

Jasmin Rossi, Tiia Saari

# Sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Toukokuu 2018

Tekijät Otsikko  Sivumäärä Aika	Jasmin Rossi, Tiia Saari Sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla 23 sivua Toukokuu 2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Liisa Montin, lehtori, TtT, sh
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Tavoitteena on hyödyntää saatuja tuloksia päiväkirurgisilla osastoilla.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla yhteensä 20 sairaanhoitajaa kahdelta päiväkirurgian osastolta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin neljänä ryhmähaastatteluna. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista, ja haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksen osallistumisesta. Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen saatu materiaali litteroitiin kirjalliseksi tuotokseksi. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Haastattelun alkuperäisilmaisut pelkistettiin, minkä jälkeen aineisto luokiteltiin viiteen alaluokkaan ja kahteen yläluokkaan. Sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista kuvasivat seuraavat alaluokat: potilaan aktiivinen ja passiivinen liikunta, asentohoidon toteuttaminen, apuvälineiden käyttö, potilaan ihon kunnon huomioiminen ja painehaavariskin huomioiminen. Näistä muodostuneet yläluokat olivat kokemukset potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä ja kokemukset potilaaseen liittyvistä riskitekijöistä.</p> <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että sairaanhoidajien kokemukset painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla ovat melko vähäisiä, koska painehaavan syntymisen riski on pieni lyhyistä toimenpiteistä johtuen. Sairaanhoitajilla on kuitenkin tietoa painehaavojen ehkäisykeinoista, ja he toteuttavat painehaavojen ehkäisyä siinä määrin kuin on tarpeellista. Työn tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä hoitotyötä päiväkirurgisilla osastoilla.</p>	
Avainsanat	painehaavojen ehkäisy, sairaanhoidajien kokemuksia, päiväkirurgia, teemahaastattelu

Authors Title Number of Pages Date	Jasmin Rossi, Tiia Saari Registered Nurses' Experiences of How to Prevent Pressure Ulcers in Day Surgery Units 23 pages May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, Senior Lecturer, PhD, RN
<p>The purpose of this bachelor thesis was to describe registered nurses' experiences of how to prevent pressure ulcers in day surgery units. The bachelor thesis was done in collaboration with Metropolia University of Applied Sciences and The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The aim is to exploit the gathered results in day surgery units.</p> <p>The bachelor thesis was carried out by using a qualitative research method. The data was collected by interviewing 20 registered nurses in all from two day surgery units using a theme interview in four separate group interviews. Participation was voluntary, and the interviewees signed a written consent before the interview. The interviews were recorded and after that transcribed to a written output. The data was analyzed by using an inductive content analysis.</p> <p>The original phrases were simplified and after that categorized into five subcategories and two main categories, which described registered nurses' experiences of how to prevent pressure ulcers. The subcategories were: patient's active and passive movement, posture care of the patient, usage of devices, observing patient's skin condition and observing risk of the pressure ulcer. The two main categories were: experiences of factors related to the patient's care and experiences of risk factors related to the patient.</p> <p>The results lead to the conclusion that registered nurses' experiences of how to prevent pressure ulcers in day surgery units are quite light, because the risk of the pressure ulcers is so small due to short operations. Nevertheless, registered nurses have knowledge of how to prevent pressure ulcers and they carry out the prevention of pressure ulcers as much as it is necessary. The results of this bachelor thesis can be taken advantage of developing nursing in day surgery units.</p>	
Keywords	prevention of pressure sores, experiences of registered nurses, day surgery, theme interview

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Painehaava	2
2.1	Painehaava ja sen luokittelu	2
2.2	Painehaavojen ehkäisy leikkaussalissa	4
3	Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa	5
4	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	8
5	Opinnäytetyön toteutus	8
5.1	Aineistonkeruumenetelmä	8
5.2	Aineiston keruu	9
5.3	Aineiston analyysi	10
6	Tulokset	12
6.1	Kokemukset potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä	12
6.2	Kokemukset potilaaseen liittyvistä riskitekijöistä	15
7	Pohdinta	16
7.1	Tulosten pohdinta	16
7.2	Luotettavuuden pohdinta	17
7.3	Eettisyyden pohdinta	19
8	Yhteenveto	21
	Lähteet	22

## 1 Johdanto

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla oleva kudoksen vaurio, jonka aiheuttaa joko pelkästään paine tai paine ja venytys yhdessä. Painehaavat ovat kivuliaita ja lisäävät potilaiden infektiotilaa. Ne heikentävät elämänlaatua ja vaarantavat potilasturvallisuutta lisäämällä kuolemanvaaraa. Terveystieteissä jää jopa 60 prosenttia painehaavoista huomaamatta. Lisäksi painehaavat pidentävät potilaiden sairaalassaoloa, sillä niiden hoito on pitkäkestoista. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Suomessa arvioidaan esiintyvän yksi tai useampi painehaava 55 000–80 000 potilaalla. Painehaavojen aiheuttamat kustannukset ovat vuodessa 350–525 miljoonaa euroa, mikä tarkoittaa 2–3 % Suomen terveydenhuollon menoista. Painehaavojen ehkäisy tulisi huomattavasti edullisemmaksi kuin niiden hoito, sillä ehkäisy vaatisi vain 10 % kustannuksista, joita painehaavojen hoitaminen vaatii. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Yhä useampi kirurgisista toimenpiteistä tehdään päiväkirurgisesti kivunhoidon ja leikkauksien kehittyessä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) tehtiin yhteensä yli 34 000 päiväkirurgista toimenpidettä vuonna 2011. (HUS: Päiväkirurgia.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS:n kanssa. Tavoitteena on, että päiväkirurgiset osastot voisivat hyödyntää tämän opinnäytetyön tuloksia.

## 2 Painehaava

### 2.1 Painehaava ja sen luokittelu

Painehaava (aikaisemmalta nimeltään makuuhaava) on ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallinen vaurio, jonka aiheuttaa paine, venytys tai hankaus, joko yhdessä tai erikseen (Suomen Verisuonikirurginen yhdistys ry. 2017). Puutteellinen kudosten verenkierto aiheuttaa painehaavoja ja niitä esiintyy erityisesti vuodepotilailla, jotka eivät itse juuri kykene liikkumaan vuoteessa. Yleisimmin painehaavat syntyvät lonkkiin, alaselkään, pakaroihin tai kantapäihin eli ihoalueille, joissa luu painaa ihoa. Tavallisimmin painehaavan syntymiseen tarvitaan usean päivän makuulla olo, mutta se voi kehittyä hyvinkin nopeasti jopa muutaman tunnin aikana, esimerkiksi leikkauksessa tai kuljetuksessa. Painehaavoista yli puolet esiintyy akuuttihoidon eli lyhytkestoisen hoidon yksiköissä, ja niistä 70 % esiintyy yli 70-vuotiailla. (Lumio 2016.)

Painehaava on yleensä ainakin hieman kivulias. Aluksi painekohtaan syntyy punoitusta, jonka jälkeen kudoksiin tulee turvotusta ja lopulta iho menee rikki. Jos ihorikko etenee pidemmälle, siihen kehittyy vaikeasti hoidettava syvä haava, joka on altis bakteeri-infektioille. Hoitamattomana haavan infektiot voivat johtaa verenmyrkytykseen eli sepsikseen. (Lumio 2016.)

Paikalliset mekaaniset tekijät, kuten paine, kitka ja kudosten venyminen kehon luisten ulokkeen kohdalla vaikuttavat painehaavan syntyyn. Kudonvaurion syntyyn liittyvät olennaisesti myös ihon kosteus ja potilaan yksilöllinen alttius. (Juutilainen – Hietanen 2016: 301.) Painehuiput sijoittuvat kehon luisten ulokkeiden kohdalle, sillä ihon pinnan alla oleva luinen tukiranka on epätasainen, mikä aiheuttaa istuin- tai makuualustaa vasten ollessaan epätasaisen painejakautuman. Kudonvaurion syntyyn liittyy paikallisen ulkoisen paineen lisäksi muitakin mekaanisia tekijöitä. Kudoksen sisällä syntyy sivusuuntaisia venyttäviä voimia paineen puristaessa kudosta kasaan, mikä osaltaan voi vaurioittaa kudosta. Oleellista on myös paineen suuruus, ja kudokset kestävätkin paremmin lyhytkestoista korkeaa painetta kuin pitkäkestoista jatkuvaa matalaa painetta. (Juutilainen – Hietanen 2016: 301–302.)

Kun keho liikkuu sivusuuntaan esimerkiksi patjan tai istuinalustan pinnalla, ihoon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuu tangentiaalisia voimia. Tangentiaalinen tilanne syntyy esimerkiksi silloin, kun makuulla olevaa potilasta siirretään sängyssä vetämällä tai hinaamalla tai silloin, kun sängyn päätyä nostetaan ylös. Patjan ja ihon välinen kitka pyrkii jarruttamaan liikettä, mikä aiheuttaa venymistä ihonalaisissa kudoksissa ja hankautumista ja rikkoontumista ihon pinnalla. Ihon ja kontaktipinnan välinen kitkan määrä riippuu ihon kosteudesta, potilaan vaatetuksesta ja patjan tai istuinalustan materiaaleista. (Juutilainen – Hietanen 2016: 303.)

Jos iho altistuu pitkään kosteudelle, se johtaa vettymiseen, joka heikentää ihon suojaavaa pintarakennetta altistaen haavaumille ja infektioille. Esimerkiksi hikoilu ja haavaeritteet aiheuttavat haitallista kosteutta. Ihon kosteusongelmaa voivat pahentaa myös hiostavat vaatteet, haavasidokset ja patja- tai vuodevaatemateriaalit. Inkontinenssipotilailla riski ihon vaurioitumiseen on erittäin suuri, koska virtsa ja uloste sisältävät ärsyttäviä kemikaaleja. (Juutilainen – Hietanen 2016: 303.)

Liikkumattomuus, ravitsemushäiriö, ruumiinlämmön lasku ja vanhuus ovat potilaaseen liittyviä painehaavalle altistavia tekijöitä. Liikkumattomuus on näistä tärkein potilaaseen liittyvä painehaavalle altistava tekijä. Esimerkiksi akuutti vamma tai sairaus voivat aiheuttaa liikkumattomuutta, ja erityisen suuri riski saada painehaava on muun muassa selkäydinvammaisilla, aivohalvauspotilailla ja tehohoidossa olevilla potilailla. Myös pitkäkestoisiin leikkauksiin liittyy painehaavariski. Aliravitsemus vaikeuttaa painehaavoja ja pitkittävät niiden paranemista. Pitkäkestoisten leikkausten aikana painehaavariski kasvaa kehon merkittävän ydinlämmön laskun takia. Vanhoilla ihmisillä painehaavariski on korkeampi muun muassa ohuen, vähemmän elastisen ja hauraamman ihon vuoksi. (Juutilainen – Hietanen 2016: 304.)

Painehaavat voidaan luokitella kansainvälisen NPUAP-EPUAP-luokituksen (National Pressure Ulcer Advisory Panel – European Pressure Ulcer Advisory Panel) mukaan neljään eri asteeseen sekä kahteen lisäluokkaan. Luokittelu perustuu haavan anatomiseen syvyyteen, eli painehaavan luokitus riippuu siitä, mihin anatomiseen rakenteeseen haava tai kudonvaurio ulottuu syvyysuunnassa. (Juutilainen – Hietanen 2016: 308–309.) Ensimmäisen asteen painehaavassa ehjässä ihossa on vaalenematonta erytemiaa eli punoitusta, joka sijoittuu yleensä luu-ulokkeen kohdalle. (Soppi 2016.) Vaalene-maton punoitus tarkoittaa, että ihoalue ei vaalene, kun sitä painetaan kevyesti ja tasaisesti sormenpäillä (Juutilainen – Hietanen 2016: 307). Alue voi olla kivulias, kova tai

pehmeä ja ympäröivää ihoa lämpimämpi tai kylmempi. Toisessa asteessa ihovaurio ulottuu dermikseen eli verinahkaan, ja siinä on näkyvissä matala vaaleanpunainen tai punertava haavapohja ilman kuollutta kudosta. Vaurio voi näyttäytyä myös ehjänä tai rikkoutuneena kudoksen täyttämänä rakkulana. Kolmannessa asteessa vaurio läpäisee koko ihon, ja ihonalainen rasvakudos voi olla näkyvissä. Luu, jänne tai lihas eivät kuitenkaan näy. Kuollutta kudosta ja tunnelimuodostusta voi esiintyä. Neljännen asteen painehaavassa kudostuho läpäisee kudoksen ja se ulottuu luuhun, jänteeseen tai lihaseen asti. Tunnelimuodostus on tavallista, ja osassa haavaa saattaa esiintyä kuollutta kudosta tai nekroosia. (Soppi 2016.)

Painehaavaa ei kuitenkaan aina pystytä luokittelemaan. Haavan syvyys voi olla esimerkiksi tuntematon, koska kudoksen läpäisevässä kudostuhossa haavapohja on katteen tai nekroosin peittämä. Todellista haavan syvyyttä ei ole mahdollista määrittää ennen kuin haavakatetta ja/tai nekroottista kudosta on poistettu tarpeeksi ja haavan pohja on näkyvissä. Syvyys on yleensä joko kolmannen tai neljännen asteen painehaava. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014.) Luokittelematon painehaava voi olla myös epäily syvällä sijaitsevasta kudostuhosta, mikä tarkoittaa paikallista purppuran väristä tai tummanpunaista ihoaluetta tai veren täyttämää rakkulaa. (Soppi 2016.)

## 2.2 Painehaavojen ehkäisy leikkaussalissa

Leikkaussalissa on tärkeää huomioida toimenpiteisiin liittyvät erityiset riskitekijät. Jos potilaalla on painehaavariski, leikkauspöydällä tulee käyttää painetta vähentävää ja jakavaa makuualustaa. Leikkauksen aikana potilaan asennon on oltava sellainen, että painehaavariski on mahdollisimman vähäinen. Jos ei ole estettä, potilaan kantapäiden on oltava leikkauspöydällä hieman ilmassa. Lisäksi on tärkeää, että potilaan asentoon ja paineen jakautumiseen kiinnitetään huomiota leikkausta ennen ja sen jälkeen. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

Suosituksen mukaan ennen toimenpidettä on huomioitava immobilisaation eli liikkumatta olemisen kesto, leikkauksen kesto aika, leikkauksen aikana toistuvasti laskeva verenpaine ja matala ydinlämpö sekä leikkausta seuraavan päivän vähäinen liikkuminen. Kaikille potilaille, joilta on tunnistettu painehaavariski, tulisi käyttää painetta vaihtelevaa tai korkean riskiluokan reaktiivista alustaa leikkauspöydällä. Suosituksen mukaan potilas



tulisi asettaa leikkauksen ajaksi asentoon, joka vähentää riskiä painehaavan kehittymiseen. Lisäpehmiä tulisi käyttää keventämään eri kehon osien kuormitusta. Jos mahdollista, potilasta ei pidä asettaa suoraan minkään lääkinnällisen välineen päälle. Potilaan kantapäät eivät saisi osua leikkauspöytään, ja sen ehkäisemiseksi voidaan käyttää erilaisia kantapäiden kevennyslaitteita, jotka kohottavat kantapäitä. Suosituksessa tulee myös esiin se, että paineen jakautumiseen ennen ja jälkeen leikkauksen tulisi kiinnittää huomiota. Potilaan leikkauksen aikainen asento ja ne alueet, joihin on kohdistunut lisääntynyttä painetta, pitäisi kirjata. Lisäksi potilas tulisi asettaa eri asentoon ennen leikkausta ja sen jälkeen kuin leikkauksen aikana. (Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014.)

### **3 Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa**

Tässä työssä käytettiin aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa hakiessa seuraavia tietokantoja: Medic, Medline ja Cinahl. Lisäksi tutkimustietoa etsittiin *Hoitotiede* ja *Tutkiva hoitotyö* -lehdistä.

Tutkimuksen mukaan on hyvin tärkeää, että perioperatiivisissa yksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat tunnistavat tekijät, jotka voivat altistaa potilaita painehaavan kehittymisen riskeille. Sairaanhoitajien on tiedostettava, että he ovat avainasemassa painehaavariskien tunnistamisessa ja painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Potilaat, joiden leikkaus pitkittyy yli kolmeen tuntiin, ovat alttiimpia painehaavoille kuin ne, joiden leikkaus kestää alle kolme tuntia. Pitkissä leikkauksissa on huomioitava, että potilas, joka makaa leikkaustasolla selällään kantapäät kohotettuna, tulisi asettaa niin, että paine kohdistuisi mieluummin pohkeisiin kuin ristiselän alueelle. (Primiano ym. 2012.)

Sairaanhoitajien osaamista liittyen painehaavojen synnyn ehkäisyyn ja hoitamiseen selvitettiin tutkimuksessa, johon osallistuivat leikkaussali- ja tehohoitoyksiköt. Tutkimukseen osallistui 1 132 potilasta, joista 91:llä oli painehaavoja. Heidän painehaavojen yhteenlaskettu määrä oli 142. Useimmat potilaista olivat vuodepotilaita tai heillä oli todettu diabetes. Painehaavoista 42,3 % luokiteltiin kolmannen ja neljännen asteen painehaavoiksi. Yli puolet potilaista sai ennaltaehkäisevää hoitoa sairaanhoitajilta tai läheisiltään. Ennaltaehkäisevässä hoidossa käytettiin erilaisia vartalotuotteita kuten rasvaa, öljyjä ja hierontaa. Nesteytystä ja ravitsemusta käytettiin vain yhdellä kolmasosalla potilaista painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Hoitona lähes kaikki potilaat saivat keittosuolaliuosta ja

osalle suoritettiin leikkaustoimenpide. Tutkimuksessa todettiin, että vaikka sairaanhoitajat työskentelevät päivittäin painehaavojen parissa, heidän osaamisensa painehaavoista ja niiden ehkäisystä on huonoa ilman kunnollista koulutusta. (Amir – Lohrmann – Halfens – Schols 2017.)

Samankaltaisiin tuloksiin päädyttiin toisessakin tutkimuksessa. Siinä etsittiin vastausta siihen, onko systemaattisella koulutusinterventiolla merkitystä osaamiselle. Tutkimukseen osallistuvasta kolmestatoista osastosta viisi oli leikkausyksiköitä. Alkukartoitusaineisto kerättiin strukturoidulla sähköisellä lomakkeella 146 sairaanhoitajalta. Alkukartoitusvaiheessa sairaanhoitajat kokivat, että eniten koulutusta (57,5 %) tarvittaisiin apuvälineiden käytöstä painehaavojen ehkäisyssä ja yleensäkin painehaavojen ehkäisyssä (45,9 %). Vähiten he kokivat koulutustarvetta asentohoidossa (27,4 %) sekä psyykkisen tilan huomioimisessa ja kirjaamisessa (molemmat 17,1 %). Noin vuoden kuluttua sairaanhoitajia testattiin uudelleen. Koulutus sisälsi osiot painehaavojen ehkäisystä ja Braden-riskimittarin käytöstä. Painehaavojen ehkäisyyn liittyvän osaamisen todettiin olevan kohtalaisella tasolla eli koulutukseen osallistuneiden osaaminen oli intervention jälkeen jonkin verran parempi kuin niiden, jotka eivät olleet saaneet koulutusta. (Koivunen – Luotola – Hjerppe – Kauko – Asikainen 2017: 51–63.)

Eräässä toisessa tutkimuksessa selvitettiin myös erikoissairaanhoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamisen lisäksi koulutustarpeita liittyen painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon. Yksiköt koostuivat kirurgisista vuodeosastoista. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunnalla oli vaihtelevasti kokemusta painehaavojen hoidosta. Kun painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää osaamista arvioitiin kouluarvosanoilla 4-10, kokonaisarvosanaksi saatiin 7,31. Parhaiten oli hallussa painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät ja heikoiten osattiin luokitella painehaavoja. Painehaavaluokkien tunnistaminen, painehaavariskien arviointi ja painehaavojen ehkäisyn apuvälineiden käyttö vaativat tutkimuksen mukaan eniten koulutusta. (Koivunen – Luotola – Hautaoja – Laine – Asikainen 2014: 14.)

On myös tutkittu, miten strukturoitu opetusohjelma vaikuttaa sairaanhoitajien tietämykseen painehaavoihin liittyen. Tutkimukseen osallistui 60 sairaanhoitajaa. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Vastaukset osoittivat, että suurimmalla osalla (90 %) sairaanhoitajista oli riittävä tietämys painehaavoista, kun taas 10 %:lla vastaajista oli kohtalainen tietämys. (Lissa – Saraswathi – Munirathanama 2014.)

Eräessä tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien tietämystä painehaavoista. Tutkimukseen osallistui 275 sairaanhoitajaa. Tämän tutkimuksen tulokset puolestaan osoittivat, että sairaanhoitajilla oli puutteellinen tietämys painehaavoista. Tutkimusryhmä loi kampanjan, joka tarkoituksena oli lisätä sairaanhoitajien tietämystä painehaavoista sekä niiden tärkeästä ennaltaehkäisystä. Kahden vuoden päästä heidän tietojaan testattiin uudelleen. Heidän tietonsa olivat kehittyneet ja he pitivät painehaavojen ennaltaehkäisyä paljon tärkeämpänä kuin sen hoitamista. Sairaanhoitajat raportoivat herkemmin korkean riskin tapauksista ja ehkäisivät tapauksia herkemmin. Sairaanhoitajat olivat myös oivaltaneet ravintotasapainon merkityksen painehaavojen ennaltaehkäisyssä. (Haixia – Guohong – Cuirong – Changping 2016.)

Sairaanhoitajien ja hoitoapulaisten tietämystä painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta on selvitetty tutkimuksessa, joka osoitti, että sairaanhoitajilla oli yleisesti ottaen hyvin tietoa painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta, ja että heillä oli hyvä asenne painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa kohtaan. Kävi kuitenkin ilmi, että uusin tutkimustieto ja suositukset koskien painehaavojen ehkäisyä ja hoitoa eivät ole tavoittaneet näitä ammattiryhmiä. Lisäksi alle puolet tutkimukseen osallistuvista kertoi, että heidän osastollaan oli käytössä yhteinen suunnitelma koskien painehaavojen ennaltaehkäisyä. Tutkimus korostaakin sitä, että tutkimustiedon ja käytännön hoitotyön välistä kuilua tulisi kaventaa. (Källman – Suserud 2009.)

On myös selvitetty, että sairaanhoitajien asenteilla on yleisestikin merkittävä yhteys pätevien painehaavojen ehkäisymenetelmien käyttöön. Asenteet erosivat eri työtehtävissä olevien sairaanhoitajien välillä. Parempi asenne tietyissä työtehtävissä olevilla sairaanhoitajilla voi selittyä korkeammalla motivaatiolla ja kiinnostuksella painehaavojen ehkäisyä kohtaan. Sairaanhoitajien tietämys painehaavoista ei sen sijaan ole merkittävästi yhteydessä pätevien ehkäisymenetelmien käyttöön. Osastoilla, joissa sairaanhoitajilla oli enemmän tietoa ehkäisymenetelmistä, ei tutkimuksen mukaan käytetty menetelmiä enempää kuin osastoilla, joissa tietoa oli vähemmän. Tämä saattaa osoittaa, että sairaanhoitajat, joilla on enemmän pätevää tietoa, eivät käytännössä ymmärrä toimia tiedon mukaan. (Beeckman – Defloor – Schoonhoven – Vanderwee 2011.)

## 4 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla. Tavoitteena on hyödyntää tuloksia päiväkirurgisilla osastoilla. Opinnäytetyössä haetaan vastausta kysymykseen: Millaisia ovat sairaanhoitajien kokemukset painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla?

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Aineistonkeruumenetelmä

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, havainnointi ja kysely sekä dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelut luokitellaan useisiin haastattelutyyppeihin, joista yksi on teemahaastattelu. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 68–71, 124.) Teemahaastattelussa edetään valittujen teemojen varassa sekä tehdään tarvittaessa niihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 75). Aihepiirit ja teemat ovat siis jo tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja niiden esittämisjärjestys eivät ole etukäteen tiedossa. Tässä haastattelutyypissä korostuvat ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 125–126.) Tässä työssä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna.

Ryhmähaastattelun käyttö aineistonkeruumenetelmänä on lisääntynyt huomattavasti. Se on vaativa menetelmä ja edellyttää haastattelijalta osallistujien kunnioittamista, kokemusta ryhmän ohjauksesta, haastattelutekniikan hallintaa ja kykyä suojella osallistujien anonymiteettiä. Ryhmähaastattelussa olisi hyvä olla neljästä kuuteen haastateltavaa. Näin kaikki ennättävät tuoda julki mielipiteensä. Alle neljällä osallistujalla keskustelun aktiivinen ylläpitäminen voi osoittautua haasteelliseksi. (Koskinen – Jokinen 2001: 302, 305.)

On tutkittu, että ryhmän liian pitkä haastattelu-aika saa aikaan haastateltavien väsymisen ja aiheesta poikkeamisia. Sopivaksi ajaksi tutkimuksessa päädyttiin tunnin mittaiseen

haastattelu-aikaan. Haastattelu-aikaa lyhentämällä haastattelijan rooli muuttuu aktiivisemmaksi ja haastattelusta muodostuu yhtenäisempi ja tiiviimpi. (Koskinen – Jokinen 2001: 305.)

Ryhmähaastattelut soveltuvat hyvin aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää. Fokusryhmähaastattelun, joka on yksi ryhmähaastattelun muoto, etuna on tiedon saaminen samaan aikaan haastateltavalta, jolla on asiantuntemusta. Ryhmähaastatteluissa ryhmien kokoaminen ja esimerkiksi haastattelupaikan ja -ajan yhteen sovittaminen vaativat aikaa ja järjestelyjä. Haastattelun etuna on ennen kaikkea joustavuus toistaa kysymys ja oikaista väärinkäsitykset. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 73.)

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin nauhoittamalla haastattelut. Lisäksi haastatteluiden aikana kirjoitettiin lyhyitä muistiinpanoja ja havaintoja. Ryhmähaastatteluajasta ja -paikasta sovittiin etukäteen osastojen yhteyshenkilöiden kanssa. Haastattelutilanteita oli yhteensä neljä ja niihin varattiin aikaa noin tunti ryhmää kohden.

## 5.2 Aineiston keruu

Tämän työn aineisto kerättiin haastattelemalla kahden eri sairaalan päiväkirurgisten osastojen sairaanhoitajia ryhmänä. Kummallakin osastolla tehtiin kaksi haastattelua eli haastattelutilaisuuksia oli yhteensä neljä. Haastatteluihin osallistui yhteensä 20 sairaanhoitajaa, ja kussakin haastattelussa oli vähintään neljä osallistujaa. Sairaanhoitajien kokemusvuodet päiväkirurgian osastolta vaihtelivat alle puolesta vuodesta noin 20 vuoteen.

Päiväkirurgisten osastojen sairaalat kuuluvat HUS-kuntayhtymään, ja ovat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) sairaanhoitoalueen piirissä. Päiväkirurgialla tarkoitetaan toimintaa, jossa potilas yleensä kotiutuu toimenpidepäivänä. Usein potilas tulee sairaalaan aamulla ja pääsee kotiin saman päivän iltana. Yhä useampi kirurgisista toimenpiteistä pystytään tekemään päiväkirurgisesti kivunhoidon ja leikkausmenetelmien kehittyessä. Päiväkirurgisesti voidaan hoitaa valtaosaa perusterveiden ihmisten kirurgista hoitoa vaativista taudeista. HUS:ssa tehtiin yhteensä 34 490 päiväkirurgista toimenpidettä vuonna 2011. (HUS: Päiväkirurgia.) Päiväkirurgisilla osastoilla, joilla haastattelut toteutettiin, tehdään vuorokaudessa noin 22–25 toimenpidettä. Osastoilla teh-

dään ortopedisia, urologisia, gastroenterologisia, plastiikkakirurgisia ja endokriiniskirurgisia toimenpiteitä. Näihin kuuluvat muun muassa kilpirauhas-, olkapää-, tyrä-, sappi- ja rintojenpienennysleikkaukset. Kummallakin osastolla työskentelee yhteensä 40–50 sairaanhoitajaa.

Haastattelijan on tärkeää ohjata keskustelua takaisin tutkimuskysymykseen silloin, kun haastateltavat poikkeavat annetusta aiheesta (Koskinen – Jokinen 2001: 206). Kaikissa haastatteluissa sairaanhoitajien välinen keskustelu alkoi välillä harhailla tutkimuskysymyksestä, mutta tarkentavilla kysymyksillä ja tutkimuskysymyksen uudelleen esittelemällä keskustelu palasi takaisin aiheeseen.

Tutkimuksessa tuodaan esille, kuinka tärkeää on sopia, jos haastatteliijoita on useampia, mitä päähaastattelija tekee ja mitä avustavan haastattelijan tehtäviin kuuluu. Päähaastattelijan tärkein tehtävä on haastattelun lisäksi ohjata ryhmää pysymään aiheessa. Avustava haastattelija tekee muistiinpanoja ja tärkeitä havaintoja sekä huolehtii äänityslaitteesta. (Koskinen – Jokinen 2001: 305.) Tätä työtä tehdessä roolit sovittiin haastattelutilannetta ennen, jolloin toinen haastatteliijoista keskittyi pelkästään haastattelun ylläpitämiseen ja toinen muistiinpanojen tekemiseen. Teknisistä laitteista vastattiin yhdessä ja laitteiden toimintakyky varmistettiin hyvissä ajoin ennen haastatteluita.

### 5.3 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysimenetelmänä käytetään yleisesti sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia voidaan pitää yksittäisenä metodina, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan siis pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Aineistoa lähdetään analysoimaan aineistolähtöisellä eli induktiivisellä analyysillä, jossa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä ajatuksena on, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja. (Tuomi – Sarajarvi 2009: 91, 95, 106.)

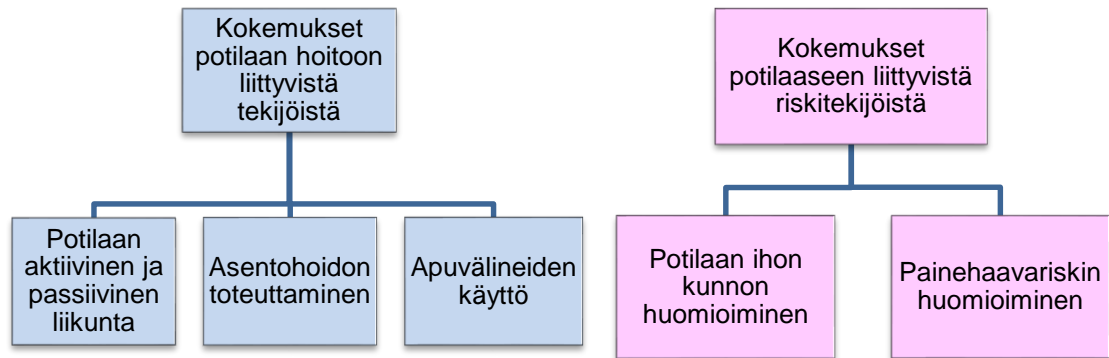
Yleensä materiaali, joka on nauhoitettu, kirjoitetaan auki sanasta sanaan, mutta tutkija voi tehdä myös muita ratkaisuja (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 163–164). Aineistolähtöinen aineistonanalyysi on karkeasti kolmivaiheinen prosessi. Näitä ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahoinnin tarkoituksena on erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostaa teo-

reettisiä käsitteitä valikoidun tiedon perusteella. Sitä jatketaan yhdistelemällä luokkia, jolloin syntyy ala- ja yläluokat. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–111.) Tässä työssä analysointi aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi. Luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että litterointi tapahtui sanatarkasti. Saadut aineistot analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
"...käsia voi välillä liikuttaa..."	Potilaan käsien passiivinen liikunta	Potilaan aktiivinen ja passiivinen liikunta	Kokemukset potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä
"Käännetään potilaan päätä...käsien asento...liikutellaan niitä"	Potilaan passiivinen liikunta		
"...kehotetaan liikuttelemaan jalkoja..."	Potilaan jalkojen aktiivinen liikunta		
"Kysytään potilaalta...miltä asento tuntuu..."	Potilaalta kysyminen asennosta	Asentohoidon toteuttaminen	
"...käden asentoja tarkkaillaan..."	Käden asennon huomioiminen		
"... kiinnitetään huomiota asentoon..."	Asennon huomioiminen		
"...jalkojen alle painetta estäviä geelipatjoja..."	Jalkojen alle geelipatjat	Apuvälineiden käyttö	
"Sääriytynyt... Ne ovat aivan loistavia"	Sääriytynyt koetaan hyväksi		
"...ettei kosteutta jäisi mihinkään...edistää painehaavaa..."	Tavoitteena kuiva iho	Potilaan ihon kunnan huomioiminen	Kokemukset potilaaseen liittyvistä riskitekijöistä
"...ihon rasvaaminen pitää potilaan ihon kunnossa..."	Potilaan ihon rasvaaminen		
"...päänahkaa hierotaan välillä, kun se kuitenkin painaa siihen..."	Päänahkaa hierontaan		
"...pyrkii ottamaan riskitekijät huomioon"	Pyritään huomioimaan riskitekijät	Painehaavariskin huomioiminen	
"...olen pyrkinyt ottamaan painehaavariskin huomioon..."	Pyritään huomioimaan painehaavariski		

Aineisto luokiteltiin viiteen alaluokkaan ja kahteen yläluokkaan. Alaluokat olivat potilaan aktiivinen ja passiivinen liikunta, asentohoidon toteuttaminen, apuvälineiden käyttö, potilaan ihon kunnon huomioiminen ja painehaavariskin huomioiminen. Yläluokat olivat kokemukset potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä ja kokemukset potilaaseen liittyvistä riskitekijöistä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Sairaanhoitajien kokemuksia kuvaavat viisi alaluokkaa ja kaksi yläluokkaa.

## 6 Tulokset

### 6.1 Kokemukset potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä

Jokaisen haastattelun alussa sairaanhoitajat toivat ensimmäisenä esiin kokemuksiaan **asentohoidon toteuttamisesta** painehaavojen ehkäisykeinona, esimerkiksi näin: "...asentohoidot pyritään katsomaan", "...asentohoito on yksi oleellinen..." ja "hyvin huomioidaan kyllä potilaiden asennot". He kertoivat, että on erittäin tärkeää huomioida kaikki kohdat, joihin saattaa helposti kohdistua painetta. Toimenpiteitä tehdään eri asennoissa, joten jokaisessa asennossa on omat kohdat, joihin pitää kiinnittää erityistä huomiota. Esimerkiksi vatsa-asennossa tulee erityisesti huomioida muun muassa varpaat, polvet ja miehillä genitaalialue. Olkapääasennossa tulee taas kiinnittää huomiota korviin. Haastateltavat painottivat, että paikallispuudutuksessa tehtävissä toimenpiteissä potilaat pysyvät myös itse osallistumaan aktiivisesti asentohoitoon. Haastateltavat kertoivat, että vaikka potilas nukutettaisiin toimenpidettä varten, ennen nukutusta kysytään potilaalta asennon sopivuudesta. Potilaalle painotetaan, että on tärkeää huomioida se, että missään ei tunnu painetta, puristusta tai venytystä. Useimpien leikkausten aikana asentoa



on mahdollista myös hieman muuttaa. Joissakin leikkauksissa potilaat kuitenkin ovat koko ajan samassa asennossa, jolloin vasta leikkauksen jälkeen tarkistetaan, että minnekään ei ole tullut merkkejä alkavasta painehaavasta.

Sairaanhoitajien oma aktiivisuus asentohoidon toteuttamisen kehittämisessä nousi esiin yhdessä haastattelussa. Sairaanhoitajat kertoivat itse testaavansa asentoja, joissa potilaat ovat toimenpiteiden aikana: ”Mennään niihin makaamaan ja kokeillaan, miltä tuntuu olla siinä asennossa.” He kertoivat sen olevan tärkeää, että eri sairaanhoitajat kokeilevat asentoja, koska myös potilaat ovat rakenteiltaan ja muodoiltaan erilaisia.

Haastatteluissa pohdittiin lisäksi sitä, miten painehaavojen ehkäisyä osastolla voitaisiin kehittää. Sairaanhoitajat mainitsivat muun muassa sen, että potilaan asentoon voisi kiinnittää enemmän huomiota varsinkin silloin, kun potilas on nukutettu. Nukutettuna potilas ei itse pysty kertomaan, jos asento on huono tai joku kohta painaa. Eräs sairaanhoitajista mainitsi, että letkujen pehmustamiseen pitäisi kiinnittää lisähuomiota

Potilaan **aktiivista ja passiivista liikuntaa** pidetään tärkeänä painehaavojen ehkäisykeinona. Potilaan passiivisella liikunnalla tarkoitetaan, että sairaanhoitaja liikuttelee potilasta toimenpiteen aikana ja aktiivinen liikunta sitä, että potilas liikuttelee itse itseään. Haastateltavat toivat esille, että sekä leikkaussalin että heräämön puolella on tärkeää huomioida, että potilaan ja patjan välille ei kohdistu painetta. Potilaan ollessa nukutettuna leikkaussalissa sairaanhoitajat huolehtivat aika-ajoin erityisesti potilaan pään ja raajojen liikunnasta. Leikkauksien pitkittyessä kiinnitetään erityistä huomiota potilaan passiiviseen liikuntaan. Eräs haastateltava kertoi, että heidän yksikössään leikkauksen pitkittyessä potilaille tehdään jumppaa eli potilaan käsien asentoa vaihdellaan. Olkapääleikkauksissa käsiä ei saisi liikutella. Myös kilpirauhasleikkauksissa, joissa potilas peitelään niin, että vain kaula näkyy, liikuttelua ei tapahdu. Tämä koetaan hankalaksi asennoksi potilaan passiivisen liikunnan kannalta.

Heräämössä hereillä olevia potilaita kehoitetaan liikuttelemaan jalkoja ja käsiä. Haastateltavat kertoivat, että antavat potilaan rauhassa pumpata nilkkoja, pyöritellä ranteita ja kääntyä kyljelleen. He totesivat, että potilaat kuitenkin usein lähtevät itse liikuttelemaan itseään sängyssä ilman sen kummempaa ohjausta. Potilaan aktiivista ja passiivista liikuntaa kuvailtiin esimerkiksi näin: ”Käännetään potilaan päätä...käsien asento...liikutellaan niitä...” ja ”...kehoitetaan liikuttelemaan jalkoja.”

Haastatteluissa korostettiin **apuvälineiden käytön** tärkeyttä painehaavojen ehkäisykeinona. Tällaisia apuvälineitä ovat muun muassa erilaiset pehmusteet. Eräs haastateltava kertoi, että pehmusteita laitetaan aina mahdollisimman paljon. Kantapäiden ja jalkojen alle laitetaan esimerkiksi painetta estäviä geelipatjoja tai muuta vaahtomuovia. Ristiluun alueelle, kyynärpäiden ja olkapäiden alle voidaan myös laittaa pehmusteita. Letkuja ja johtoja pehmustetaan, jos ne ovat kosketuksessa potilaaseen. Jos huomataan alkava painehaava, niin siihen voidaan käyttää pehmustettuja haavalappuja, jotka ehkäisevät sen etenemisen. Käytössä on myös paljon erilaisia ja erimuotoisia tyynyjä, esimerkiksi kehon lämpöön reagoivia tyynyjä, jotka aluksi saattavat tuntua kovilta, mutta jotka muoutuvat kehon mukaan. Kylkityynyn avulla hartia ja käsi saadaan hyvään asentoon. Sääriytynyt koettiin erityisen hyväksi: ”Sääriytynyt ovat kyllä aivan loistavia! Ja minusta tuntuu, että potilaatkin kommentoivat heti, että sääriytyny meni hyvin paikalleen.”

Lisäksi huomioidaan, että leikkaustasot ovat riittävän hyviä, ja niissä on kunnollinen patja. Patjoja voidaan täyttää geelilevyillä. Haastateltavat kertoivat myös uudenlaisista patjoista leikkaustasoissa, joissa on hyvät pehmusteet itsessään ja jotka antavat myöten. Ne edesauttavat sitä, että muita pehmusteita ei tarvitse olla niin paljon. Tasoihin liittyen haastateltavat mainitsivat, että tulee aina katsoa, että alustat ovat suorassa, eikä potilaan alle jää mitään ryppyjä tai muuta mikä kohdistaisi potilaaseen painetta. Apuvälineitä ovat myös erilaiset toimenpiteissä käytettävät tuet, joilla tuetaan potilas hyvään asentoon, ja saadaan paine siirrettyä tasaisesti. Esimerkiksi sivutukia käytetään tukemaan potilas kylkiasentoon. Tukia pehmustetaan erikseen vielä tyynyillä.

Haastattelussa tuotiin esiin, että painehaavojen ehkäisykeinona käytettävien materiaalien hankkiminen on taloudellinen kysymys, johon sairaanhoitajat itse eivät aina voi vaikuttaa. Pehmusteet ja tuet ovat kulutustavaraa, jotka käytössä painuvat ja kuluvat, ja joita tarvitsee uusia. Haastateltava kertoi, että sairaanhoitajat yrittävät hankkia niin paljon kaikenlaisia pehmusteita ja muita materiaaleja osastolle, kuin saavat.

Yhdessä haastattelussa sairaanhoitajat kertoivat saaneensa palautetta useammalta potilaalta eräästä tietystä alle kaksi tuntia kestävästä toimenpiteestä, jonka aikana näiden potilaiden kantapäät olivat kipeytyneet. Toimenpiteessä potilaat olivat olleet selällään, ja kantapäiden alla oli käytetty poikkeuksetta geelipehmustetta. Tämä ei kuitenkaan ollut riittänyt, vaan joidenkin potilaiden kantapäät olivat tulleet todella kipeiksi. Palautteen perusteella osastolla oli otettu käyttöön sääriytynyt, joiden avulla kantapäät ovat toimenpiteen ajan ilmassa.

## 6.2 Kokemukset potilaaseen liittyvistä riskitekijöistä

**Ihon kunnon huomioimista** pidettiin yhtenä merkittävänä painehaavojen ehkäisykeinona haastateltavien keskuudessa. Sairaanhoitajat toivat esille, että he yrittävät pitää potilaan ihon kuivana, sillä kosteus iholla edistää painehaavan syntymistä: "...ettei kosteutta jäisi mihinkään...edistää painehaavaa." Kosteutta voi jäädä potilaan iholle esimerkiksi pesuaineista tai desinfiointiaineen jäämistä. Myös verityhjiömansetin alle voi jäädä vahingossa kosteutta.

Yhtenä painehaavan ehkäisykeinona pidettiin ihon rasvaamista sekä hierontaa. Haastateltavat kertoivat, että he hierovat erityisesti potilaan poskia ja nenänpäätä, jos leikkaus on toteutettu vatsa-asennossa. Lisäksi he totesivat hieronnasta näin: "...päänahkaa hierotaan välillä, kun se kuitenkin painaa siihen...". Eräessä haastattelussa nousi esille myös potilaan lämpötilan seuranta etenkin plastiikkakirurgisissa leikkauksissa, sillä lämpötila vaikuttaa ihon pintaverenkiertoon, mikä taas altistaa painehaavojen syntymiselle.

Sairaanhoitajat kertoivat ottavansa potilaan **painehaavariskin** huomioon ennen toimenpidettä. Painehaavariskiä lisää esimerkiksi se, jos potilas on hyvin laiha tai obeesi. Lisäksi jos potilas on iäkäs tai hänellä on muuten hauras iho, painehaavariski on korkeampi. Myös perussairaudet vaikuttavat potilaan painehaavariskiin. Painehaavariskiä huomioidessa ennen toimenpidettä katsotaan potilaan taustatiedot, joista selviää, onko riskiä olemassa: "...jokainen katsoo aluksi potilaan taustatiedot...sieltä voidaan nähdä onko riskiä taustalla...niin kiinnitetään siihen vielä enemmän huomiota."

Yhdessä haastattelussa pohdittiin sitä, että potilaan lämpötilaan pitäisi kiinnittää enemmän huomiota, koska lämpötila vaikuttaa painehaavan syntymiseen. Eräs haastateltava mainitsi vielä, että monesti vaikka toimenpide olisi hyvin lyhytkin, usean potilaan rystyset ovat punoittaneet toimenpiteen jälkeen. Hän totesi, että tässä asiassa heillä olisi vielä parantamisen varaa.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla. Aineisto kerättiin kahdelta eri päiväkirurgian osastolta haastattelemalla yhteensä 20 sairaanhoitajaa, joilta saatiin tässä työssä esitetyt tulokset. Jokaisessa neljässä ryhmähaastattelussa sairaanhoitajat toivat esiin melko samankaltaisia kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgian osastolla.

### 7.1 Tulosten pohdinta

Tulokseksi tästä työstä saatiin, että sairaanhoitajien kokemukset painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla liittyivät potilaan asentohoitoon, aktiiviseen ja passiiviseen liikuntaan, apuvälineiden käyttöön, potilaan ihon kunnon huomioimiseen sekä riskitekijöiden huomioimiseen. Asentohoidossa tulee kiinnittää huomiota painehaavariskissä oleviin kehon eri alueisiin riippuen asennosta, jossa toimenpide tehdään. Useissa tapauksissa potilas pystyy myös itse osallistumaan asentohoitoon. Apuvälineinä painehaavojen ehkäisyssä käytetään paljon erilaisia pehmusteita, jotka vähentävät potilaaseen kohdistuvaa painetta. Erilaiset tuet taas auttavat potilaan asentoon, joka ennaltaehkäisee painehaavojen syntymistä. Osaltaan painehaavariskin ehkäisykeino on myös riskitekijöiden huomioonottaminen, jota toteutetaan kummallakin päiväkirurgisella osastolla. Painehaavoja ehkäistään myös huomioimalla potilaan ihon kunto esimerkiksi hieromalla ja pitämällä se kuivana. Potilaan aktiivisella ja passiivisella liikunnalla pyritään ehkäisemään painehaavoja estämällä pitkäaikainen paine samaan kohtaan kehoa.

Aikaisempaa tutkimustietoa sairaanhoitajien kokemuksista painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla ei löytynyt. Sen sijaan tutkimustietoa liittyen sairaanhoitajien osaamiseen painehaavojen hoitamisessa ja synnyn ehkäisyssä leikkaussalissa löytyi. Samansuuntaisia tuloksia saatiin Amir ym. (2017) tekemän tutkimuksen kanssa. Tutkimuksen perusteella painehaavojen ehkäisykeinona pidettiin ihon hoitamista, kuten rasvaamista ja hierontaa. Tässä työssä haastatellut sairaanhoitajat kertoivat käyttävänsä samanlaisia keinoja painehaavojen ehkäisyyn päiväkirurgian osastolla.

Aikaisemmin on myös tutkittu sairaanhoitajien asenteiden yhteyttä pätevien painehaavojen ehkäisymenetelmien käyttöön. Lisäksi on selvitetty sairaanhoitajien osaamista ja koulutustarpeita liittyen painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon kirurgisilla vuodeosastoilla.

On tutkittu myös sairaanhoitajien tietämystä painehaavojen ehkäisystä ja hoidosta. Tämän opinnäytetyön tulokset eivät kuitenkaan olleet näihin vertailukelpoisia, koska työn tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista.

Tämän opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että sairaanhoitajilla päiväkirurgisilla osastoilla on tietämystä ja osaamista painehaavojen ehkäisykeinoista ja painehaavojen ehkäisyä toteutetaan siinä määrin kuin se on tarpeellista. Päiväkirurgian osastoilla toimenpiteet ovat kuitenkin pääsääntöisesti niin lyhyitä, että painehaavan syntymisen riski on hyvin pieni. Tämän takia sairaanhoitajilla oli melko niukasti kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla. Tuloksista voidaan myös päätellä, että koska sairaanhoitajilla on osaamista liittyen painehaavojen ehkäisyyn, niitä ei juurikaan ilmene päiväkirurgisilla osastoilla. Työn tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä hoitotyötä päiväkirurgisilla osastoilla.

## 7.2 Luotettavuuden pohdinta

Laadullisissa tutkimuksissa luotettavuuden arviointikriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.) Uskottavuuden edellytyksenä on, että tulokset kuvataan niin selkeästi, että tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset sekä analyysin teko ovat lukijan ymmärrettävissä. Uskottavuus edellyttää myös sitä, että analyysi kuvataan mahdollisimman tarkasti, sillä aineiston ja tulosten suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198.) Uskottavuuden lisäämiseksi tutkimuksen tekijän tulisi varmistaa, että tutkimustulokset ja tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsitykset tutkimuskohteesta ovat samankaltaisia. Keskustelu tutkimuksen tuloksista työn eri vaiheissa tutkimukseen osallistuvien kanssa vahvistaa uskottavuutta. Lisäksi uskottavuutta lisää se, että tutkimuksen tekijä on tarpeeksi pitkän ajan tekemisissä tutkittavan aiheen kanssa. (Kylmä – Juvakka 2007: 128.) Siirrettävyys kuvaa sitä, missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tilanteeseen eli kontekstiin. Huolellinen tutkimusympäristön kuvaus, osallistujien valinta ja taustojen selvittäminen sekä aineiston keruu ja analyysin seikkaperäinen kuvailu ovat siirrettävyyden perusta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198.) Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että prosessin kulkua pääpiirteissään voi seurata toinen tutkija. Refleksiivisyyden edellytyksenä on tutkimuksen tekijän tietoisuus omista lähtökohdistaan tutkimuksen te-

kijänä. Tekijän tulee arvioida, millä tavalla hän itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Tutkimusraportissa tekijän tulee kuvata tutkimuksen lähtökohdat. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tarkastelemalla muun muassa tutkimuksen tarkoitusta, asetelmaa, otoksen valintaa, analyysia, tulkintaa, refleksiivisyyttä, eettistä näkökulmaa sekä relevanssia (asian oleellisuus) ja siirrettävyyttä. Näissä tutkimuksen eri vaiheissa korostuvat eri kriteerit. Tutkimuksen tarkoituksen vaiheessa luotettavuuden keskeiset kriteerit ovat tutkimuskysymysten selkeys ja perustelut. Eryistä huomiota tulee kiinnittää tutkimuskohteen selkeään kuvaukseen ja tarkoituksen esittämiseen. Tämän vaiheen kriteerinä on myös tutkimuksen kontekstin perustuminen kirjallisuuteen. Asetelmavaiheessa kriteerinä on tutkimusmenetelmän ja asetelman selkeys. Näiden tulee olla yhteydessä tutkimuksen tarkoitukseen. Otoksen valinnan vaiheessa keskeinen kriteeri on sopiva otoksen tai näytteen valinnan menetelmä, ja huomiota tulee kiinnittää muun muassa valintakriteerin yksityiskohtaiseen kuvaukseen sekä otoksen valinnan perusteluun. Analyysivaiheessa luotettavuuden kriteerinä on asianmukainen analyysimenetelmä. Tulkintavaiheessa kriteerit täyttyvät, kun tutkimusprosessia kuvataan riittävästi, tulkinnassa kuvataan ja käytetään kontekstia sekä käytetään aineistoa tulkinnan tukena. Refleksiivisyysvaiheessa keskeinen kriteeri on tutkijan refleksiivisyys, ja huomiota tulee kiinnittää esimerkiksi tutkijan ja osallistujan suhteen kuvaukseen ja itsearviointiin. Eettisen näkökulman vaiheessa luotettavuuden kriteeri on tutkijan eettinen vastuu, eli muun muassa autonomian, suostumuksen, luottamuksellisuuden ja anonyymiyden takaaminen. Relevanssin ja siirrettävyyden vaiheessa kriteerinä on evidenssi eli näyttö. Huomiota tulee kiinnittää esimerkiksi järkevään tulkintaan, aikaisempaan tietoon ja kokemukseen sekä arviointiin siitä, miten tulos sopii toisiin yhteyksiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 202–204.)

Tämän työn luotettavuus varmistettiin edellä kuvattujen kriteereiden avulla. Uskottavuuden lisäämiseksi tutkimuskysymyksestä muodostettiin selkeä ja tutkimuskohde kuvailtiin tarkasti. Jotta aineiston ja tulosten välinen suhde olisi luotettava, analyysin eteneminen kuvailtiin tarkasti ja ymmärrettävästi, käyttäen apuna taulukointia ja kuviota. Saatuja tuloksia kuvailtiin mahdollisimman tarkasti ja kattavasti. Tulosten tulkinnan tueksi etsittiin aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa. Analyysimenetelmä oli asianmukainen ja tähän tutkimukseen sopiva. Tutkimusprosessi kuvattiin selkeästi ja riittävästi, ja tulkinnan tukena käytettiin aineistoa, kuten haastattelujen lainauksia. Lisäksi tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset kirjattiin. Tutkimukseen osallistuvien kanssa ei kuitenkaan keskusteltu

tutkimuksen tuloksista työn eri vaiheissa. Siirrettävyyttä lisäsi huolellinen kuvaus tutkimusympäristöstä, tutkimukseen osallistuvien määrästä ja kokemusvuosista sekä analyysin yksityiskohtainen kuvailu. Työn refleksiivisyyttä lisää se, että tämän opinnäytetyön tekijät olivat tietoisia omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijöinä. Aiemman kokemuksen puuttuminen tutkimuksen tekemisestä saattoi vaikuttaa tutkimusprosessiin.

Tilat, joissa haastattelut toteutettiin, oli mietitty etukäteen. Ne olivat rauhallisia ja intii-mejä, ja ilmapiiri haastatteluissa oli hyvä. Haastateltavat puhuivat selkeästi ja äänitys onnistui hyvin, mikä helpotti analyysia. Isommassa ryhmässä pienenä haasteena oli, että välillä haastateltavat puhuivat toistensa päälle. Tämä hankaloitti osin aineiston litterointia, mutta vaikutti vain vähän sisältöön.

Yhtenä haasteena haastatteluista tehdessä oli teema suhteessa tutkimusympäristöön. Jotkut haastateltavista kokivat, että heillä ei juurikaan ole kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgian osastolta, koska toimenpiteet ovat yksikössä niin lyhyitä, että painehaavat ovat pieni ongelma. Kuitenkin kun keskustelu lähti käyntiin, kaikilla haastateltavilla oli kerrottavanaan ainakin joitakin kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista. Toisissa haastatteluissa keskustelua syntyi enemmän kuin toisissa, ja tähän vaikutti etenkin ryhmän koko. Isommissa ryhmissä keskustelua oli enemmän kuin pienemmissä ryhmissä. Toisena haasteena tässä työssä koettiin haastattelutilanteen keskeytys. Toinen haastattelu keskeytyi kahdesti, koska osa haastateltavista saapui paikalle haastattelutilanteen jo alettua. Tämän takia ajatus osalla keskeytyi ja jouduttiin aloittamaan alusta. Lisäksi haastattelutilanteissa tämän työn tutkimusympäristö eli päiväkirurgiset osastot herättivät joissakin tutkimukseen osallistuvissa ihmetystä, koska painehaavat ovat näillä osastoilla hyvin harvinaisia.

Tämän opinnäytetyön tekemisessä luotettavuuteen saattoi vaikuttaa se, että aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta ei löytynyt. Tämän vuoksi saatuja tuloksia ei juurikaan pystytty vertailemaan aikaisempaan tietoon.

### 7.3 Eettisyyden pohdinta

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiksi lähtökohdiksi on asetettu muun muassa itsemääräämisoikeus, vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti sekä tutkimuslupa. Tutkimukseen osallistumisen lähtökohta on tutkittavien itsemäärää-

misoikeus. Osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja siitä on oltava mahdollisuus kieltäytyä. Tutkittavan on myös tiedettävä täysin, mikä on tutkimuksen luonne, eli osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tutkittavat valikoidaan tasa-arvoisina, jotta oikeudenmukaisuus tutkimustyössä säilyisi. Oikeudenmukaisuuden kunnioittamiseen kuuluu myös tutkittavien kulttuuristien uskomusten ja tapojen kunnioitus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218–223).

Tässä työssä itsemääräämisoikeus toteutui informoimalla tutkimukseen osallistuvia saattekirjeessä tutkimuksen vapaaehtoisuudesta. Lisäksi haastattelutilanteessa ennen haastattelun alkua osallistujille kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista. Heitä informoitiin ennen tutkimusta tutkimuksen luonteesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ja keskeyttää se. Osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Jokainen osallistuja sai ennen haastattelun alkua allekirjoitettavakseen tietoisin suostumuksen lomakkeen. Ennen haastattelua osallistujille kerrottiin, että haastattelut nauhoitetaan ja materiaali hävitetään aineiston käsittelyn jälkeen. Tutkittavia informoitiin myös tulosten julkaisemisesta ja aineiston säilyttämisestä. Oikeudenmukaisuus taattiin tässä työssä siten, että tutkittavat valikoituvat satunnaisesti. Lisäksi tutkittavien kulttuurisia uskomuksia ja tapoja kunnioitettiin.

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein alkuperäisilmauksia todentamaan saatuja tutkimustuloksia, jolloin on syytä anonymiteetin suojaamiseksi arvioida, tulisiko esimerkiksi murrekieliset alkuperäisesimerkit kääntää yleiskielelle tunnistettavuuden vuoksi. Tutkimusta varten haetaan yleensä tutkimuslupa. On hyvä varmistaa luvan hakua tehdessä saako organisaation nimeä kuvata tutkimusraportissa. Plagiointi on myös tärkeä eettinen kysymys tutkimusta tehdessä. Toisen henkilön kirjoittaman tekstin suora lainaaminen ilman lähdeviitettä tai omien tulosten toistaminen on plagiointia. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 221–222, 224.)

Tutkittavien anonymiteetti suojattiin tässä työssä siten, että tutkittavat pysyivät nimettöminä ja tutkimustietoja ei luovutettu tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille. Murrepohjaiset alkuperäisilmaisut käännettiin yleiskielelle tunnistettavuuden takia. Tälle työlle myönnettiin asianmukainen tutkimuslupa. Koska kohdeorganisaatio HUS oli tilannut tutkimustyön, sen nimi mainittiin, mutta yksiköiden nimet pysyivät lukijalle tuntemattomina. Plagioinnin ehkäisemiseksi käytettiin tässä työssä Turnitin-ohjelmaa, joka tarkistaa, kuinka suuri osa valmiista työstä on plagioitua. Tälle opinnäytetyölle myönnettiin asianmukainen tutkimuslupa.



## 8 Yhteenveto

Sairaanhoitajien kokemukset painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla liittyvät potilaan aktiiviseen ja passiiviseen liikuntaan, asentohoidon toteuttamiseen, apuvälineiden käyttöön, ihon kunnon huomioimiseen sekä potilaaseen liittyvien riskitekijöiden huomioimiseen. Koska aikaisempaa tutkimustietoa sairaanhoitajien kokemuksista painehaavojen ehkäisykeinoista päiväkirurgisilla osastoilla ei löytynyt, vertailua aikaisempaan tutkittuun tietoon ei voitu juurikaan tehdä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että sairaanhoitajien kokemukset painehaavojen ehkäisykeinoista voidaan jakaa seuraaviin yläluokkiin:

- kokemukset potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä
- kokemukset potilaaseen liittyvistä riskitekijöistä.

## 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.

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. Third Quarter. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 8 (3). 166–176. Saatavilla sähköisesti.

Haixia, Feng – Guohong, Li – Cuirong, Xu – Changping, Ju 2016. Educational campaign to increase knowledge of pressure ulcers. *British Journal of Nursing* 25 (12). 30–35. Saatavilla sähköisesti.

HUS. Päiväkirurgia. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/paivakirurgia/Sivut/default.aspx>>. Luettu 6.10.2017.

Juutilainen, Vesa – Hietanen, Helvi 2016. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

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

Koivunen, Marita – Luotola, Eija – Hjerppe, Anna – Kauko, Tommi – Asikainen, Paula 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. *Hoitotiede* 29 (1). 51–63.

Koskinen, Liisa – Jokinen, Pirkko 2001. ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13 (6). 301–309.

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

Källman, Ulrika – Suserud, Björn-Ove 2009. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23. 334–341. Saatavilla sähköisesti.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lissa, J. – Saraswathi, K. N. – Munirathanama, K. 2014. Effectiveness of Structured Teaching Programme on Knowledge regarding Management of Pressure sore among the nurses in selected Hospital at Mysore. *Asian Journal of Nursing Education & Research*, 4 (1). 119–122. Saatavilla sähköisesti.

Lumio, Jukka 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Duodecim Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313)>. Luettu 5.10.2017.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Painehaavojen ehkäisy ja hoito: Tiivistelmä suosituksesta 2014. Alkuperäinen lähde: 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. <<http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>>. Luettu 2.5.2018.

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö 2015. 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 13.10.2017.

Primiano, Mike – Friend, Michael – McClure, Connie – Nardi, Scott – Fix, Lisa – Schaffer, 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.

Soppi, Esa 2010. Aikakauskirja Duodecim 126 (3). 261–268. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecimlehti.fi/duo98591>>. Luettu 10.10.2017.

Soppi, Esa 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropoli.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00352&p\\_haku=painehaava](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropoli.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava)>. Luettu 12.10.2017.

Suomen Haavanhoitoyhdistys ry 2016. Tiedote 2016. STOP Painehaavoille! Ehjä iho on ihmisoikeus! Verkkodokumentti. <<https://www.shhy.fi/site/assets/files/1043/stop-ph-tiedote-2016.pdf>>. Luettu 10.10.2017.

Suomen Verisuonikirurginen yhdistys ry. 2017. Painehaava. Verkkodokumentti. <<https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>>. Luettu 19.10.2017.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.