

Johanna Virkkunen, Sara Wathén

Sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista teho-osastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Toukokuu 2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Johanna Virkkunen, Sara Wathén Sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista teho-osastoilla 28 sivua Toukokuu 2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Liisa Montin, TtT, sh, Lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista teho-osastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kanssa. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää painehaavojen ehkäisyn kehittämisessä.</p> <p>Opinnäytetyön toteuttamisessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluina kolmelta eri teho-osastolta teemahaastattelun muodossa. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömästi. Haastateltavat allekirjoittivat tietoisien suostumuksen lomakkeen ennen haastattelun alkamista. Haastattelut nauhoitettiin analysointia varten. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analysoitu aineisto luokiteltiin kuuteen alaluokkaan ja kolmeen yläluokkaan. Yläluokkia ovat potilaan hoitoon liittyvät tekijät, sairaanhoitajan osaamiseen liittyvät tekijät sekä toimintaympäristöön liittyvät tekijät.</p> <p>Painehaavojen ehkäisykeinoista sairaanhoitajat toivat esille niin hoitotyön toimintojen kuin tehohoitopotilaan erityispiirteidenkin huomioimisen merkityksen. Myös työyhteisön asenteiden, koulutuksen sekä resurssien merkitys nousi esille. Painehaavojen ehkäisy on tärkeä osa jokapäiväistä hoitotyötä. Riittävät resurssit ja apuvälineet mahdollistavat kokonaisvaltaisen painehaavojen ehkäisyn toteuttamisen.</p> <p>Kriittisesti sairaiden potilaiden kohdalla painehaavojen syntymistä ei voida aina ehkäistä johtuen potilaan tilan aiheuttamista rajoitteista. Sairaanhoitajat kuitenkin kokivat vakavimpien painehaavojen vähentyneen. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset ovat siirrettävissä muihin samankaltaisiin toimintaympäristöihin ja edustavat hyvin sairaanhoitajien kokemuksia teho-osastoilla.</p>	
Avainsanat	Painehaava, painehaavojen ehkäisykeinot, sairaanhoitajien kokemukset, teho-osasto

Author(s) Title Number of Pages Date	Johanna Virkkunen, Sara Wathén Nurses' experiences on preventing pressure ulcers in intensive care unit 28 pages May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
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 nurse's experiences on pressure ulcer prevention in intensive care units (ICU). This thesis was done in collaboration with Metropolia University of Applied sciences and Hospital district of Helsinki and Uusimaa (HUS). The aim is to use the results in developing pressure ulcer prevention.</p> <p>This thesis was carried out by using qualitative research method. Material was gathered in group interviews from three different intensive care units using semi-structured interview. Participation was voluntary and anonymous. Interviewees signed a form of written consent. Interviews were recorded for later analysis. Material was analyzed using inductive content analysis. Analyzed material was divided into six subcategories and three main categories. Main categories are factors concerning the patient, factors concerning the nurse's skills and factors concerning the operational environment.</p> <p>Nurses brought up multiple prevention methods considering basic care and critically ill patients special needs in intensive care unit. Attitudes in work community, resources and education was brought up in the interviews. Preventing pressure ulcers is an important part of everyday nursing. Pressure ulcer prevention is made possible with adequate resources and equipment. It isn't always possible to prevent pressure ulcers because of patient's critical condition. Nurses thought that the incidence of the most severe pressure ulcers has decreased.</p>	
Keywords	Pressure ulcer, pressure ulcer prevention, nurses experiences, intensive care unit

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	1
2.1	Painehaavan määritelmä ja luokittelu	1
2.2	Painehaavariskin arviointi	3
2.3	Painehaavojen ehkäisykeinot	4
2.3.1	Ihon kunnon ylläpitäminen	4
2.3.2	Ravitsemustilan huomiointi ja ylläpito	5
2.3.3	Asentohoidon toteuttaminen	6
2.3.4	Apuvälineiden käyttö	7
3	Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa	7
3.1	Painehaavojen esiintyvyys ja riskitekijät teho-osastolla	7
3.2	Sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	10
5	Opinnäytetyön toteutus	10
5.1	Yhteistyöosastojen kuvaus	10
5.2	Aineistonkeruumenetelmä	11
5.3	Aineiston keruu ja analyysi	12
6	Opinnäytetyön tulokset	14
6.1	Potilaan hoitoon liittyvät tekijät	14
6.2	Sairaanhoitajan osaamiseen liittyvät tekijät	16
6.3	Toimintaympäristöön liittyvät tekijät	17
7	Pohdinta	18
7.1	Tulosten pohdinta	18
7.2	Luotettavuuden pohdinta	20
7.3	Eettisyyden pohdinta	22
7.4	Yhteenveto	24
	Lähteet	25

1 Johdanto

Painehaavat ovat yleisiä kudosisvaurioita, jotka tuottavat kipua, lisäävät infektioriskiä ja ahdistusta, sekä aiheuttavat korkeita hoitokuluja. Suurimmassa vaarassa ovat akuutisti sairast potilaat, joiden liikkuminen on rajoittunutta esimerkiksi sairaalahoiton takia. (National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2015.) Painehaavoja esiintyy hoitolaitoksissa ja sairaaloissa olevista potilaista noin 5–25 %:lla potilasryhmästä riippuen. Suomessa painehaavojen aiheuttamat kulut ovat arviolta vuosittain noin 350–520 miljoonaa euroa. Parhain tapa välttää painehaavoja on ennaltaehkäisy. Ennaltaehkäisyn kustannukset ovat arvioituna vain noin 10% kokonaishoitokuluista. (Soppi 2016.)

Teho-osastoilla hoidettavilla potilailla on suurempi riski saada painehaavoja muihin potilasryhmiin verrattuna (Hyun ym. 2013). Tehohoitopotilaiden korkeaan painehaavariskiin voivat vaikuttaa monet asiat. Potilaat ovat usein niin kriittisesti sairaita, että heidän liikkumisensa on täysin hoitohenkilökunnan varassa. Potilaat saavat elintoimintoja ylläpitäviä lääkkeitä, jotka voivat huonontaa kudosten verenkiertoa ja heidän painonsa saattaa laskea nopeasti. Potilailla voi olla monia sairauksia ja monen elimen samanaikainen toimintahäiriö. (Thorpe 2015.) Sairaanhoitajat ovat tärkeässä asemassa painehaavojen ehkäisyssä, joten heidän tulee tunnistaa painehaavojen riskit sekä tarvittavat ehkäisykeinot yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla (Ellis 2016).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla teho-osastojen sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä kolmen eri teho-osaston kanssa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun tilaamana. Tavoitteena on, että opinnäytetyössä saatua tietoa voidaan hyödyntää painehaavojen ehkäisyn kehittämisessä.

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

2.1 Painehaavan määritelmä ja luokittelu

Painehaavalla tarkoitetaan syntyvaltaan monimutkaista paikallista ihon vauriota. Painehaava voi ulottua myös ihon alla oleviin kudoksiin. Tavallisimmin painehaava sijait-

see luisen ulokkeen kohdalla ja aiheuttajana on paine, venytys tai molemmat yhdessä. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.) Paineen aiheuttamat vauriot ovat osittain erilaisia eri kudoksissa, jonka takia kaikkia painehaavan syntyyn liittyviä tekijöitä ei vielä tunneta (Soppi 2010). Painehaavan syntymisen kannalta kudokseen kohdistuvan paineen suuruus, kesto sekä kudoksen verenkierto ovat ratkaisevassa asemassa (Roberts – Alhava – Höckerstedt – Lepäniemi 2010: 818). Kudoksen hapenpuutteen kesto vaikuttaa oleellisesti painehaavan syntyyn. Kudokseen syntyy kuolio, kun paine ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen ja verenkierto alueelle lakkaa. Kun painealtistus loppuu, kudoksen verenkierto kiihtyy, nesteitä vapautuu soluvälitiloihin ja aiheutuu turvotusta. Alueen paikallinen tulehdusreaktio lisääntyy, joka entisestään aiheuttaa turvotuksen pahenemista. Myös immuneste-kierron häiriintyminen lisää turvotusta, joka lisää kudosaauriota. (Juutilainen – Hietanen 2012: 302.) Painehaavat aiheuttavat potilaalle monenlaisia lisäongelmia, jotka voivat johtaa jopa kuolemaan. Painehaavasta kärsivä potilas joutuu kokemaan kipua ja elämänlaadun heikkenemistä. Vakavia komplikaatioita ovat esimerkiksi haavainfektio ja sepsis. (Soppi 2010.)

Ensisijainen syy painehaavan synnylle on eri syistä johtuva riittämätön liikkuminen (Juutilainen – Hietanen 2012: 304). Myös esimerkiksi paikalliset kudolosuhteet vaikuttavat painehaavan syntyyn (Beeckman ym. 2017). Kudosten verenkierto ja kimmoisuus vaikuttavat painehaavan syntymiseen. Vajaa- tai aliravitsemustilassa olevalla potilaalla on korkeampi riski saada painehaava, muun muassa koska luisia kohtia suojaa rasva- ja lihaskudosta on vähemmän. (Juutilainen – Hietanen 2012: 304-305.) Ravitsemustila voi vaikuttaa paikallisiin kudolosuhteisiin ja hyvällä ravitsemuksella on osansa painehaavojen ehkäisyssä (Beeckman ym. 2017). Potilaan korkea ikä, huono kudoshapetus sekä esimerkiksi kohonnut ruumiinlämpö voivat myös altistaa painehaavan synnylle. Edellä mainittujen lisäksi eritteiden vaurioittama iho on herkempi painehaavojen syntymiselle. (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] and Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA] 2014.)

Tehohoidossa olevilla potilailla korkeaa painehaavariskiä ennustaa hoitojakson pituus, ikä, diastolinen verenpaine, korkeat Braden-pisteet, mekaaninen hengitystuki ja ulosteinkontinenssi (Xiaohong 2017). Myös korkeat Jackson/Cubbin-asteikon pisteet, diabetes, lihaksia relaksoivien lääkkeiden käyttö sekä sepsis ovat liitetty 2. asteen sekä sitä vakavampien painehaavojen syntyyn (Apostolopoulou ym. 2014). Tehohoitopotilaan itsenäinen liikkuminen ja hyvään asentoon hakeutuminen on usein rajoittunutta.

Potilailla on usein verenkierron häiriöitä, kudosturvotusta sekä kudosten hapenpuutetta, jotka altistavat painehaavojen syntymiselle. Kudosten hapensaannin häiriöiden kanssa yhdessä liikkumattomuus lisää riskiä painehaavoille. Monet hoidossa käytetyt laitteet voivat aiheuttaa painetta tiettyihin kohtiin kudoksissa, jolloin kyseinen alue on alttiimpi painehaavalle. Kehon luisten kohtien lisäksi painetta voi muodostua esimerkiksi huuliin, sormenpäihin tai sieraimiin. (Blomster – Mäkelä – Ritmala-Castrén – Säämänen – Varjus 2001:109.)

Jo syntyneitä painehaavoja voidaan arvioida kansainvälisen luokituksen mukaan. Luokittelun ovat laatineet European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) sekä Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Painehaavat luokitellaan ulkonäön, syvyyden ja muiden ominaisuuksien perusteella. Luokat kuvaavat painehaavojen etenemistä. Luokkia on yhteensä neljä. Painehaava voi myös olla luokittelematon tai voi olla epäily syvästä kudolvauriosta. Haavan syvyyteen vaikuttaa sen sijainti. (NPUAP – EPUAP – PPPIA 2014.) Painehaavojen luokittelu on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Painehaavojen kansainvälinen luokitus (NPUAP – EPUAP – PPPIA 2014. Mukautettu.)

Luokitus	Haavan ominaisuudet
I aste	Vaalenematon punoitus ehjällä iholla, muuttunut ihonväri, kovettuma tai kipu. Sijaitsee useimmiten luisen ulokkeen kohdalla
II aste	Orvasketeen tai verinahkaan ulottuva pinnallinen vaurio, voi ulottua myös molempiin. Haavan pohja katteeton ja vaaleanpunainen. Voi ilmentyä myös rakkulana.
III aste	Vaurio ulottuu ihonalaiseen rasvakudokseen, lihaskalvo ehjä eikä luuta tai jänteitä ole näkyvissä. Voi esiintyä nekroosia tai onkaloitumista ja haavataskuja. Haava on katteinen ja sen syvyys vaihtelee sijainnin mukaan.
IV aste	Ihon kerrokset, rasvakudos sekä lihaskalvo ovat vaurioituneet. Lihas voi olla vaurioitunut ja haava voi ulottua jänteisiin sekä luuhun saakka. Haavassa on onkaloita, taskuja, nekroosia sekä katetta.

2.2 Painehaavariskin arviointi

Riskipotilaiden tunnistaminen on tärkein tekijä painehaavojen ehkäisyssä. Hyvä riskiarviointi sisältää potilaan aktiivisuuden, liikkumisen sekä ihon kunnon arvioinnin. Painehaavariskiä arvioitaessa tulisi huomioida myös muita riskiin vaikuttavia asioita, kuten verenkierto, ikä, tuntoaisti ja perussairaudet. Myös käytössä olevat patjat, istuinalustat ja potilaan ravitsemustila vaikuttavat painehaavariskiin ja tulisivat ottaa huomioon riskiarvioinnissa. Riskiarviointi tulisi tehdä viimeistään kahdeksan tunnin kuluttua potilaan

hoitoon saapumisesta. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Potilaan painehaavariskin arviointi tulisi kliinisen arvioinnin lisäksi tehdä validoidulla riskimittarilla (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.) Yleisesti käytetty menetelmä painehaavojen riskin arvioinnissa on Braden-asteikko. Braden-asteikossa on kuusi kategoriaa: tuntoaisti, ihon kosteus, aktiivisuus, liikkuminen, ravitsemus ja kudoksen venyminen. Mitä vähemmän potilas saa pisteitä, sitä korkeammassa riskissä hän on painehaavan saamiseen. (Juutilainen - Hietanen 2012: 313-315.) Jackson/Cubbin-painehaavariskimittari on 12 arviointikohtaa sisältävä teho-osastoille kehitetty mittari. Kategoriat ovat ikä, taustasairaudet, kudosten kunto/paino, inkontinenssi, hygienia, vireys, liikuntakyky, ravitsemus, hemodynamiikka ja hengitys. Näiden lisäksi huomioitavina kohtina ovat potilaan mahdollinen hypotermia, leikkaus viimeisen 48 tunnin sisällä sekä verituotteiden saaminen, joista kustakin vähennetään pisteitä. Mittarin maksimipistemäärä on 48 pistettä. Mitä vähemmän mittarista saa pisteitä, sen korkeampi on riski painehaavan saamiseen. 29 pistettä tai sitä alemmaa pistemäärää pidetään korkean riskin rajana. (Jackson 1999.)

2.3 Painehaavojen ehkäisykeinot

Suurin osa painehaavoista olisi estettävissä näyttöön perustuvia hoitotyön toimintoja käyttämällä (Apostolopoulou ym. 2014). Tärkeintä painehaavojen ehkäisyssä on riittävän ajoissa toteutettu riskiarviointi sekä tehokkaat hoitotyön toiminnot (Santamaria ym. 2015). Esimerkiksi ihon hoito, ravitsemus ja potilaan yleistila ovat merkityksellisiä painehaavojen ehkäisyn kannalta (Roberts ym. 2010: 818).

2.3.1 Ihon kunnon ylläpitäminen

Potilaan ihon kunto tulisi arvioida kahdeksan tunnin sisällä hoitoon saapumisesta ja siitä eteenpäin säännöllisesti hoitosuunnitelman mukaisesti. Painehaavan merkit voidaan havaita jo alkuvaiheessa ihon ja kudoksen muutoksina. Alkavan painehaavan merkkejä ovat esimerkiksi vaalenematon punoitus, ihoalueen kuumotus ja kudoksen kovettuminen. Ihon kuntoa arvioidessa huomioidaan erityisesti paineelle alttiit alueet kuten ristiluu, istuinkyhmyt ja kantapää. Ihon sopiva kosteus ja inkontinenssin hallinta ovat tärkeitä painehaavan ehkäisyn kannalta, koska eritteiden vaurioittama iho on herkempi painehaavoille. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyös-

sä: Hoitotyön suositus 2015.) Ihon väriä, lämpöä, kiinteyttä sekä mahdollista kipua tulisi seurata (NICE 2015). Silikonisilla vaahtosidoksilla on todettu olevan merkittävä vaikutus painehaavojen ehkäisyssä riskipotilailla (Santamaria ym. 2015). Ennaltaehkäisevä ihon hoito sekä ihoa suojaavat sidokset voivat olla tärkeässä osassa painehaavojen ehkäisyssä, koska kudoksen hapenpuutetta aiheuttavan paineen ja venytyksen lisäksi painehaavojen syntyyn vaikuttavat muutkin tekijät, kuten paikalliset kudolosuhteet (Beeckman ym. 2017). Jos ihoa suojataan sidoksella, tulisi varmistaa, että ihon kuntoa voidaan sidoksesta huolimatta arvioida säännöllisesti (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Lääkinnälliset laitteet ja hoitovälineet, kuten happimaskit ja letkut, lisäävät painehaavan riskiä. Laitteet tulisi aina valita niin, että niiden aiheuttama paine ja venytys olisi mahdollisimman pieni. Tärkeää on huomioida, etteivät hoitovälineet ja laitteet aiheuta ylimääräistä painetta potilaan kudoksiin. Laitteiden ja välineiden asentoa tulisi vaihtaa aina kun se on mahdollista. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

2.3.2 Ravitsemustilan huomiointi ja ylläpito

Huono ravitsemustila voi altistaa painehaavoille eri tavoin ja vajaaravituista potilaista 39%:lla on todettu painehaava. Potilaan ravitsemustila tulisi arvioida esimerkiksi NRS- tai MNA-mittaria käyttäen hänen saapuessaan hoitoyksikköön sekä terveydentilan muutoksen yhteydessä, sillä pelkkä painehaavariskimittari ei kerro riittävästi potilaan ravitsemustilasta. Ravitsemustilan arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa potilaan painoon, energiansaantiin sekä neuropsykologisiin ongelmiin esimerkiksi aivo- vammapotilaan kohdalla. Painehaavariskissä oleville potilaille tulisi tehdä moniammatillisesti kirjattu ravitsemushoitosuunnitelma, jota noudatetaan. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Aikuisen energiantarve on noin 30-35 kilokaloria tavoitepainokiloa kohti vuorokaudessa. Vamma, tulehdus tai leikkaus nostaa energiansaannin tarvetta 10-30 %. Potilaan painoa tulisi seurata säännöllisesti ja energiansaannin riittävyyttä arvioida painonmuutosten mukaan. Painehaavariskissä olevan potilaan riittävästä ravintoaineiden saannista voidaan pitää huolta tavallisen ruuan lisäksi kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. Näillä voidaan tyydyttää esimerkiksi potilaan lisääntynyt proteiinin tarve. Painehaavariskissä olevan potilaan proteiinin tarpeesta tulisi huolehtia kuten painehaavapotilaalla.

Proteiinin saantisuositus painehaavariskipotilaalle on 1,25-1,5 grammaa tavoitepainokiloa kohti. Myös potilaan riittävästä nesteestä saannista tulee huolehtia, sillä neste toimii kehossa esimerkiksi ravintoaineiden sekä aineenvaihduntatuotteiden kuljettajana ja on tärkeää potilaan ravitsemustilan kannalta. Nestetasapainoa seurataan esimerkiksi potilaan painoa, ihon jännevyyttä, virtsan eritystä sekä veren natriumpitoisuutta tarkkailemalla. Jos ravinnon saanti suun kautta ei ole riittävä, tulisi harkita joko letku- tai suonensisäistä ravitsemusta ravitsemustilan turvaamiseksi. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

2.3.3 Asentohoidon toteuttaminen

Säännöllinen asentohoito on yksi tärkeimmistä keinoista painehaavojen ehkäisyssä. Asentohoidolla tarkoitetaan säännöllisiä asennonmuutoksia, joiden avulla voidaan vähentää niihin kehon osiin kohdistuvaa painetta, jotka ovat riskissä vaurioitua. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.) Jotta asentohoidon tärkeyden ymmärtää, tulee tuntea painehaavan syntyminen syyt (Moore – van Etten 2014). Kaikkien riskissä olevien potilaiden asentoa on muutettava huomioiden potilaan terveydentila ja ihon sekä kudosten paineensietokyky. Asentoja, joissa paine kohdistuu alueille, joilla on havaittu varhaisia merkkejä painehaavasta tulisi välttää. Vuodepotilaan kohdalla asentohoito toteutetaan tyynyjä hyödyntäen kallistaen potilasta oikealle tai vasemmalle kyljelle 30 asteen kulmassa. Selkä- tai vatsa-asentoa voidaan käyttää, jos potilaan terveydentila sallii, mutta tällöin tulee huomioida paineen kohdistuminen esimerkiksi kasvoille. Potilasta kannustetaan vaihtamaan asentoa itse, jos hän siihen kykenee. Puoli-istuvaa asentoa ja 90 asteen kylkiasentoa tulisi välttää, koska ne lisäävät kudosten painetta merkittävästi. Jos esimerkiksi hengityksen helpottamiseksi tai aspiraation välttämiseksi on välttämätöntä käyttää puoli-istuvaa asentoa, suositellaan 30 asteen kohoasentoa. Ihon venytyksen ehkäisemiseksi potilas tuetaan siten, ettei hän liu'u vuoteessa. Kantapäät tulisi tukea irti makuualustasta ja polvet 5-10 asteen koukistukseen. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

Tehohoitopotilaiden kohdalla asentomuutoksissa tulee huomioida elintoimintojen ja hapettumisen vakaantuminen, eli muutokset tulee tehdä tarvittaessa hitaasti. Jos potilaan tila ei salli suuria asennon muutoksia, tulee harkita pienempiä painopisteen muutoksia. Painopisteen muutos ei kuitenkaan korvaa varsinaista asentohoitoa. Voimiltaan epävakailta tehohoitopotilailta voidaan käyttää asennonmuutosten sijasta lateraalista

rotaatiota eli sivusuuntaista kallistusliikettä. Lateraalista rotaatiota käytettäessä tulee huomioida kudosten venytyksen mahdollisuus. Lateraaliossa rotaatiossa potilas tuetaan tarkoitukseen sopivilla tyynyillä, jotta välttyttäisiin ristiluuhun kohdistuvalta venytykseltä. Asennosta riippumatta potilaan ihoa ja riskialueita tulisi arvioida aina asennonvaihdon yhteydessä. (EPUAP – NPUAP – PPIIA 2014.)

2.3.4 Apuvälineiden käyttö

Ilmapatjoilla on todettu olevan painehaavojen syntyä ehkäisevä vaikutus (Mourão Pinho ym. 2014). Painehaavojen ehkäisyyn tarkoitettut patjat ja tyynyt vähentävät kudokseen kohdistuvaa painetta ja säätelevät lämpö- ja kosteustasapainoa. Niiden tarve tulisi arvioida potilaan tarpeiden mukaisesti potilaan liikuntakyky, aktiivisuus ja paino huomioiden. Painetta vähentäviä välineitä käytettäessä tulee noudattaa valmistajan käyttöohjeita ja esimerkiksi patjan toimivuutta arvioida käytön aikana. Painetta vähentävät apuvälineet eivät poista asentohoidon tarvetta. Dynaamista patjaa käytetään korkean riskin potilaille, erityisesti jos säännöllisten asentohoitojen toteuttaminen ei ole mahdollista. Tehohoidossa painetta jakavaa patjaa suositellaan potilaalle, jolla on huonontunut kudoshapetus. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus 2015.)

3 Aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa

3.1 Painehaavojen esiintyvyys ja riskitekijät teho-osastolla

Teho-osastolla olevista potilaista 12,4 %:lla oli ainakin yksi painehaava osastohoidon aikana. Hoitajakson pituus oli keskimäärin 6,4 vuorokautta. (Fife ym. 2001.) Yli kymmenen päivää tehohoidossa olleilla potilailla oli suurempi riski saada painehaava kuin alle kymmenen päivää tehohoidossa olleilla. Painehaavoja esiintyi potilaista 22%:lla. (Tomazini Borghardt – Nascimento do Brado – Silveira Bicudo – Silveira de Castro – de Oliveira Bringuento 2016.)

Teho-osastoilla hoidettavien potilaiden riskit ja painehaavojen syyt eroavat kroonisesti sairaista potilaista. Teho-osastoilla hoidettavilla potilailla on suurempi riski saada painehaavoja muihin potilasryhmiin verrattuna. (Hyun ym. 2013.) Kriittisesti sairaat potilaat ovat alttiimpia saamaan painehaavoja verrattuna parempikuntoisiin potilaisiin (Ahtiala –

Kivimäki – Soppi 2018). Tehohoitopotilaiden korkeaan painehaavariskiinkin voivat vaikuttaa monet asiat. Potilaat ovat usein niin kriittisesti sairaita, että heidän liikkumisensa on täysin hoitohenkilökunnan varassa. Potilaat saavat elintoimintoja ylläpitäviä lääkkeitä, jotka voivat huonontaa kudosten verenkiertoa ja heidän painonsa saattaa laskea nopeasti. Potilailla voi olla monia sairauksia ja monen elimen samanaikainen toimintahäiriö. (Thorpe 2015.)

Yleisin painehaavan syntypaikka on sakraalialueella, jolloin painehaava on useimmiten ensimmäisen asteen tasolla. Painehaavojen esiintyvyyttä ennustaa hoidon pituus, sairaalahoidon syy, sydämen vajaatoiminta, elimistön adrenaliini- ja noradrenaliinipitoisuudet, sekä Braden-mittarilla arvioitu riski. (Tomazini Borghardt ym. 2016.) Sakraalialueella olevien painehaavojen jälkeen yleisimpiä painehaavoja ovat olleet hoitolaitteiden ja -välineiden aiheuttamat painehaavat. Näitä ovat esimerkiksi hengityspotkesta johtuvat painehaavat, nenämahaletkusta johtuvat painehaavat nenässä, virtsatieteketrista johtuvat painehaavat sukuelinten alueella ja niskan sekä leuan painehaavat niskatuesta johtuen. Myös syvä sedaatio ja myöhästynyt vaihto painehaavoja ehkäisevään erikoissänkyyn lisäävät painehaavariskiä. (Bly 2016.) Ventilaatiomaskien aiheuttamia painehaavoja tutkittaessa hoitajia koulutettiin käyttämään ventilaatiomaskeja oikeaoppisesti, ja ehkäisemään niiden aiheuttamia painehaavoja tarkkailemalla ihon muutoksia. Kuitenkin 20%:lla potilaista, joilla oli nenän ja suun peittävä ventilaatiomaski tehohoidon aikana, sai painehaavan nenään tai kasvojen alueelle. Painehaavoja esiintyi sekä ventilaatiomaskin alla, että niiden kiinnityskuminauhan alla. Koko kasvot peittävä happimaski oli potilaille turvallisempi, vain 2% näistä potilaista sai painehaavan kasvoihin. (Schallom ym. 2015.)

Braden-asteikkoa on testattu pääasiassa akuuttihoitoon ja pitkäaikaissairaiden potilaiden riskiarvioinnissa, mutta tehohoidossa vain vähän. Braden-asteikossa vain osa kategorioista sopii tehohoitopotilaiden arviointiin. Lisäksi Braden-asteikko yliarvioi painehaavariskiä tehohoitopotilaiden kohdalla, koska tehohoitopotilaiden terveydentila on lähtökohtaisesti huonompi kuin muilla potilasryhmillä. Tämä voi johtaa ehkäisykeinojen käyttöön sellaisten potilaiden kohdalla, joilla korkeaa riskiä ei ole. (Hyun ym. 2013.)

3.2 Sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista

Jotta painehaavojen ehkäisy voi toteutua suositusten mukaisesti tulisi hoitajan osata tunnistaa ne potilaat, joiden kohdalla ehkäiseviä toimenpiteitä tulisi käyttää, millaisia

ehkäisykeinoja tulisi käyttää ja miten ehkäisykeinot toteutetaan (Beeckman – Defloor – Schoonhoven – Vanderwee 2011). Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa toteutetussa tutkimuksessa on todettu, että hoitajien tiedon taso on hyvää ja hoitajat ovat osanneet tunnistaa painehaavoille alttiit alueet sekä ehdottaa asianmukaisia keinoja niiden syntymisen ehkäisyyn (Källman – Suserud 2009).

Tärkeimpänä keinona painehaavojen ehkäisyssä hoitajat pitivät säännöllistä asentohoittoa, painetta lievittäviä patjoja ja paineen vähentämistä sekä ravitsemuksellisia tekijöitä. Myös ihoa suojaavia sidoksia on pidetty tärkeinä. Tärkeinä painehaavojen ehkäisyä edistävinä tekijöinä hoitajat ovat pitäneet riittävää teoretietoa, hyvää työyhteisön yhteistyötä sekä painehaavojen ehkäisyyn liittyviä rutiineja. Negatiivisesti painehaavojen ehkäisyyn on vaikuttanut esimerkiksi potilaan kunto, ajan ja resurssien puute sekä riittämättömät välineet. Tutkimuksessa ei ollut kuitenkaan mukana teho-osastoja. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajien lisäksi hoiva-avustajia. (Källman – Suserud 2009.)

Sairaanhoitajat pitivät tärkeimpinä ennaltaehkäistävien painehaavojen riskitekijöinä kudosten huonontunutta verenkiertoa ja hapetusta, selkäytimen vammaa, liikkumattomuutta ja epävakaata lantionmurtumaa (Cox – Schallom 2017). Coxin ja Schallomin (2017) mukaan osa painehaavalle altistavista tekijöistä on tehohoitopotilaan kohdalla sellaisia, joihin ei voida vaikuttaa ja ne voivat johtaa painehaavaan väistämättä (Edsberg – Langemo – Baharestani – Posthauer – Goldberg 2014). Potilaan verenpaineeseen vaikuttavat lääkkeet voivat lisätä painehaavariskiä ja olla yksi tekijöistä, jotka edistävät sellaisen painehaavan syntymistä, jota ei voida potilaan tilan takia estää (Cox 2015). Teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat ovat kokeneet potilaan vatsa-aseennon, turvotuksen, jatkuvan munuaisten korvaushoidon sekä kehon ulkoisen hapeushoidon altistavan painehaavoille, joita ei voida estää (Cox – Schallom 2017).

Sairaanhoitajat ovat kokeneet ilmapatjojen olevan hyvä väline painehaavojen ehkäisyssä. Ilmapatjaa pidettiin myös potilaalle mukavana ja koettiin, että se lievittää painetta merkittävästi luisilla alueilla. Merkittävä osa hoitajista ei kuitenkaan tiennyt miten käyttää ilmapatjaa. Tutkimus oli toteutettu akuuttihoidon piirissä sydänsairauksien osastolla ja päivystyksessä. (Mourão Pinho ym. 2014.) Sairaanhoitajien kokemuksia tutkivassa tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esille asentohoidon, riskien arvioinnin, ihon hoidon sekä painetta ehkäisevien patjojen ja suojaavien sidosten käytön. Myös lakanat huomioitiin asentohoidon yhteydessä ja ravitsemustilaa seurattiin. Hygienian hoito ja ihon kosteuden välttäminen tuotiin myös esille. Sairaanhoitajat keskustelivat myös kollegoidensa kanssa painehaavojen ehkäisyssä käytetyistä menetelmistä ja

välineistä. (de Medeiros Dantas ym. 2013.) Sairaanhoidajat eivät ole kokeneet kosteuden, turvotuksen tai kroonisten sairauksien olevan merkittäviä riskitekijöitä painehaavojen synnyssä. Henkilökunnan puute suhteessa potilaiden määrään osastolla on johtanut siihen, että painehaavojen tarkkailuun ja ehkäisyyn ei käytetä tarpeeksi aikaa, eikä ehkäisyyn käytettäviä tarvikkeita ole tarpeeksi. (Lopes Rios ym. 2016.)

Painehaavojen esiintyvyys teho-osastoilla on vähentynyt, joten voidaan ajatella, että painehaavojen ehkäisykeinoja voidaan hyödyntää tehokkaasti tehohoitopotilaiden kohdalla (Ahtiala – Kivimäki – Soppi 2018). Teho-osastoilla työskentelevät sairaanhoidajat ovat kokeneet, että erityisesti vakavampien painehaavojen esiintyvyys on vähentynyt. Sairaanhoidajat pitivät myös painehaavojen ehkäisyä niiden hoitoa tärkeämpänä. Painehaavojen ehkäisy on koettu pääasiassa yhtä tärkeäksi muiden hoitotoimien kanssa. (Cox – Schallom 2017.) Hoitajien asenteiden on tutkittu olevan merkityksellisiä asianmukaisen painehaavojen ehkäisyn toteutumisessa (Beeckman ym. 2011). Hoitajien on todettu pitävän painehaavojen ehkäisyä tärkeänä (Samuriwo 2010).

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla teho-osastojen sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista. Tavoitteena on, että saatua tietoa voidaan hyödyntää painehaavojen ehkäisyn kehittämisessä.

Tutkimuskysymys

- Millaisia kokemuksia sairaanhoidajilla on painehaavojen ehkäisykeinoista tehohoitotyössä?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Yhteistyöosastojen kuvaus

Tehohoito tarkoittaa useista äkillisistä ja hengenvaarallisista elintoimintahäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoa. Hoitoon osallistuu suuri määrä henkilökuntaa ja käytössä on erityisteknologiaa. Eri tehohoito-osastot ovat keskittyneet eri tason tehohoitoon, ja niissä käytetään valvonta- ja hoitomuotoja, jotka eivät ole vuodeosastolla mahdollisia. Yh-

den tehohoidosta kotiin selvinneen potilaan hoitokuluiksi arvioidaan noin 10 000 euroa. (Varpula ym. 2007.) Tehohoidossa käytetyt keinot ovat raskaita, jonka vuoksi hoito aloitetaan vain potilailla, joiden hengenvaarallinen tila on hoidettavissa ja toipumisen jälkeen potilaan on mahdollista elää omatoimista ja laadukasta elämää. Hoitoaika vaihtelee potilaasta riippuen kolmesta vuorokaudesta jopa useisiin viikkoihin. (HUS. Tehohoito.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yliopistollisen sairaalan kolmella eri teho-osastolla. Teho-osastot ovat erikoistuneet keskenään erilaisten kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoon. Opinnäytetyöhön osallistuneilla teho-osastoilla on kullakin noin 8-15 potilaspaikkaa ja hoitoajat vaihtelivat muutamista vuorokausista muutamiin viikkoihin.

5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, koska tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia. Laadullinen tutkimus keskittyy ihmisten kokemusten, käsitysten ja näkemysten kuvaamiseen. Laadullisen tutkimuksen avulla saadaan esille uusia näkökulmia ja ymmärtämystä tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 65-66, 74.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa teema ja aihepiiri on etukäteen laadittu, mutta tarkkoja kysymyksiä ei ole. Haastattelija voi kuitenkin tehdä täsmentäviä kysymyksiä haastateltaville. Teemahaastattelussa korostuu haastateltavien asioille antamat merkitykset. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 124-125.) Tässä työssä haastateltavat edustivat samaa ammattiryhmää, jolloin ryhmähaastattelu oli tehokas keino kerätä aineistoa. Ryhmähaastattelun onnistuessa sen etuna on ryhmädynamiikan aiheuttama jäsenten tuottama monipuolinen keskustelu ja tieto (Koskinen – Jokinen 2001:302). Haasteena ryhmähaastattelussa on keskustelun pitäminen aiheen piirissä, jotta osallistujilta saadaan tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa. Ryhmähaastattelutilanteessa haastattelijan tulee olla valmiina ohjaamaan keskustelua takaisin aiheeseen vaikuttamatta kuitenkaan liikaa keskustelun kulkuun. (Mason 2002: 67.) Muutoin ryhmähaastatteluiden sisältö määräytyy osallistujien kertomuksien mukaan, joten jokainen ryhmähaastattelu toteutuu omanlaisenaan (Holloway 2005: 42). Ryhmähaastattelussa haastateltavien määrä on tyypillisesti 6-10 henkilöä ja se kestää tunnista kahteen tuntiin (Patton 2002: 385).

5.3 Aineiston keruu ja analyysi

Aineisto kerättiin kolmelta eri teho-osastolta. Aineistonkeruu toteutettiin helmikuussa 2018. Kullakin osastolla tehtiin yksi ryhmähaastattelu, johon osallistui 4-6 sairaanhoitajaa. Haastateltavia oli yhteensä 14 sairaanhoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin myöhemmä analysointia varten. Ennen haastatteluiden alkua haastattelijat kertoivat tutkimuksen luonteesta ja vapaaehtoisuudesta. Haastateltavat antoivat tietoisensa suostumuksensa kirjallisesti ja lomakkeet säilytettiin yksityisyydensuojaa noudattaen. Haastattelun alussa haastattelijä toisti haastattelun aiheen, jonka jälkeen haastateltavat keskustelivat aiheesta. Haastatteluiden aikana tehtiin muutamia tarkentavia kysymyksiä liittyen esille tulleisiin aiheisiin, kuitenkin ohjailematta keskustelua. Haastatteluiden keskimääräinen kesto oli noin puoli tuntia.

Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla kerätty aineisto voidaan tiivistää siten, että tutkimuksen kohteena ollut aihe voidaan kuvailla yleistävästi tai ilmiöiden suhteet saadaan selkeästi esille (Janhonen – Nikkonen 2001: 23). Induktiivisuus eli aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että analyysin päättelyssä edetään yksittäistapauksista yleistykseen toisin kuin deduktiivisessa, jossa päättelyä ohjaa teoria ja edetään yleisestä yksittäiseen (Kylmä – Juvakka 2007: 23).

Sisällönanalyysi aloitetaan litteroinnilla, eli kirjoittamalla nauhoitetut haastattelut tekstiksi sanasta sanaan. Aineistolähtöinen analyysi jaetaan kolmivaiheiseksi prosessiksi. Litteroinnin jälkeen aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Redusointivaiheessa aineistosta karsitaan pois epäolennainen. Redusoinnin jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään alaluokkiin. Aineistosta etsitään samankaltaiset alkuperäisilmaukset, jotka luokitellaan isommiksi kokonaisuuksiksi. Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli valikoidusta tiedosta luodaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi – Sarajärvi 2009:108-111.) Luokitukset johdetaan aineistosta ja analyysiyksiköt määräytyvät aineiston sekä tutkimuksen tarkoituksen mukaan (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165-168). Tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti voidaan yhdistellä synonyymejä. Aineistoa kuvaavien luokkien tulisi olla yksiselitteisiä. (Janhonen – Nikkonen 2007: 23.) Aineisto tulkitaan ja siitä pyritään tuottamaan teoreettinen kuvaus (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165-168).

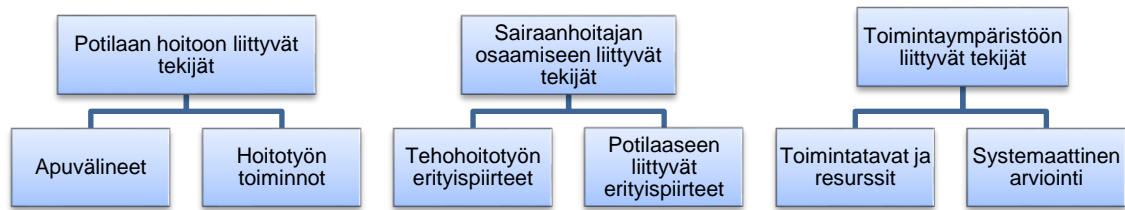
Aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla nauhoitettu aineisto. Litterointi tehtiin viimeistään haastattelua seuraavana päivänä, jolloin se oli vielä hyvin muistissa. Nauhoitetus-

ta aineistosta litteroitiin tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen kannalta oleelliset asiat. Kun kaikki kolme haastattelua oli litteroitu, etsittiin haastattelu kerrallaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaiset analyysiyksiköt, jotka pelkistettiin. Analyysiyksikköinä olivat sanat tai lauseet. Alkuperäiset ja pelkistetyt ilmaukset siirrettiin luokittelutaulukkoon (Taulukko 2). Alkuperäisilmaisut otettiin mukaan luokittelutaulukkoon, jolloin alkuperäisaineistoon palaaminen on mahdollista luotettavuuden takaamiseksi. Luokittelutaulukosta on olemassa versio, josta ilmenee, mistä haastattelusta mikäkin alkuperäisilmaus on peräisin. Tässä työssä olevasta sisällönanalyysin taulukosta tämä ei kuitenkaan käy esille, jotta anonymiteetti säilyy.

Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"...meillä on noi patjat, ilmapatjat..."	Ilmapatjat	Apuvälineet	Potilaan hoitoon liittyvät tekijät
"...laitetaan tyynyjä..."	Tyyny		
"...tarkistetaan iho ainakin kolme kertaa vuorokaudessa..."	Ihon seuranta	Hoitotyön toiminnot	
"...asentohoidetaan..."	Asentohoito		
"...laitetaan kaikkii suojuksii..."	Kaikkia suojuksia		
"...vaik kuin yrittää laittaa ni siel on aina jossakin joku piuha vähän painaa..."	Johtojen huomioiminen	Tehohoitotyön erityispiirteet	Sairaanhoitajan osaamiseen liittyvät tekijät
"...ja etkä voi kääntääkään..."	Asentohoidon rajoitukset		
"...osaa tunnistaa ne riskit sieltä..."	Riskien tunnistaminen	Potilaaseen liittyvät erityispiirteet	
"...työ on muutenkin aika ennakoivaa..."	Ennakointi		
"...meil silleen on resursseja enemmän..."	Riittävät hoitajaresurssit	Toimintatapojen ja resurssien merkitys	Toimintaympäristöön liittyvät tekijät
"...meil on tullu se painehaavariskiluokitus..."	Riskiluokitus	Systemaattinen arviointi	

Koko aineiston pelkistämisen jälkeen samaan aihepiiriin liittyvät ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin. Joitakin keskenään samaa tarkoittavia sanoja yhdisteltiin samaan pelkistettyyn ilmaukseen. Pelkistetty ilmaisu mainitaan luokittelutaulukossa kuitenkin vain yhden kerran, koska laadullisessa tutkimuksessa samaa asiaa ei ole tarvetta toistaa. Luokittelussa yläluokkia on kolme ja alaluokkia kuusi. Ylä- ja alaluokat ovat esiteltyinä kuviossa 1.



Kuvio 1. Sairaanhoidajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista kuvaavat kolme yläluokkaa ja kuusi alaluokkaa.

6 Opinnäytetyön tulokset

Haastatteluilla kerätty aineisto luokiteltiin kolmeen yläluokkaan, jotka ovat potilaan hoitoon liittyvät tekijät, sairaanhoidajan osaamiseen liittyvät tekijät sekä toimintaympäristöön liittyvät tekijät. Yläluokat luokiteltiin edelleen kuuteen alaluokkaan jotka ovat apuvälineet, hoitotyön toiminnot, tehohoitotyön erityispiirteet, potilaaseen liittyvät erityispiirteet, toimintatavat ja resurssit sekä systemaattinen arviointi (Kuvio 1).

6.1 Potilaan hoitoon liittyvät tekijät

Teho-osastoilla hoidettavien potilaiden hoidossa käytetään erilaisia **apuvälineitä** hoitotyön toimintojen tukena. Erilaisilla patjoilla, kuten painetta tasaavilla ilmapatjoilla pystytään vähentämään painehaavoille alttiiden alueiden painetta potilaan maatessa pitkiä aikoja sängyssä. Decubitus-patjat ovat painehaavoja ehkäiseviä patjoja, joita käytetään paljon tehohoitopotilailla. Korkeamman painehaavariskin potilailla voidaan käyttää automaattisesti painetta sääteleviä ilmapatjoja, joissa Optirest-toiminnolla ilmanpainetta pystytään säätämään patjan ilmakehjen avulla potilaan asennon mukaan. Joillakin osastoilla on käytössä tehohoitosänkyjä, jotka mahdollistavat rotaatioterapian toteuttamisen. Sängyssä on toimintoja, joilla potilasta pystytään kallistamaan eri asentoihin paineen säätämiseksi ilman, että potilaan asentoa sängyssä tarvitsee muuttaa. Asentohoidon toteuttamisessa hyödynnetään patjojen lisäksi tyynyjä, joilla kehon painopistettä pystytään muuttamaan helposti. Teho-osastoilla on ollut käytössä liukuhanska, jolla potilaan ja patjan välistä painetta pystytään vähentämään liu'uttamalla hanskaa pitkin potilaan patjaa vasten olevia ihoalueita. Haastateltavat kuvailivat liukuhanskan käyttöä näin:

”...Mut se hanska, jossain vaiheessa sitä käytettiin paljon, käytiin potilas tavaltaan läpi sillä...”

Potilaan jokapäiväiseen perushoitoon kuuluvia **hoitotyön toimintoja** toteuttamalla pysyttään ehkäisemään painehaavoja. Erilaiset ihon suojukset kuten pehmusteet, kantapään suojukset ja tukityyny ovat käytössä teho-osastoilla. Ihon kunnon seuranta ja tarkkailu mahdollistavat painaumien tunnistamisen jo varhaisessa vaiheessa ennen kuin painehaava on ehtinyt muodostua. Ihon hautumisen välttäminen hyvällä perushoidolla ja hygieniasta huolehtimisella edesauttaa ihon terveenä pysymistä. Ihon hoidon tukena käytetään erilaisia rasvoja, jotka kosteuttavat ihoa, sekä ihoa suojaavaa suihketta joka muodostaa iholle suojaavan kalvon ja ehkäisee painaumuksia ja hiertymiä. Ihon venymistä pyritään vähentämään liukulakanoilla, jotka helpottavat potilaan siirtoa sängyssä. Lakanat ja potilaan vaatteet jäävät helposti ryppyyn ihon ja patjan väliin, jolloin asentoa muutettaessa ne pyritään asettelemaan mahdollisimman suoraksi.

Asentohoito on merkittävä yksittäinen tekijä painehaavojen ehkäisyssä. Pienikin asennon muutos muuttaa potilaan kehon painopistettä, jolloin veri pääsee kiertämään kudoksissa eikä iho painu. Asentohoidon onnistumiseksi potilaan asentoa vaihdetaan säännöllisesti. Aikaisemmin mainitut ilmapatjat ja tyynyt tukevat asentohoidon onnistumista. Asiaa kuvailtiin esimerkiksi seuraavasti:

”...et ihan pienikin muutos siinä asennossa muuttaa painopistettä...”

Potilaan tilan mukaan pyritään mahdollisimman pian aloittamaan potilaan mobilisointi ja kuntoutus. Varhainen mobilisaatio potilaan tilan sallimissa rajoissa aloitetaan asteittain kylkiasennolla, istumaan nousuilla sekä seisomaharjoituksilla. Potilaan mahdollisuus itse tuotettuun pieneen raajojen liikutteluun parantaa kudosten verenkiertoa ja ehkäisee painaumien syntymistä esimerkiksi kyynärpäihin ja kantapäihin.

Tehohoitopotilailla pyritään aloittamaan enteraalinen ravitsemus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Aliravituilla potilailla on suurempi riski painehaavoihin, sillä ihon luisten ulokkeiden kohdalla ei ole rasvakerrosta suojaamassa ihoa painumiselta. Potilaille annetaan täydennysravintovalmisteita tukemaan ravitsemuksen onnistumista.

6.2 Sairaanhoidajan osaamiseen liittyvät tekijät

Tehohoitotyön erityspiirteet vaikuttavat painehaavojen ehkäisyyn teho-osastoilla. Sairaanhoidajien kokemusten mukaan tehohoitopotilailla tyypillisesti käytetyt hoitovälineet altistavat painehaavojen syntymiselle. Esimerkiksi hengityspotken ja muiden letkujen kiinnitysten paikan vaihtaminen on tärkeää painehaavojen ehkäisyssä. Nenämahaletkun teippikiinnitys aiheuttaa usein haavaumaa nenän alueelle, joten se tulisi huomioida potilaan ihon kunnon tarkkailussa. Letkujen kiinnittäminen voi myös ehkäistä painehaavojen syntymistä, kun ne eivät paina iholla, vaan ovat asianmukaisesti kiinnitetyinä. Esimerkiksi virtsakatetrin kiinnittämisellä voidaan ehkäistä virtsaputken suulle syntyviä painehaavoja. Hoitovälineiden, kuten verisuonikanyyleiden ja happimaskien pehmustamisen tärkeys tuotiin myös esille haastatteluissa. Saturatiomittarin paikan vaihtamisella ja tukikaulureiden käytön tauottamisella voidaan vähentää painehaavan syntymisen riskiä. Jos potilaalla on rektaaliputki, tulisi sen aiheuttamaa painetta vähentää säännöllisesti putken cuffia tyhjäämällä. Sairaanhoidajat kuvailivat kokemuksiaan seuraavasti:

”...kanyyleitä kun kiinnitellään...siihen alle joku teippi tai geeli...”

”...tai joku letku on painanu rintakehälle niin että siihen on tullu pieni haava, painauma...”

Teho-osastoilla hoidettavat potilaat ovat kriittisesti sairastuneita, joka tuo omat haasteensa painehaavojen ehkäisyyn. Esimerkiksi asentohoidon rajoitukset potilaan tilasta johtuen voivat altistaa potilasta painehaavoille. Sairaanhoidajien mukaan kaikkien potilaiden kohdalla asentohoitoa ei voida toteuttaa. Tilannetta kuvailtiin näin:

”...tai et voi kääntää, etkä voi edes liikuttaa, ni ne on niinku se riskiryhmä. ja ihan tietysti jonkun verran niitä on pakko hyväksyä mut heti sit ku on niinku yhtään mahdollista ni totta kai koitetaan tehdä kaikki mahdollinen...”

Kriittisesti sairaita potilaita pidetään myös vatsamakuulla, jolloin painehaavoille alttiina ovat esimerkiksi kasvot. Tästä voi syntyä vakaviakin painehaavoja, kun kasvotyyny painaa kasvojen luita vasten. Vatsamakuulla olevan potilaan asentoa ei voi juurikaan muuttaa ja kasvojen asennon vaihtamista vaikeuttavat hoitovälineet ja laitteet. Asentohoidon toteuttamiseen tarvitaan tällöin useampi hoitaja ja se vaatii sairaanhoidajalta osaamista. Sairaanhoidajat kuvailivat asiaa näin:

”... yleensä ne on tosi huonokuntosii potilaita muutenkin, ja ku se on intuboitu ja se makaa mahallansa siinä, ni se on kuuden hengen porukalla siihen mahalleen laitettu, niin pään asentookin pitäis kääntää...mut se pään asennon tai pään

kääntäminen toiseen suuntaan on vähän hankalampaa, koska sil on ensinnäkin se intubaatioputki...”

Painehaavojen ehkäisy on ennakoivaa hoitotyötä, jolloin sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa painehaavariskiin vaikuttavat tekijät jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Riskien arviointi tehdään **potilaaseen liittyvien erityispiirteiden** mukaan. Sairaanhoitaja myös motivoi potilasta liikkumaan itse voinnin mukaan. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan he tiedostavat olemassa olevat riskit hyvin:

”...tuntuu et me tiedostetaan kyl tosi hyvin...”
 ”...osaa tunnistaa ne riskit sieltä...”

6.3 Toimintaympäristöön liittyvät tekijät

Osaston **toimintatavat ja resurssit** vaikuttavat painehaavojen ehkäisyn toteuttamiseen. Sairaanhoitajat kertoivat, että teho-osastolla hoitajaresursseja on enemmän verrattuna tavanomaiseen vuodeosastoon, jolloin painehaavojen ehkäisyn toteuttaminen on helpompaa. Potilailla on omahoitaja, joka huolehtii tämän hoidosta. Myös painehaavojen ehkäisyssä tarvittavia välineitä on teho-osastoilla asianmukaisesti. Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit ovat tiiviisti mukana potilaiden hoidossa, ja tukevat potilaan kuntoutumista sekä mobilisaatiota. Painehaavojen ehkäisyä on kehitetty esimerkiksi HaiPro-potilasvahinkoilmoitusten avulla. Sairaanhoitajia myös koulutetaan painehaavojen ehkäisyyn. Painehaavojen ehkäisyn huomioimista pidettiin tärkeänä uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja sairaanhoitajat toivat esille sen kuuluvan perehdytykseen. Sairaanhoitajat kokivat painehaavojen ehkäisyn tärkeäksi ja kertoivat, että osastolla on sellainen kulttuuri, joka kannustaa painehaavojen ehkäisyyn. Painehaavojen ehkäisyyn liittyy myös sairaanhoitajien asennekasvatusta osastoilla.

”...perehdytyksessäki pitää siitä tulla...”
 ”...osastol on vähän sellanen kulttuuri...”

Teho-osastoilla toteutetaan painehaavariskin sekä niiden esiintyvyyden **systemaattista arviointia**. Teho-osastoilla käytetään painehaavariskiluokituksia, joilla arvioidaan potilaan olemassa olevaa riskiä saada painehaava, esimerkiksi Jackson/Cubbinmittaria. Potilastietojärjestelmä myös hälyttää kerran vuorokaudessa automaattisesti tarkastamaan potilaan ihoa. Lisäksi teho-osastoilla tehdään painehaavaprevalenssi-kerroksia sekä validointeja, joilla arvioidaan painehaavojen esiintyvyyttä ja parannetaan niiden ehkäisyä sekä sen toteuttamista.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista teho-osastoilla. Opinnäytetyö toteutettiin ryhmähaastatteluina eri teho-osastoille, joissa osallistujia oli 4-6 sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa haastateltavia yhteistyöosastoja oli neljä, mutta lopulta haastatteluihin osallistui ainoastaan kolme teho-osastoa. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Haastatteluista saatiin monipuolista aineistoa. Vertaillen opinnäytetyön tuloksia aikaisempaan tutkimustietoon tulee ottaa huomioon, että kaksi tutkimuksesta on tehty muilla kuin teho-osastoilla (Källman – Suserud 2009; Beeckman ym. 2011; Samuriwo 2010). Nämä tutkimukset otettiin kuitenkin mukaan, jotta aiheesta saataisiin riittävän laaja kuva. Osa tutkimuksista on toteutettu esimerkiksi Brasiliassa, jossa hoitokulttuuri ja käytännöt saattavat olla erilaisia (Tomazini Borghardt ym. 2016; Mourão Pinho ym. 2014; Lopes Rios ym. 2016). Sairaanhoitajien koulutus voi olla erilainen eri puolilla maailmaa, joka taas saattaa vaikuttaa sairaanhoitajien kokemuksiin ja käyttämiin ehkäisymenetelmiin. Tämän opinnäytetyön aihetta vastaavia sairaanhoitajien kokemuksia painehaavojen ehkäisykeinoista teho-osastoilla tutkivia tutkimuksia löytyi muutamia (Cox – Schallom 2017; Mourão Pinho ym. 2014; Lopes Rios ym. 2016; Samuriwo 2010; de Medeiros Dantas ym. 2013).

Potilaan hoitoon liittyen sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille hoitotyön toimintojen tärkeyden sekä erilaisten patjojen ja suojien käytön painehaavojen ehkäisyssä. Tämän suuntaisia tuloksia on saatu aiemminkin. Hoitajat ovat pitäneet tärkeinä keinoina painehaavojen ehkäisyssä esimerkiksi säännöllistä asentohoitoa, painetta lievittäviä patjoja ja ravitsemuksen huomioimista (Källman – Suserud 2009). Kuten Schallomin (2015) tutkimuksessakin on todettu, sairaanhoitajat kokivat ventilaatiomaskien olevan ongelmallisia. Maskit ja niiden kumilenkit voivat aiheuttaa lyhyessä ajassa potilaan kasvoille painaumuksia, mutta maskien pehmustaminen ja paineen vähentäminen koettiin haastavaksi. Sairaanhoitajat kokivat kuitenkin, että osastoilla oli riittävästi apuvälineitä, joiden avulla painehaavoja ehkäisevää hoitotyötä on helpotettu. Sairaanhoitajat pitivät painehaavojen ehkäisyä luontevana osana jokapäiväistä työtään ja osana potilaan perushoitoa. Myös Coxin ja Schallomin (2017) tutkimuksen mukaan suurin osa sairaanhoitajista koki painehaavojen ehkäisyn yhtä tärkeäksi muiden hoitotoimien kanssa.

Sairaanhoitajan osaamiseen liittyvissä tekijöissä esille tuli tehohoitotyöhön sekä potilaaseen liittyviä erityispiirteitä. Painehaavojen ehkäisyssä korostettiin ennakkointia sekä riskien tunnistamista, joka lähtee sairaanhoitajan taidosta tunnistaa potilaan erityispiirteitä. Sairaanhoitajat kuitenkin toivat esille osaavansa ennakoida ja tunnistaa potilaan riskejä pääasiassa hyvin. Tehohoitotyöhön itsessään liittyy useita erityispiirteitä, koska potilaat ovat kriittisesti sairaita. Hoitolaitteita ja -välineitä on useita ja potilaat eivät tavallisesti kykene itse liikkumaan. Teho-osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat potilaan kriittisen tilanteen painehaavojen ehkäisyä hankaloittavaksi tekijäksi. Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille myös sen, että toisinaan painehaavojen syntymistä teho-osastolla ei voida estää, koska potilas saattaa olla niin kriittisesti sairas, ettei häntä voida esimerkiksi liikuttaa. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan joissain tapauksissa painehaavojen syntyminen on pakko hyväksyä, koska potilaan hengen pelastaminen on aina etusijalla. Myös aiemmassa tutkimustiedossa tuli esille, ettei kaikkia painehaavoja voida estää, esimerkkinä vatsa-asennossa oleva potilas (Cox – Schallom 2017). Myös tässä opinnäytetyössä haastatellut sairaanhoitajat pitivät vatsa-asentoa haastavana painehaavojen ehkäisyn kannalta. Muita asentohoitoa ja painehaavojen ehkäisyä vaikeuttavia tekijöitä tehohoitopotilaiden kohdalla olivat esimerkiksi muut erilaiset potilaan tilan tuomat asentohoidon rajoitteet. Potilaita voidaan tietyistä tiloista johtuen joutua pitämään vain yhdessä asennossa, jossa painehaavoja voi syntyä väistämättä ja esimerkiksi uloste saattaa altistaa ihon rikkoutumiselle, kun potilasta ei saada pestyä kriittisen tilan ja asennon vuoksi. Esimerkkinä tällaisesta asennosta on selkäasento, jossa potilaan jalat ovat riiputuksessa.

Potilaan hemodynaamisesti epävakaa tila ja esimerkiksi verenpaineeseen vaikuttavat lääkkeet koettiin painehaavojen syntymiselle altistavana tekijänä. Näiden on todettu edistävän painehaavan syntymistä ja ovat yhteydessä sellaisen painehaavan syntyyn, jota ei voida estää potilaan tilan takia (Cox 2015). Sairaanhoitajat kertoivat, että asennonvaihdon yhteydessä potilaan tila voi romahtaa. Tämän vuoksi sairaanhoitajat eivät kokeneet mielekkääksi vaihtaa hemodynaamisesti epävakaa potilaan asentoa tarpeettomasti, jotta potilaan tila pysyisi mahdollisimman vakaana. Sairaanhoitajat kuitenkin kokivat, että päivittäisessä hoitotyössä painehaavojen ehkäisyyn panostetaan ja painehaavoja pyritään ehkäisemään kaikin keinoin potilaan tilan sallimissa rajoissa. Osa sairaanhoitajista toi myös esille kokevansa huonoa omatuntoa, jos potilaan asentohoitoa ei voida toteuttaa säännöllisesti, vaikka syynä olisikin potilaan tilaan liittyvät tekijät. Sairaanhoitajat pääasiassa kokivat, että vakavimpien painehaavojen esiintyvyys on vähentynyt, joka vastaa myös aikaisempien tutkimusten tuloksia (Ahtiala ym. 2018).

Kolmantena yläluokkana on toimintaympäristöön liittyvät tekijät. Toimintaympäristöön sekä resursseihin liittyen esimerkiksi käytössä olevat välineet, moniammatillisuus ja sairaanhoitajien asenne nousivat esille haastatteluissa. Sairaanhoitajat toivat positiivisena asiana esille teho-osastojen riittävät hoitajaresurssit. Teho-osastoilla suurempi hoitajamitoitus koettiin painehaavojen ehkäisyä edesauttavana tekijänä verrattuna esimerkiksi vuodeosastoon. Myös apuvälineitä ja laitteita koettiin olevan riittävästi. Yhdellä teho-osastolla oli myös käytössä painehaavojen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvät laadit, jotka olivat potilaspaikoilla ja sisälsivät esimerkiksi hoitosidoksia, joita voi hyödyntää. Lisäksi osastolla vallitseva kulttuuri joka rohkaisee painehaavojen ehkäisyyn, koettiin edesauttavana tekijänä. Teho-osastoilla työskentelee fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja, jonka sairaanhoitajat kokivat tärkeänä varhaisen mobilisoinnin ja kuntouttamisen aloittamisen kannalta. Systemaattiseen arviointiin liittyvät potilastietojärjestelmän automaattiset painehaavariskin arviointimuistutukset koettiin hyödyllisinä, sillä muistutuksen avulla ihon kunnon tarkkailuun kiinnitetään varmemmin säännöllisesti huomiota.

7.2 Luotettavuuden pohdinta

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää tiettyjä kriteereitä. Näitä luotettavuuden kriteerejä ovat esimerkiksi uskottavuus, refleksiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys (Kylmä – Juvakka 2007: 127). Haastateltavia kuullaan heidän näkökulmastaan ja haastattelijat pysyvät puolueettomina kuuntelijoina. Tutkijan omien näkemysten ja ominaisuuksien vältetään suodattamasta haastateltavien kokemuksia. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 134-136.) Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida tutkijan oma toiminta haastattelutilanteissa ja huomioida oma haastattelutyylillä, jolla voi olla vaikutusta osallistujien esille tuomiin kokemuksiin (Holloway 2005: 44). Refleksiivisyys edellyttääkin, että tutkija on tietoinen omasta vaikutuksestaan aineistoon (Kylmä – Juvakka 2007: 129).

Tutkimuksen uskottavuuden kannalta on tärkeää kuvata tulokset niin, että lukija ymmärtää analyysissä käytetyt menetelmät sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Analyysi tulisi myös kuvata mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197-198.) Tulosten siirrettävyys edellyttää tarkkaa aineiston keruun, analyysin, kontekstin sekä osallistujien valinnan ja taustojen kuvausta. Analyytinen täsmällisyys on tärkeää, jotta esimerkiksi luokittelujen logiikka on seurattavissa ja tutkimustulokset loogisia päätelmiä. Jotta analyysi olisi loogista, tulee aineiston olla riittävän monipuolista. Siirrettävyydellä viitataan tulosten siirrettävyyteen toiseen samankal-

taiseen ympäristöön. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198-200.) Tutkimuksen ympäristöstä ja osallistujista on annettava riittävästi tietoa, jotta siirrettävyys toteutuu (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Luotettavuutta arvioidessa huomioidaan myös käytettyjen tutkimusmenetelmien luotettavuus. Tutkimusmenetelmien tulisi olla sellaisia, että tutkimuksessa tutkitaan sitä mitä on tarkoitus tutkia ja tutkimustulokset ovat toistettavissa. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 134-136.) Luotettavuuden parantamiseksi luokittelutaulukosta on olemassa versio, josta on mahdollista palata kunkin pelkistetyn ilmaisun kautta alkuperäiseen aineistoon. Tällä koodauksella ei kuitenkaan ole mahdollista saada tietoa yksittäisestä tiedonantajasta, jotta anonymiteetti säilyi. Opinnäytetyössä käytettiin Turnitin-ohjelmaa plagioinnin tarkistamiseksi.

Ryhmähaastatteluja toteutettaessa luotettavuuden varmistamiseksi teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti haastattelun kulkuun ei puututtu muutoin kuin tarkentavia kysymyksiä tehden. Haastateltavia kuitenkin kehoitettiin alussa tuomaan esille kaikki asiat, jotka heille tuli mieleen aiheen piirissä, jotta aineistoa saataisiin mahdollisimman laajasti. Haastattelijat eivät kommentoineet tai ohjailleet haastattelussa esiin tulleita asioita. Haastattelijat eivät tuoneet esille omia mielipiteitään tai aiemmissa haastatteluissa esiin tulleita asioita, jotta haastattelusta saatu aineisto olisi täysin haastateltavien itse esille tuomiin kokemuksiin perustuvaa. Joissain haastatteluissa osallistujien tuottama keskustelu oli alkuun niukkaa, mutta sen kulkuun ei silti puututtu tai sitä ohjattu, vaan odotettiin että haastateltavat itse tuovat kokemuksiaan esille. Näin varmistettiin, etteivät haastattelijat ohjaa haastattelun kulkua tai vaikuta saatuihin tuloksiin.

Haastattelun alussa kerrottiin teema, joka toistettiin haastateltaville tarvittaessa heidän pyynnöstään. Haastattelut toteutettiin rauhoitetussa ja suljetussa tilassa, jossa olivat vain haastateltavat sekä haastattelijat. Haastatteluiden keskimääräinen kesto oli noin puoli tuntia, joka oli vähemmän kuin arvioitiin suunnitteluvaiheessa. Haastattelut päätettiin kuitenkin lopettaa silloin, kun haastateltavat eivät enää tuottaneet keskustelua aiheesta ja heillä ei ollut enää lisättävää. Luotettavuuden säilyttäminen oli näin helppoa, koska kun haastateltavat eivät enää tuottaneet omaa keskustelua luontevasti, olisi vaarana ollut, että haastattelijat lähtevät ohjaamaan keskustelua liikaa. Ryhmähaastattelun aikana tapahtuneet keskeytykset ja ulkoiset häiriötekijät kuten käytäviltä kuuluvat äänet saattoivat häiritä haastateltavien keskustelua ja aiheuttivat taukoja. Yhden haastattelun päätyttyä ja nauhoituksen loputtua haastateltavat kertoivat lisää kokemuksiaan, mutta koska kokemuksia ei saatu nauhoitettua, niitä ei voitu tässä opinnäytetyössä hyödyntää. Vaikka osa haastateltavista ei ollut lukenut saatekirjettä, kertoivat he monipuolisesti kokemuksiaan.

Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset ovat siirrettävissä samankaltaisiin ympäristöihin. Analyysi on kuvattu tarkasti ja sairaanhoitajien kokemukset on tuotu esille niitä muuttamatta. Aineisto oli monipuolista ja edustaa hyvin sairaanhoitajien kokemuksia. Saadut tulokset vastasivat hyvin aiempien tutkimuksien tuloksia samasta aihepiiristä, joka tukee tämän opinnäytetyön tulosten vahvistettavuutta (Schallom 2015; Cox - Schallom 2017; Cox 2015; Mourão Pinho ym. 2014; de Medeiros Dantas ym. 2013). Haastattelijat toimivat haastattelutilanteissa neutraalisti eikä keskusteluja johdateltu. Saadut tulokset pohjautuvat sairaanhoitajien kokemuksiin ja sisällönanalyysi toteutettiin sen periaatteiden mukaisesti. Koko opinnäytetyöprosessia ohjasi opinnäytetyön aihe ja tutkimuskysymys. Opinnäytetyön tuloksia voi tulevaisuudessa hyödyntää muiden opinnäytetöiden pohjana. Koska suomalaisia tai pohjoismaisia tutkimuksia tämän aiheen piiristä ei juurikaan ole tällä hetkellä saatavilla, tarvitaan kehittämistyön tueksi lisää tutkimustyötä.

7.3 Eettisyyden pohdinta

Suomessa tutkimuksen eettisyyttä noudatetaan Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Julistuksessa eettisiä ohjeita on muun muassa tutkittavan yksityisyyden sekä fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden turvaaminen. Tutkimustyössä on selostettava tutkimuksen tarkoitus, tavoite, menetelmät sekä haitat ja hyödyt, joita tutkittavalle mahdollisesti koituu. Tutkimukseen osallistuvan tulee tietää hänen oikeutensa kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen sekä oikeus perua suostumuksensa. Tutkimuksen osallistujan ymmärrettyä tiedot tulee suostumus tutkimukseen osallistumisesta saada kirjallisena tai muulla tavoin dokumentoituna. Tutkija pyrkii tarpeettomien haittojen minimointiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 214). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tiedonhankinnan, tutkimuksen ja arviointimenetelmien tulisi olla eettisesti kestäviä. Tutkimus tulisi myös suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti. Tutkimukseen osallistuvien oikeuksia tulee kunnioittaa ja suojata. Tutkimuksen yhteydessä saatu tieto on salassa pidettävää eikä osallistujaa saa asettaa tunnistettavaan asemaan missään vaiheessa. Nimettömyyden takaaminen on tärkeää, ellei toisin ole sovittu. Tutkimuksen tekijän on noudatettava rehellisyyttä ja niitä vaatimuksia, jotka hän on osallistujille luvannut. Tuloksien raportoinnissa tulisi olla avoin ja rehellinen. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 131-133.) Analysointivaiheessa alkuperäisilmaisut muutetaan yleiskielelle, jotta esimerkiksi murteen takia haastateltava ei ole tunnistettavassa asemassa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 221).

Tässä työssä noudatetaan tutkimuseettisiä periaatteita kuten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyön alussa tutustuttiin valittuun tutkimusmetodiin sekä tutkittavaan ilmiöön aiempaan tutkimustietoon perehtymällä. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite luotiin suunnitelmavaiheessa menetelmän sekä aihepiirin ohjaamana. Tutkimuskysymyksiä muotoiltiin yksi. Tutkimuskysymys, tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ohjasivat opinnäytetyötä sen jokaisessa vaiheessa.

Opinnäytetyön tekijöitä sitoo koko prosessin ajan sekä sen päätyttyä vaitiolovelvollisuus, jota noudatettiin tarkoin. Haastateltavat pidettiin nimettöminä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja aineisto analysoitiin nimettömänä. Aineistoa säilytettiin, niin ettei se ole ulkopuolisten saatavilla. Ennen opinnäytetyön toteutusvaihetta yhteistyöorganisaatiolta hankittiin tutkimuslupa ja yhteistyöyksiköihin lähetettiin etukäteen saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta sekä luonteesta.

Haastattelut toteutettiin yhteistyöosastojen ehdoilla heidän aikataulunsa mukaisesti opinnäytetyön aikataulun sallimissa puitteissa. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työajalla. Näin varmistettiin, että opinnäytetyön aineistonkeruusta aiheutui mahdollisimman vähän haittaa haastateltaville. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Itsemääräämisoikeuden turvaamiseksi haastateltavien vapaaehtoinen suostumus varmistettiin kirjallisella tietoisesta suostumuksesta lomakkeella. Useamman haastattelun alussa kävi ilmi, etteivät haastateltavat olleet lukeneet saatekirjettä tai muistaneet sen sisältöä juurikaan, joten se kerrattiin lyhyesti haastattelun alussa. Tietoisesta suostumuksesta lomakkeessa oli myös pääpiirteittäin saatekirjeessä kerrotut asiat. Tällä menetelmällä turvattiin haastateltavien tietoinen suostumus. Haastatteluiden alussa myös kerrattiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä anonymiteettiä ja vapaaehtoisuuteen liittyvät asiat. Haastateltaville annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä opinnäytetyön toteutukseen, aineiston analyysiin ja keruuseen liittyen ennen haastattelun alkua. Haastateltaville kerrottiin, että ryhmähaastattelut nauhoitetaan, jotta niiden sisältöä voidaan hyödyntää paremmin. Nauhoituksia säilytettiin luottamuksellisesti ja ne hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua.

Aineisto analysoitiin nimettömänä ja alkuperäisilmaisut ovat sellaisia, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Myöskään yhteistyöosastojen tarkempia kuvauksia ei tuotu tässä raportissa esille yksityisyyden suojan varmistamiseksi. Aineisto pohjautuu täysin haastateltavien esille tuomiin kokemuksiin eikä siihen ole lisätty mitään näiden

asioiden lisäksi. Opinnäytetyö toteutui tutkimustyötä ohjaavien eettisten periaatteiden mukaisesti kokonaisuudessaan.

7.4 Yhteenveto

Tässä opinnäytetyössä esitetyt tulokset vastaavat pääosin aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Painehaavojen ehkäisy koostuu monesta eri tekijästä. Tärkeää on huolehtia potilaan hyvästä perushoidosta ja asentohoidosta, huomioida hoitovälineiden ja laitteiden aiheuttama riski ihon vaurioitumiselle, sekä huomioida potilaan tilan aiheuttamat rajoitteet painehaavojen ehkäisyssä. Myös ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat, kuten sairaanhoitajan asenne ja osaston kulttuuri.

Yhteenvetona voidaan todeta, että sairaanhoitajien kokemusten mukaan painehaavojen ehkäisykeinot ja niihin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kolmeen yläluokkaan

- Potilaaseen liittyvät tekijät
- Sairaanhoitajan osaamiseen liittyvät tekijät
- Toimintaympäristöön liittyvät tekijät.

Lähteet

Ahtiala, Maarit – Kivimäki, Riku – Soppi, Esa 2018. Characteristics of intensive care unit (ICU) patients with pressure ulcers present on admission, acquired in ICU or no ulceration: a retrospective cohort study. *Wounds International* 9 (1). 11-17. Saatavilla myös verkossa.

Apostolopoulou, Eleni – Tselebis, Athanasios – Terzis, Konstantinos – Kamarinou, Efsthia – Lambropoulos, Ioannis – Kalliakmanis, Andreas 2014. Pressure Ulcer Incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Health Science Journal* 8 (3). 333-342. Saatavilla myös verkossa.

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

Beeckman, Dimitri – Schoonhoven, Lisette – Kottner, Jan – Moore, Zena – Meaume, Sylvie – Fletcher, Jacqui 2017. Meeting report: pressure ulcer prevention and management: do we all agree? *Wounds International* 8 (3). 40-45. Saatavilla myös verkossa.

Blomster, Marika – Mäkelä, Merja – Ritmala-Castrén, Marita – Säämänen, Jari – Varjus, Sirkka-Liisa 2001. *Tehohoitotyö*. Tampere: Tammi.

Bly, Deborah 2016. A model of pressure, oxygenation and perfusion risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 25 (2). 156-164. Saatavilla myös verkossa.

Cox, Jill – Schallom, Marilyn 2017. Pressure Injuries in Critical Care: A Survey of Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse* 37 (5). 46-55. Saatavilla myös verkossa.

Cox, Jill 2015. Vasopressors and development of pressure ulcers in adult critical care patients. *American Journal of Critical Care* 24 (6). 501-211. Saatavilla myös verkossa.

de Medeiros Dantas, Anna Livia – De Araújo, Josenilton Diniz Batista – Ferreira, Patricia Cabral – Valenca, Cecilia Nogueira – Diniz, Kessya Dantas – de Carvalho Lira, Ana Luisa Brandao 2013. Pressure ulcers prevention according to the intensivist nursing professional perspective. *Journal of Nursing UFPE* 7 (3). 706-712. Saatavilla myös verkossa.

Ellis, Michael 2016. Understanding the latest guidance on pressure ulcer prevention. *Journal of Community Nursing* 30 (4). 29-36. Saatavilla myös verkossa.

Edsberg, Laura – Langemo, Diane – Baharestani, Mona Mylene – Posthauer, Mary Ellen – Goldberg, Margaret 2014. Unavoidable pressure injury: state of the science and consensus outcome. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 41 (4). 313-334. Saatavilla myös verkossa.

Fife, Caroline – Otto, Gordon – Capsuto, Elena – Brandt, Keith – Lyssy, Karen – Murphy, Kathy – Short, Catherine 2001. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. *Critical care medicine* 29 (2). 283-90. Saatavilla myös verkossa.

Holloway, Immy 2005. *Qualitative Research in Health Care*. Berkshire: Open University Press.

HUS. Tehohoito. Verkkodokumentti.

<<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/tehoahoito/Sivut/default.aspx>> Luettu 25.1.2018

Hyun, Sookyung – Vermillion, Brenda – Newton, Cheryl – Fall, Monica – Li, Xiaobai – Kaewprag, Pacharmon – Moffatt-Bruce, Susan – Lenz, Elisabeth 2013. Predictive validity of the Braden scale for patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care* 22 (6). 514-520. Saatavilla myös verkossa.

Jackson, Christine 1999. The revised Jackson/Cubbin Pressure Area Risk Calculator. *Intensive and Critical Care Nursing* 15 (3). 169-175. Saatavilla myös verkossa.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY.

Juutilainen, Vesa – Hietanen, Helvi 2012. *Haavanhoidon periaatteet 1.*, painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä 3.*, uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

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 (2). 334-341. Saatavilla myös verkossa.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus 1.*, painos. Helsinki: Edita.

Lopes Rios, Bruno – França Oliviera, Juliana da silva – Teixeira Torres, Móises – Oliviera Souza, Nariana – Figueiredo Marques, Patrícia – Porto Reis, Ubiane Oitica 2016. Prevention of pressure ulcers in intensive care units: an experience report. *Journal of Nursing* 6(10). 4959-4964. Saatavilla myös verkossa.

Mason, Jennifer 2002. *Qualitative Research 2.*, uudistettu painos. Lontoo: SAGE Publications Ltd.

Moore, Zena – van Etten, Menno 2014. Ten top tips: repositioning a patient to prevent pressure ulcers. *Wounds international* 5 (3). 6-9. Saatavilla myös verkossa.

Mourão Pinho, Clarissa – Nóbrega Correia, Ruana – Perrelli Valença, Marília – de Almeida, Cavalcanti – Aracelle, Tenório – Tavares Gomes, Eduardo 2014. Use of the air mattress in the reduction of pressure ulcers: efficacy and perceptions of nursing. *Journal of Nursing* 8 (8). 2729-2735. Saatavilla myös verkossa.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

National Institute for Health and Care Excellence 2015. Pressure Ulcer: Quality Standard. Verkkodokumentti.

<<https://www.nice.org.uk/guidance/qs89>> Luettu 18.10.2017.

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015. Hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Verkkodokumentti.

<<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>> Luettu 6.10.2017.

Patton, Michael Quinn 2002. Qualitative Research & Evaluation Methods, 3., uudistettu painos. California: Sage Publications.

Roberts, Peter J. – Alhava, Esko – Höckerstedt, Krister – Leppäniemi, Ari 2010. Kirurgia 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Samuriwo, Ray. 2010. The Impact of Nurses' values on the prevention of pressure ulcers. British Journal of Nursing 19 (15). 4-8. Saatavilla myös verkossa.

Santamaria, Nick – Gerdtz, Marie – Liu, Wei – Rakis, Stephanie – Sage, Sarah – Ng, Ai Wei - Tudor, Hannah – McCann, Jane – Vassiliou, Theresa – Morrow, Fiona – Smith, Kenneth – Knott, Jonathan – Liew, Danny 2015. Clinical Effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II Trial. Journal of Woundcare 24 (8). 340-345. Saatavilla myös verkossa.

Schallom, Marilyn – Cracchiolo, Lisa – Falker, Antoinette – Foster, Jennifer – Hager, JoAnn – Morehouse, Tamara – Watts, Peggy – Weems, Linda – Kollef, Marin 2015. Pressure ulcer incidence in patients wearing nasal-oral versus full-face noninvasive ventilation masks. American Journal of Critical Care 24 (4). 349-357. Saatavilla myös verkossa.

Soppi, Esa 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=painehaava> Luettu 12.10.2017.

Soppi, Esa 2010. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim 126. 261-268. Saatavilla myös verkossa.

Thorpe, Elaine 2015. Pressure ulcer prevention in intensive care unit. Wounds UK 11(2).112-115. Saatavilla myös verkossa.

Tomazini Borghardt, Andressa – Nascimento do Prado, Thiago – Silveira Bicudo, Sheilla Diniz – Silveira de Castro, Denise – de Oliveira Bringuento, Maria Edla 2016. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. Revista Brasileira de Enfermagem 69 (3). 431-438. Saatavilla myös verkossa.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi 10., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>>. Luettu 5.10.2017.

Varpula, Tero – Uusaro, Ari – Ala-Kokkola, Tero – Tenhunen, Jyrki – Ruokonen, Esko – Perttilä, Juha – Pettilä, Ville 2007. Tehohoidon toimintakokonaisuus erikoissairaanhoidossa. Suomen lääkirlehti 62 (12).1271-1276. Saatavilla myös verkossa.

Xiaohong, Deng 2017. Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care Patients. Critical Care Nurse 37 (4). 1-11. Saatavilla myös verkossa.