potilaan kehoa vasten tulevat tarkkailulaitteet ja hoitovälineet pyritään pehmustamaan. Pehmusteiden käytössä voi olla erilaisista leikkauksista riippuvia rajoitteita. Haastatteluissa käy ilmi, että pehmusteiden käyttöön panostetaan ja valikoima niissä on laaja: ”Jos on jokin muovinpala ihoa vasten... laitetaan siihen pehmustetta.”



### 6.1.3 Apuvälineiden käyttö

Haastatteluissa korostui apuvälineiden hyödyntäminen potilaiden hoidossa: ”Käytetään siirroissa ... siirtolevyä”. Siirtolakana ja siirtolevyn avulla potilas saadaan siirtymään ilman ihon venytystä sekä kiskontaa. Haastateltavat kertovat, että siirroissa on hyvä olla monta hoitajaa siirtämässä. Kun potilas on sängyssä pitkään, on patjalla suuri merkitys paineen tasauksessa. Haastateltavat kertovatkin kokevansa hyvien patjojen saatavuuden heikkona ja erikoispatjojen saamisen potilaalle haasteellisena. Haastattelijat kokevat, että painepatjojen puute lisää ongelmia painehaavojen ehkäisyssä. Painepatjalla saataisiin tasattua painetta potilaan alla säännöllisin väliajoin. Normaaleja patjoja painellaan, jolloin pyritään saamaan painopisteen vaihtelua potilaan alla. Apuvälineenä painopisteen vaihteluun käytettiin myös liukuhanskaa. Patjojen materiaaleja on erilaisia, joista yleisin käytetty on vaahtomuovi. Haastateltavat kertoivat myös geelipatjojen käytöstä. Potilaan alla olevat lakanat pyrittiin pitämään suorina, jottei potilaan alle jää ryppyjä painamaan ihoa.

### 6.1.4 Hoitovälineiden sijainti ja kiinnitys

Leikkauksien aikana apuvälineiden käytössä täytyy huomioida, että jokainen liikkuva hoitoväline on riski. Hoitoväline voi helposti unohtua potilaan alle painamaan. Haastateltavat kertoivat, että esimerkiksi korkit, ruiskut, kuumemittarit sekä johtojen osat unohtuvat helposti, jos niitä ei huolehdita käytön jälkeen pois: ”Pitää... kokoajan kattoo et jos oot laittanu jotain potilaan viereen... se pitää ottaa pois”. Tarkkailumittareiden johdot voivat jäädä leikkausasennossa potilaan alle. Haastatteluissa kävi ilmi, että mittareiden johtojen paikkoja siirrettiin potilaan alla mahdollisuuksien mukaan. Haastatteluissa ilmeni myös sisäisten painehaavojen riski. Sisäisiä paineita voi aiheuttaa esimerkiksi virtsakatetrin ballonki tai intubaatioputken cuffi. Virtsakatetri tulee kiinnittää potilaan ihoa vasten teipillä, jolloin katetri ei roiku vapaana potilaasta. Vedossa ballonki voi painaa virtsarakkoa haitallisesti. Intubaatioputken cuffin liiallinen paine voi altistaa ympäröivän kudoksen painaumalle.

## 6.2 Potilaan yksilölliset tekijät

Suurella roolilla painehaavojen ennaltaehkäisyssä on potilaan yksilölliset tarpeet. Jokaisen potilaan kohdalla on huomioitava anatomiset ja fysiologiset erot. Potilaat tulevat

kohdata yksilöllisesti, jotta hänen tarpeet voidaan huomioida mahdollisimman ennaltaehkäistävästi. Haastatteluissa korostettiin esimerkiksi potilaan iän, ihon kunnon sekä yli-painon merkitystä painehaavojen ehkäisyssä: ”Jokainen potilas mennään aina jokaisen potilaan vaatimalla tavalla.”

### 6.2.1 Verenkierron ylläpitäminen

Potilaan verenkierron ylläpitäminen on olennainen osa painehaavojen ennaltaehkäisyä. Hyvän lämpötilouden pitämistä pyritään säilyttämään esimerkiksi lämmitetyillä nesteillä, jotta potilas pysyisi normaalilämpöisenä koko ajan. Potilaan hyvä nesteytys huomioidaan leikkauksen aikana: ”Potilas on nesteytetty et siellä on ... mikä kiertää ... suonistossa ja verenkierto toimii.” Hyvä lämpötila pitää verenkierron toimivana ympäri kehoa, jolloin keho hapettuu mahdollisimman normaalisti leikkauksen aikana. Lämpötasapainon ylläpitämisessä käytettiin lämpöpatjaa. Haastatteluissa myös mainittiin laskimopumpun käyttö edesauttamaan verenkierron ylläpitämistä.

### 6.2.2 Ihon kunto

Jokaisen leikkauksen alussa iho pestään, jolloin tarkistetaan myös ihon kunto. Haastattavat korostivat, että oli tärkeää huomioida toisella osastolla alkaneet painehaavat jo leikkauksen alussa. Ihoa pestäessä huomioidaan ihon hyvä kuivaus, jottei iho jää kosteaksi. Ihon toinen tarkistus tehdään potilaalle leikkauspöydän tukitelineiden poiston yhteydessä. Haastatteluissa korostuu, että ihon kuntoa arvioidaan jatkuvasti ja toimintaa tehostetaan havainnointien mukaan ”Tarkistetaan iho ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.”

### 6.2.3 Aktiivinen ja passiivinen liikunta

Potilaan liikkuminen voidaan jakaa aktiiviseen ja passiiviseen liikkumiseen. Raajojen liikkuttaminen leikkauksen sallimissa rajoissa on erityisen tärkeää pitkissä leikkauksissa. Painopisteen muutokset ehkäisevät painehaavoja tehokkaasti. Kirurgin kanssa voidaan suunnitella ja keskustella mahdollisista painon siirroista leikkauksen aikana. Aina ei ole kumminkaan mahdollista saada liikuteltua riskialueita. Potilaan aktivoiminen itsenäiseen liikkumiseen aloitetaan mahdollisimman pian, huomioiden kivun sallimat rajat: ”Huomioidaan ... että tehdään ... asennon vaihtoja ja keskustellaan potilaan kanssa ... hän itse

yrittää liikuttaa itseään ja vaihtaa asentoa.” Jos potilas ei ole kykenevä itse liikkumaan heräämössä, voidaan liikkuvuutta harjoittaa hoitajan avustuksella. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että heräämössä pyritään pieneen loppujumppaan ennen osastolle siirtoa.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Kerätyt tulokset olivat monipuolisia ja haastatteluista saatiin paljon materiaalia analysointia varten. Suuria eroja painehaavojen ehkäisykeinoista osastojen välillä ei ilmennyt, sillä kaikki haastateltavat korostivat samoja pääluokkia omien kokemusten mukaan. Tulosten mukaan hoitajien vahvimmat osa-alueet olivat asentohoidossa sekä ihon kunnon seurannassa. Sairaanhoidajien kokemukset ennaltaehkäisyssä luokittuivat sairaanhoidajien osaamiseen sekä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Hoitajat kokivat oman osaamisen liittyvistä tekijöistä asentohoidon merkityksen tärkeäksi, sillä leikkausasetojen suunnittelu ja toteutus olivat iso osa painehaavojen ennaltaehkäisyä. Vastaavia tuloksia saatiin myös tutkimuksessa (Koivunen - Luotela - Hautaoja - Laine - Asikainen 2014.), jossa asentohoidon osaamisen vuodeosastolla sairaanhoitajat olivat kuvailleet vahvimmaksi. Haastatteluissa kävi ilmi, että leikkausasetoja suunniteltaessa korostui hoitajien oma osaaminen ja kokemus. Leikkausasentoilla pystyttiin ehkäisemään painehaavan alkua tehokkaasti, jolloin myös moniammatillisen työryhmän hyödyntäminen on tärkeää. Usein leikkausasennon muuttaminen ei olisi mahdollista kesken leikkauksen. Hoitajat kokivat myös lääkintävahtimestarin hyödyntämisen positiivisena asiana asentoa suunniteltaessa. Kirurgin kanssa oli hyvä keskustella mahdollisten painonsiirtojen toteutuksesta.

Apuvälineiden käyttö oli hoitajien mielestä hyvin hallinnassa, sekä mahdollisuudet toteuttaa kaikenlaisia leikkausasetoja, ja niiden pehmustamisia. Nämä tulokset erosivat (Koivula ym. 2017: 58.) tuloksista. Näissä tuloksissa koettiin apuvälineiden käyttö heikoiksi niin alkukartoituksessa kuin seurantavaiheessa. Leikkaussalin toiminnassa apuvälineet ovat yksi tärkeimmistä välineistä, joiden käyttö tulee olla hallittua. Sairaanhoidajat korostivat haastattelujen aikana kokemuksen tuovan varmuutta apuvälineiden käyttöön.

Potilaan yksilöllisten tekijöiden huomioidussa korostui ihon kunnon seuranta. Eriksson ym. (2011: 8-10, 20-22.) olivat saaneet aiemmassa tutkimuksessa samanlaisia tuloksia. Hoitajat kuvailivat haastatteluissa omat taidot hyväksi ihon kunnon seurannassa painehaavoja kohtaan. Haastatteluissa myös verenkierron ylläpitäminen sekä aktiivinen ja passiivinen liikunta olivat jaoteltu alakategorioihin. Haastateltavat sairaanhoitajat saivat potilaan liikkuttamisen menevän potilaan kivun ja leikkauksen ehdoilla.

Negatiivisena asiana haastatteluissa pidettiin normaalien patjojen käyttöä painepatjojen sijaan. Leikkaussaliin koettiin tarvittava patjojen suhteen parempaa panostusta. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että osaan ennaltaehkäisykeinoon toivottiin tutkittua tietoa. Joskus asioita saatettiin tehdä pelkällä kokemuksen tuomalla taidolla.

Haastatteluiden haasteena oli myös haastattelijoiden oma kokemattomuus. Haastattelun pitäminen oikeassa aiheessa oli vaikeaa. Useasti haastattelu siirtyi sairaanhoitajien omien ja kuultujen tarinoiden kertomiseen painehaavoista, jolloin haastattelu piti kohdistaa takaisin tutkimuskysymykseen. Sairanhoitajien kiire näkyi usealla osastolla, jolloin levoton ilmapiiri hallitsi haastattelun aloitusta. Osa sairaanhoitajista joutui haastatteluun kesken työpäivän, ilman aikaisempaa tietämystä haastattelun tarkoituksesta. Hoitajien osittainen epävarmuus tietämyksestään loi haastatteluun katkoksia. Useasti haastattelussa todettiin, ettei kaikki asiat tule mieleen haastattelu hetkellä. Tulosten kannalta saatiin kuitenkin paljon materiaalia, koska haastatteluja pidettiin neljässä eri sairaalassa.

Tässä työssä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää leikkaus- ja anestesiaosastoilla sairaanhoitajien perehdyttämisessä painehaavojen ehkäisykeinoista. Tulokset kertovat mitä asioita huomioidaan tällä hetkellä painehaavojen ehkäisemisessä. Tulosten avulla voidaan kehittää sairaanhoitajien osaamista ja mahdollisia koulutustarpeita.

## 7.2 Luotettavuuden pohdinta

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan täytyy pohtia valintojaan koko tutkimuksen ajan ja olla vakuuttunut johtopäätösten oikeellisuudesta. Tehdyillä ratkaisuilla on vaikutusta analyysin riittävyteen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkija itse arvioi tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen kirjo tarjoaa erilaisia tutkimuksen

luotettavuuden kysymysten tarkasteluja. Luotettavuuden arvioinnin kriteereitä laadullisessa tutkimuksessa ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen - Julkunen 2013: 197-201.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa, miten tarkasti tutkija kuvaa tutkimusprosessin etenemistä. Tutkimusraportissa olisi hyvä käydä ilmi olosuhteet missä haastattelu tehdään, haastattelun pituus ja mahdolliset häiriötekijät. Tutkija perustelee analysointivaiheessa, mihin hänen tekemänsä luokittelut pohjautuvat. (Kankkunen - Julkunen 2013: 197-202.)

Ryhmähaastattelun riskinä on, että yksilöllisyys ja pienemmän suosion saamat mielipiteet voivat jäädä pienemmälle huomiolle. Myös monien omat mielipiteet voivat muuttua toisten mielipiteiden takia. Myös haastattelijalla täytyy olla halua saada informaatiota, jotta haastattelusta tulee tiedon kannalta kattava. Ilmapiiri pidettiin positiivisena, jotta haastattelun luonne sekä mielipiteet ovat luotettavampia. (Pötsönen - Välimaa 1998: 6-8.)

Tässä työssä tutkittiin työn luotettavuutta kaikissa työn eri vaiheissa. Luotettavuuden varmistamisessa huomioitiin laadullisen tutkimuksen arvioinnin kriteereitä. Uskottavuutta huomioitiin saatujen tuloksien tarkastelussa. Tuloksia kuvailtiin selkeästi. Osallistuvien kanssa ei keskusteltu tutkimuksessa saaduista tuloksista. Haastatteluympäristö, haastateltavat, haastateltavien määrä ja haastattelun kesto kuvattiin huolellisesti. Analyysin etenemistä tässä työssä kuvaavat taulukointi ja kuvio.

Ennen haastatteluita haastattelukysymys lähetettiin ennalta haastatteluun osallistuville osastoille. Haastatteluissa esiintyi odottamattomia häiriötekijäitä, joita olivat muun muassa ulkopuolisen tuleminen haastattelutilaan tai puhelin alkoi soida. Häiriöistä huolimatta haastattelutilat olivat rauhallisia ja intiimit. Katsekontakti sekä luotettava vuorovaikutus ja ilmapiiri syntyivät luontevasti. Jokaisella osallistujalla oli monipuolisesti kokemusta painehaavojen ehkäisykeinoista ja jokainen osallistuja osallistui keskusteluun tasapuolisesti.

Aikaisempaa tutkimustietoa jouduttiin soveltamaan, sillä painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla oli haasteellista löytää. Painehaavoihin liittyvät tutkimukset kohdistuivat enemmän toisille sairaalan osastoille. Haastattelunauhojen litteroinnissa huomattiin, että haastatteluissa tapahtui välillä päällekkäin puhumista, joka

hankaloitti nauhoitusten purkua. Epäselvien haastattelukohtien tulkitseminen ei vaikuttanut oleellisesti saatuihin tuloksiin.

### 7.3 Eettisten näkökulmien pohdinta

Tutkimuksen eettisyydessä pyritään vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa noudatetaan. Hoitotieteellisen tutkimuksen tekoon on laadittu yhdeksän eettistä periaatetta, joista osa on itsemääräämisoikeus, yksityisyyden suojeleminen, oikeudenmukaisuus ja haitan välttäminen. Lähtökohtana eettisessä tutkimuksessa on, että osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista. Tällä tarkoitetaan, että haastattelutavalla on oikeus kysyä tutkimukseen koskevia kysymyksiä ja keskeyttää halutessaan osallistumisensa. Tutkimukseen osallistuvia ei palkita eikä osallistumisesta seuraa mitään. Jokainen haastateltava on tasa-arvoisessa asemassa eikä heidän ihmisarvoa tai moraalista arvoa loukata. Haastateltavat haastatellaan anonyymisti ja haastatteluun kysytään erillinen lupa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 211-212, 217-218.)

Yhtenä tutkimusraportin eettisenä haasteena on plagiointi. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tekstin suoraa lainaamista ilman että ilmoitetaan lähdeviitteitä. (Kankkunen – Vehviläinen–Julkunen 2013: 224.) Opinnäytetyö tarkistettiin Turnitin-tarkistusohjelman läpi plagioinnin välttämiseksi.

Työ toteutettiin mainittujen eettisten periaatteiden mukaisesti. Työn tekemiseen haettiin erillinen lupa. Tutkimusluvan saamisen jälkeen alkoi tiedon kerääminen. Osastoille lähetettiin saatekirje edeltävästi ennen haastattelujen aloittamista. Saatekirjeessä kerrottiin tieto taustasta ja tutkimuskysymyksestä. Jokainen osallistuja antoi kirjallisen suostumuksen haastattelun toteuttamiseen ja nauhoittamiseen. Ennen haastattelun alkua käytiin läpi aihe, tarkoitus ja tavoite sekä osallistujille kerrottiin vielä haastattelun nauhoituksesta ja nauhoituksen tuotosta tässä opinnäytetyössä. Osallistujille kerrottiin, että heidän henkilöllisyys ei paljastu missään työn vaiheissa. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista sekä jokaisella osallistujalla oli oikeus keskeyttää haastattelu missä tahansa vaiheessa.

Haastattelutilanteissa pyrittiin luomaan ammattimainen mutta helposti keskusteluun johdettava. Huomioitiin haastattelun aikana, että jokainen osallistuja saa puhevuoron. Ilmapii-ristä pyrittiin luomaan avoin ja luottamuksellinen. Jokainen osallistuja oli samanarvoisessa asemassa. Nauhoitetut haastattelut poistettiin nauhurista litteroinnin jälkeen.

## 7.4 Yhteenveto

Tulokset jakautuivat kahteen yläluokkaan, joita olivat sairaanhoitajan osaaminen ja potilaan yksilölliset tekijät. Sairanhoitajan osaamisessa korostui leikkausasento. Potilaan yksilöllisistä tekijöistä korostui ihon kunnosta huolehtiminen.

Kokonaisuudessaan todetaan, että sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista leikkaus- ja anestesiaosastoilla olivat

Sairanhoitajien osaaminen:

- Hyvä leikkausasento
- Monipuolinen pehmusteiden käyttö
- Erilaisten apuvälineiden käyttö
- Oikea hoitovälineiden sijainti ja kiinnitys

Potilaan yksilölliset tekijät:

- Verenkierron ylläpitäminen
- Ihon kunto
- Aktiivinen ja passiivinen liikkuminen

## Lähteet

Amir, Yufitriana – Lohrmann, Christa – Halfens, Ruud – Schols – Jos, Mga 2017. Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment. *International Wound Journal*, 14(1). 184–193. Saatavilla sähköisesti.

Eriksson, Elina – Mattila, Lea-Riita – Rekola, Leena 2011. Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen – interventiotutkimus Laakson sairaalassa vuosina 2007 – 2009. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Hannuksela-Svahn, Anna 2016. Ihon rakenne ja muutokset ikääntyessä. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01124](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01124)> (19.10.2017).

Hietanen, Helvi – Juutilainen, Vesa 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Juvakka, Taru – Kylmälä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, Ulla-Mari – Ahtiala, Maarit – Hynninen, Nina – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Tervo-Heikkinen, Tarja 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. <[http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS\\_PAINEHAAVA\\_2\\_10\\_2015\\_LINKIT\\_1.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf)>. Luettu 10.05.2018.

Kinnunen, Ulla-Mari – Ahtiala, Maarit – Hynninen, Nina – Iivanainen, Ansa – Seppänen, Salla – Tervo-Heikkinen, Tarja 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti. <<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen11215.pdf>>. Luettu 09.05.2018.



Kinnunen - Ulla-Mari, Tervo-Heikkinen, Tarja - Hynninen, Nina - Seppänen, Salla - Iivainen, Ansa - Ahtiala, Maarit - Holopainen, Arja 2016. Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen - esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. *Hoitotiede* 29 (3). 169-179.

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

Koivunen Marita - Luotola Eija - Hjerpe Anna - Kauko, Tommi – Asikainen, Paula 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. *Hoitotiede* 29(1). 56-58.

Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Lumio, Jukka 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313)> (10.10.2017).

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, Australia 2014. Verkkodokumentti. Saatavissa: <<http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>>. Luettu 11.10.2017.

Primiano, Mike – Friend, Michael – McClure, Connie – Nardi, Scott – Fix, Lisa – Schafer, Marianne – Savochka, Kathlyn – McNett, Molly 2012. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. *AORN Journal* 94(6).555–566. Saatavilla myös sähköisesti.

Pötsönen, Riikka - Välimaa Raili 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy.

Sarajärvi, Anneli - Tuomi, Jouni 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sjöholm, Mari 2017. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2016. Kuntaliitto.  
<[https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-joulukuu-2016\\_0.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-joulukuu-2016_0.pdf)> (11.11.2017).

Soppi, Esa 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja.  
<[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00352&p\\_haku=painehaava](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava)>  
(10.10.2017).

Soppi, Esa 2014. Painehaavojen ehkäisyyn pitää panostaa. Lääkärilehti.  
<<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/painehaavojen-ehkaisyyn-pitaa-panostaa/>> (18.10.2017).

Soppi, Esa 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim.  
<<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98591.pdf>> (10.10.2017).