

PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY

LONKKALEIKKAUKSESSA OLLEELLA POTILAALLA

Heli Poutanen ja Nina Sainio
Opinnäytetyö, syksy 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Poutanen, Heli ja Sainio, Nina. Painehaavojen ennaltaehkäisy lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2010, 64s, 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisystä lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla sekä mitä hoitotyön menetelmiä heillä on käytössään painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lonkkaleikkauksessa olleen potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Tutkimus tehtiin yhteistyössä perusterveydenhuollon kuntoutusosaston kanssa.

Tutkimus on kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kuutta hoitotyöntekijää keväällä 2010. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina ja tutkimusaineisto analysoitiin teemoittelulla.

Tutkimustulokset osoittavat, että painehaavojen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen on tärkeää. Painehaavojen riskitekijät täytyy huomioida potilaan hoidossa yksilöllisesti. Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä on omat haasteensa liikkumisen rajoitusten vuoksi.

Tutkimuksen aikana nousi esiin hoitotyöntekijöiden tarve kehittää kivun arviointia ja sen riittävää hoitoa painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi lonkkaleikkauksessa olleilla potilailla sekä riskiluokitusmittareiden käyttöönottoa riskipotilaiden tunnistamiseksi ja hoitamiseksi.

Asia-sanat: painehaava, ennaltaehkäisy, lonkkaleikkaus, hoitotyö, kvalitatiivinen tutkimus, varhainen tunnistaminen

ABSTRACT

Poutanen, Heli and Sainio, Nina.

Prevention of pressure ulcer with patients that have undergone hip-surgery. 64p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

This thesis was done in co-operation with a rehabilitation ward in a primary healthcare unit. The purpose of this study was to examine how health care workers identified patients at risk of pressure ulcers and to describe the methods used to prevent pressure ulcers in the rehabilitation ward, and also to provide information on nurses' knowledge of preventing pressure ulcer of patients that had had a hip-surgery. Furthermore, the aim of this study was to take notice of the nurses' own practices in the prevention of pressure ulcers and to produce information for the development of nursing.

This study was qualitative research. As for methods, we interviewed six nursing personnel of the ward. We carried out the interviews as thematic interviews. Our material was analyzed by organizing it in themes and using content analysis.

Results showed that prevention and early identification of pressure ulcers were important aspects because they caused suffering to patients, prolonged the duration time in the hospital and also represented costs to society. According to the interviewees, pressure ulcer risk factors should be taken into consideration while treating individually a patient. Preventing pressure ulcers of patients undergone hip surgery had its own challenges due to restricted movement.

During the study, developmental needs emerged for health care workers to improve pain assessment and sufficient treatment in order to prevent pressure ulcers with these patients, as well as to start using risk indicators to recognize and treat patients.

Keywords: pressure ulcer, prevention, hip surgery, nursing, early identification

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. PAINHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY LONKKALEIKKAUKSESSA OLEELLA POTILAALLA	8
2.1 Lonkkamurtuma.....	8
2.1.1 Lonkkaleikkaus	9
2.1.2 Liikkumisen rajoitukset lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla	10
2.1.3 Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan kuntoutus	11
2.2 Painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyön keinoin	13
2.2.1 Painehaavan synty	13
2.2.2 Painehaavojen luokittelu.....	15
2.2.3 Painehaavojen ennaltaehkäisy	16
2.2.4 Painehaavojen varhainen tunnistaminen	19
2.3 Painehaavojen riskitekijät lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla	22
2.3.1 Riskiryhmät painehaavojen syntyyn.....	22
2.3.2 Ulkoiset ja sisäiset tekijät painehaavariskiä arvioitaessa	22
2.3.3 Potilaan liikkumattomuuden vaikutus painehaavariskiä lisäävänä tekijänä	24
2.4 Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä käsitteistä.....	25
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	27
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT	28
4.1 Tutkimusympäristön kuvaus.....	28
4.2 Teemahaastattelu.....	28
4.3 Aineiston analysointi.....	30
5. TUTKIMUSTULOKSET.....	33
5.1 Painehaavojen ennaltaehkäisy lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla ...	33
5.1.1 Painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyön keinoin	33
5.1.2 Painehaavojen varhainen tunnistaminen	36

5.1.3 Liikkumisen rajoitusten huomioiminen painehaavojen ennaltaehkäisyssä	38
5.1.4 Painehaavojen riskitekijöiden huomiointi lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla.....	42
5.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	46
6. POHDINTA	48
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	48
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	56
6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset	58
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	59
6.5 Oma opinnäytetyöprosessi	61
LIITE 1: Saatekirje	67
LIITE 2: Teemahaastattelurunko.....	68
LIITE 3: Esimerkki aineiston luokittelusta.....	69

1. JOHDANTO

Painehaavat aiheuttavat tarpeetonta kärsimystä potilaalle ja pidentävät huomattavasti hoitoaikaa. Painehaavojen aiheuttamat kustannukset ovat suuria. Painehaavojen kustannukset Suomessa ovat arviolta noin 200 miljoonaa euroa vuodessa ja noin 2–4 % terveydenhoitomenoista. (Soppi 2010, 263–264.) Suomalaisessa 17 terveyskeskuksen 35 vuodeosastoa kattavassa selvityksessä todettiin 22 prosentin painehaavaesiintyvyyttä. Lukuisissa tutkimuksissa todetaan kiistatta painehaavojen hoidon kalliimmaksi kuin niiden ennaltaehkäisemisen. (Pellinen & Kekki 1994, 1, Soppi 2010, 261; Lepistö 2004, 27). Opinnäytetyön aiheemme rajasimme lonkkaleikkauksessa olleisiin potilaisiin, koska lukuisten tutkimusten mukaan he ovat erityisesti riskialttiita potilaita saada painehaavan ja lisäksi aiheesta ei ole tehty paljon aikaisempaa tutkimustyötä. Ennaltaehkäisemisen edellytyksenä on painehaavariskipotilaiden tunnistaminen ja hoito. Kirjallisuudessa on korostettu painehaavojen olevan lähes täysin ehkäistävissä hoitotyön keinoin sekä hoitotyöstä vastaavan henkilökunnan panosta pidetään keskeisenä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. (EPUAP 2009., Soppi 2010, 267).

Tutkimuksemme tarkoituksena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisystä hoitotyön keinoin lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla sekä selvittää käytettyjä menetelmiä riskialttiiden potilaiden tunnistamiseen ja hoitamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lonkkaleikkauksessa olleen potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä.

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä perusterveydenhuollon kuntoutusosaston kanssa heiltä nousseesta tarpeesta kehittää painehaavojen ennaltaehkäisyä hoitotyön keinoin, koska väestön ikääntyessä myös lonkkaleikkauksien määrän oletetaan lisääntyvän. Painehaavojen ennaltaehkäisystä on paljon tieteellisiä tutkimuksia maailmanlaajuisesti, mutta erityisesti leikkauksen jälkeen painehaavojen ennaltaehkäisystä lonkkamurtumapotilailla on tutkittu suhteellisen vähän

hoitotieteessä, etenkin Suomessa. Valitsimme tutkimusmenetelmäksi hoitotyöntekijöiden haastattelun teemahaastattelulla, koska halusimme saada tutkimuksen avulla tietoa heidän kokemuksistaan ja käytetyistä hoitotyön menetelmistä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Toteutimme tutkimuksemme haastattelemalla kuutta hoitotyöntekijää, jotka työskentelevät kuntoutusosastolla ja osallistuvat painehaavoille alttiiden lonkkaleikkauksessa olleiden potilaiden hoitamiseen.

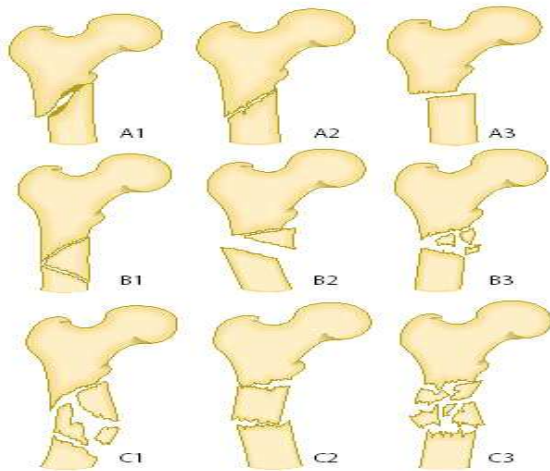
2. PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY LONKKALEIKKAUKSESSA OLEELLA POTILAALLA

2.1 Lonkkamurtuma

Väestön ikääntyessä lonkkamurtumien määrä tulee väistämättä kasvamaan. Siksi on perusteltua, että painehaavojen ennaltaehkäisyyn hoitotyön keinoin kiinnitetään erityistä huomiota. Lonkkamurtumat ovat merkittävä haaste terveydenhuollolle Suomessa (Sund 2006). Lonkkamurtumaan liittyy huomattava kuolleisuus ja toimintakyvyn heikkeneminen. Tämän takia se on potilaalle usein kohtalokas vamma. (Nurmi, Lüthje, Narinen & Tanninen 2003.) Ennen murtumaa kotona asuneista 29 % päätyy lonkkamurtuman jälkeen vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoidon (Huusko ym. 2006). Valtakunnallisen hoitoilmoitusrekisterin mukaan Suomessa ilmenee vuosittain yli 7 000 lonkkamurtumaa, joista 70 % sattuu naisille. Vaaratekijöitä saada lonkkamurtuma ovat korkea ikä, vähäinen liikkuminen ja naissukupuoli. Seitsemän kymmenestä lonkkamurtumasta sattuu naisille, joiden keskimääräinen ikä on 80 vuotta. Miehet murtavat lonkkansa keskimäärin 75-vuotiaina. Lonkkamurtumista yli 90 % tapahtuu kaatumisen seurauksena. (Käypä hoito 2006.) Pitkäaikainen laitoshoido on voimakkaasti yhteydessä lonkkamurtuman riskiin. Laitoshoidossa olevilla potilailla sukupuolien välillä ei ole eroa lonkkamurtumien ilmenemisessä. (Sund 2006.)

Reisiluun kaulan murtumat ovat yleisiä ortopedisia päivystysyksikköjä kuormittamia vammoja (Eskelinen, Paavolainen, Vuorinen & Remes 2006). Suomesta julkaistun tilastotiedon mukaan yleisimpiä murtumatyyppejä ovat reisiluun kaulan murtuma ja trokanteeriset (reiden yläosan sarvennoisten kautta tai välissä olevat) murtumat. Lisäksi subtrokanteerisia (reiden sarvennoisalueen alapuolella olevia) murtumiakin esiintyy. Murtumatyypit luokitellaan erikseen, esimerkiksi reisiluun kaulan murtumat luokitellaan dislokoituneisiin ja dislokoitumattomiin. Trokanteeristen murtumien luokituksia on useita, mutta yleisin on karkea jako

stabiileihin ja instabiileihin. Subtrokanteerisissa murtumissa luokituksia on useita, tavallisin niistä on AO-luokitus (Kuva 1). Suurin osa murtumista (62 %) oli luokiteltu reisiluun kaulan murtumiksi ja trokanteeriseksi murtumiksi (38 %).



Kuva 1. Trokanteeriset murtumat AO-luokituksen mukaan. (Käypä hoito 2006).

2.1.1 Lonkkaleikkaus

Lonkkamurtuma hoidetaan operatiivisesti ja leikkausmenetelmä riippuu murtumatyypistä ja luokituksista. Leikkaus on tehtävä viivytyksettä, jotta potilas pääsee liikkumaan mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen (Huusko ym. 2006). Lonkkamurtuma potilaan odotusajalla on yhteys painehaavan syntyyn (Iivanainen 2007, 62). Reisiluun kaulan dislokoitumaton murtuma hoidetaan yleensä osteosynteesillä kanyloiduin ruuvein ja dislokoitunut murtuma hoidetaan sementtikiinnitteisellä puoliproteesilla. A1 (mediaalinen tuki jäljellä)- ja A2 (pirstalemurtuma, jossa mediaalinen ja dorsaalinen tuki puuttuu) -tyypin trokanteerisissa murtumissa hoito on ensi sijassa liukuruuvivulevy-yhdistelmä, A2-typissä tarvittaessa yhdistettynä trokanteraluetta tukevaan sivulevyyn. A3 (transtrokanteerinen murtuma, jossa murtumalinja ulottuu lateraaliseen kortek-

siin, tai käänteinen trokanteerinen murtuma) -tyypin trokanteerisessa murtumassa suositellaan intramedullaarista kiinnitystä. Subtrokanteerinen murtuma hoidetaan pääsääntöisesti pitkällä ydinnaulalla. (Käypä hoito 2006.)

2.1.2 Liikkumisen rajoitukset lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla

Liikkumisen rajoitukset riippuvat lonkkamurtumatyypistä ja valitusta leikkausmenetelmästä. Käypä hoito–suosituksissa sanotaan, että reisiluunkaulan murtuman joko puoli- ja kokoproteesilla hoidetut potilaat saavat varata alusta lähtien vapaasti. (Käypä hoito 2006.) Osteosynteesimenetelmää käytettäessä pyritään leikkaustulokseen, jossa täysi varaus olisi mahdollista heti. Pirstaleisen murtuman osteosynteesi saattaa kuitenkin edellyttää, että jalalle ei voi varata lainkaan 6–12 viikkoon tai jalalle saa varata vain osittain. (Raivio, Niskanen, Korkala, Kaukonen & Tilvis 2001.)

Subrokanteerisen murtuman luutumisaika on kolmesta neljään kuukautta, koska murtuma sijaitsee putkiluun alueella. Leikkausmenetelmänä ydinnaulalla hoidetut saavat varata 6–8 viikon kuluttua täydellä varauksella. Ekstramedullaari fiksaatioissa varausrajoitus on yleensä pidempi n. 2–3 kuukautta. (Käypä hoito 2006.) Dementoituneet potilaat eivät usein opi noudattamaan varausrajoitusta, jos sellainen heille määrätään. Raajan varausrajoituksen toteuttamisen vaikeus on yksi dementian seuraus ja tunnusmerkki. (Raivio, Niskala, Korkala, Kaukonen & Tilvis 2001.)

2.1.3 Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan kuntoutus

Leikkauksesta jatketaan tehokkaalla kuntoutuksella. Leikkauksenjälkeinen kuntoutus ja mobilisointi tulisi aloittaa leikkauspäivää seuraavana päivänä. Potilaan mobilisoinnin on todettu ehkäisevän komplikaatioita ja kipua sekä auttavan ylläpitämään nivelten liikkuvuutta. (Käypä hoito 2006; Iivanainen 2007, 84.) Mobilisoinnin aloittamisen pitkittyminen lisää potilaan painehaavariskiä (Iivanainen 2007, 69). Lonkkamurtuman jälkeen kuntoutus on moniammatillista ja kokonaisvaltaista. Geriatrisen kuntoutuksen tulisi olla oikea-aikaista ja ongelmalähtöistä. (Huusko 2003.) Avohoidossa asuneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutus tulisi keskittää vanhusten sairauksiin perehtyneisiin moniammatillisiin kuntoutusyksiköihin. Keskitetty kuntoutus nopeuttaa toimintakyvyn palautumista, lyhentää sairaalassaoloaikaa ja vähentää pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista. Keskitetystä kuntoutuksesta hyötyvät etenkin dementoituneet lonkkamurtumapotilaat. Moniammatillisen kuntoutusyksikössä korostuvat varhainen mobilisaatio, potilaan omatoimisuus ja kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi. Kuntoutuksessa korostuu myös yhteistyö avohoidon sekä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Huusko ym. 2003.)

Harvat potilaat pääsevät palaamaan lonkkaleikkauksen jälkeen entiseen asuinpaikkansa suoraan kirurgiselta osastolta. Useimmiten potilaat siirtyvät jatkokuntoutukseen terveyskeskusten vuodeosastoille tai erityiselle kuntoutusosastolle. Tehostettu kuntoutus nopeuttaa potilaan toipumista leikkauksen jälkeen ja palaamista entiseen asuinpaikkansa, erityisesti jos potilaalla on lievä tai keskivaikea dementia. Parhaimpaan tulokseen päästään, jos kuntoutuksen suunnittelee ja toteuttaa moniammatillinen työryhmä. 60 % iäkkäistä lonkkamurtumapotilaita kuntoutuu avohoitoon tai entiseen hoitotasoon. (Raivio ym. 2001.)

Kuntoutuksen tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä itsenäinen toimintakyky sekä potilaan kokeman kivun ja kärsimyksen lievitys. Tavoitteena on myös läheisten kokeman stressin minimointi. (Huusko 2003.) Potilaan toiminta-

kyky on tavoitteena saada murtumaa edeltäneelle tasolle. (Nurmi ym. 2003). Moniammatillisen tiimin jäseniä ovat lääkärit, hoitajat, terapeutit, sosiaalityöntekijät ja psykologit. Moniammatillisen tiimin tulisi tehdä yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä sekä avohoidon työntekijöiden kanssa. (Huusko 2003.) Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on luoda vuorovaikutuksessa yhteinen näkemys potilaan kokonaistilanteesta ja yhteisistä tavoitteista. Potilaan ja omaisten tulisi osallistua päätöksentekoon. (Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen & Sivenius 2009, 24.) Kuntoutuksessa potilaalle annetaan ohjausta, potilasta kuunnellaan ja kannustetaan. Potilaalle annetaan myös lääketieteellistä hoitoa, fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja puheterapiaa. Potilas saa tarvittavat apuvälineet kuntoutuksen aikana ja kotona tehdään tarvittaessa muutostöitä. (Huusko 2003.) Kuntoutumista edistävä moniammatillinen toiminta parantaa ikääntyneen elämän laatua (Vähäkangas & Noro 2009, 98). Kuntoutuspotilailla hoitotyön tarve on usein erityisen suurta jakson alkupuolella, kun tutustutaan potilaan kokonaistilanteeseen ja laaditaan hoitotyön suunnitelma. Ohjauksen ja tuen tarve on enimmillään hoitajakson alussa, kun potilas yrittää sopeutua sairauteensa ja muuttuneeseen elämäntilanteeseensa. (Savela, Karppi, Salmela & Kauppinen 2005, 205.)

Lonkkamurtumapotilaiden tavoitteelliseen hoito- ja kuntoutussuunnitelman tulisi sisältää kuntoutuksen jatkamisen heti kotiutumisen jälkeen. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman on todettu lyhentävän sairaalassaoloaika ja edistävän toimintakyvyn palautumista. (Käypä hoito 2006.) Hyvään vaikuttavuuteen päästään etenkin lievästi ja keskivaikeasti muistihäiriöisten potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa, kun eri ammattiryhmien välinen tiimityö tapahtuu yhdessä potilaiden ja omaisten kanssa (Pietikäinen, Heinonen, Karppi & Huusko 2003, 191). Potilaan osallistuminen kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen on tärkeää. Iäkkään potilaan toimintakyvyn koheneminen ja kuntoutuminen edellyttävät hänen sitoutumistaan ja motivaatiotaan kuntoutua. Potilaat voivat edistää omaa kuntoutumistaan toimimalla aktiivisesti ja työskentelemällä kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseksi. Sairaanhoidajan tulisi olla kiinnostunut potilaasta ja hänen taustastaan sekä ymmärtää potilasta uudessa elämäntilanteessa. Omaisilla on

tärkeä merkitys potilaan kuntoutumisessa. Omaiset voivat edistää iäkkään potilaan kuntoutumista vahvistamalla omia voimavarojaan, myötävaikuttamalla kuntoutumisprosessissa ja tukemalla potilasta kuntoutumisen tavoitteen saavuttamisessa. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 35–39.)

2.2 Painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyön keinoin

2.2.1 Painehaavan synty

Painehaava on paikallinen ihon tai ihon alla olevan kudoksen vaurio. Sen aiheuttaja on paine ja venytys tai hankaus yhdessä tai erikseen. (EPUAP 2009.) Painehaavoja esiintyy 5-15 %:lla sairaaloissa, hoitolaitoksissa ja kotihoidossa olevilla potilaista (Soppi 2010, 262). Iivonaisen (2007, 75) tutkimuksessa lonkkamurtumapotilaista 39 % sai paine haavan viikon sisällä leikkauksesta. Painehaava syntyy useimmiten kahden ensimmäisen sairaalassa olo viikon aikana (Soppi 2010, 262). Useimmiten akuuttiin sairastumiseen tai vammautumiseen liittyvä paine haava syntyy kuitenkin jo ensimmäisten hoitopäivien aikana. Erityisen alttiita paine haavoille ovat potilaat, jotka joutuvat vuodepotilaiksi äkillisen sairastumisen tai vamman vuoksi, esimerkiksi lonkkamurtumapotilaat ja tehosastohoitoa vaativat potilaat. (Juutilainen & Hietanen 2002.) Painehaava sijaitsee useimmiten luisen ulokkeen kohdalla. (EPUAP 2009.) Tyypillisimmät paikat paine haavoille ovat ristiselkä, pakarat, lonkat ja kantapäät. Yli 75 % paine haavoista syntyy näihin paikkoihin (Soppi 2010, 262).

Painehaavojen synnyn tärkeimpänä etiologisena tekijänä on paine, joka syntyy alustan ja luu-ulokkeen väliin. Painehaava syntyy usein pitkäkestoisesta paine altistuksesta. Painehaava voi saada alkunsa myös toistuvasta paineen aiheuttamasta kudoksen stressireaktiosta. (Soppi 2010, 262–264.) Jos punoittava

ihoalue ei ole hävinnyt 30 minuutin kuluttua asennon vaihdosta, diagnosoidaan painehaava painehaavaksi (Iivanainen 2007, 77). Painehaavan synnyn todennäköisyys on sitä suurempi, mitä suurempi paine on ja mitä kauemmin se kestää. Jos painealtistus on 150mmHg ja kestää yhdeksän tuntia, seurauksena on painehaava. 500mmHg suuruinen paine aiheuttaa painehaavan jo kahden tunnin kuormituksen jälkeen. (Kärki, Lehto & Lekkala 2006.)

Alueilla, jossa ihon alainen kudος on ohut, paine pääsee helposti kudokseen asti. Painehaavoja ei synny, jos ihon alainen kudος saa riittävästi happea. (Lepistö 2004, 18.) Ihoon ja ihonalaisiin kudoksiin kohdistuvan paineen ylittäessä kriittisen rajan, kapillaarit painuvat kokoon, kapillaariverenkierto estyy ja kudoksen hapensaanti muodostuu riittämättömäksi, mistä seuraa kudoksen nekroosi (Soppi 2010, 264). Syvällä oleva lihaskudος ei kestä pitkittynyttä paineen nousua yhtä hyvin, kuin pinnalla oleva iho. Tangentiaalisilla voimilla on myös merkitystä painehaavojen synnyssä. Ne aiheuttavat hankautumista ja rikkoontumista pinnallisessa ihossa kitkan takia. Tangentiaaliset voimat aiheuttavat myös syvissä kudoksissa venyttymistä ja verenkiertohäiriöitä. Kudosvaurio muodostuu tällöin pahemmaksi kuin pelkkä kohtisuora paine. Tangentiaalisia voimia syntyy kun sängyn päätä kohotetaan tai potilasta siirretään makuualustalla. (Juutilainen & Hietanen 2002, 187; Iivanainen 2007, 77.)

Liikuntakyvyttömyydestä tai tuntehäiriöstä kärsivillä potilailla ei ole paineiskemiasta johtuvaa kipuärsykettä muistuttamassa kääntymisen tarpeesta. Liikkumattomuus onkin painevaurion tärkein riskitekijä. (Juutilainen & Hietanen 2002; Iivanainen 2007, 79.) Vitaalitoimintojen heikkeneminen ja ikääntymiseen liittyvä sairastavuuden lisääntyminen ovat syynä siihen, että yli 70 % painehaavoista syntyy yli 70-vuotiaille (Juutilainen & Hietanen 2002, 186; Soppi 2010, 262). Vanhan ihmisen kudokset ovat alttiimpia painevaurioille, kuin nuoren ihmisen. Painehaavoille voi altistaa myös vanhuksen ruumiinrakenne. (Juutilainen & Hietanen 2002, 188.) Painehaava huonontaa potilaan toipumismahdollisuuksia.

Painehaava voi johtaa pitkäkestoiseen konservatiiviseen haavan hoitoon tai kirurgiseen korjaustoimenpiteeseen. (Kärki ym. 2006.)

2.2.2 Painehaavojen luokittelu

Painehaavojen tunnistamiseen on kehitetty erilaisia painehaavaluokituksia. Niissä painehaavat luokitellaan luokkiin syvyyden ja värin perusteella. Luokittelun avulla voidaan arvioida hoidon tehokkuutta ja painehaavan kirjaaminen selkeytyy. Painehaavaluokituksen käyttö auttaa tunnistamaan painehaavan ja sen vaikeusasteen. Tällöin oikea hoito voidaan aloittaa mahdollisimman varhain. (Hokkanen 2000, 5–6.) Painehaavojen luokittelu selkiyttää haavan dokumentointia ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä (Hietanen, Eriksson & Askoseljavaara 2000, 323). Painehaavan kirjauksessa käytetty termistö pitäisi olla yhtenäistä, jotta hoitajat ja lääkärit pystyvät arvioimaan haavan paranemista tai seurata hoidon laatua (Kinnunen, Saranto & Ensio 2008, 72). Yhtenäistä termistöä käytettäessä kirjattu tieto on aina täsmällistä ja samanlaista. Tällöin sähköisen potilaskertomuksen etuja voidaan hyödyntää haavanhoidon kirjaamisessa. (Kinnunen, Saranto & Ensio 2008, 77–78.) Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto (EPUAP 2009) on kehittänyt painehaavojen luokittelujärjestelmän. EPUAP:n kehittämä asteikko viittaa asteittaiseen etenemiseen I asteesta I-IV asteeseen.

I asteessa ehjässä ihossa on vaalenematon punoitus paikallisesti. Punoitus on yleensä luu-ulokkeen kohdalla. Punoittava alue saattaa olla kipeä, kiinteä, pehmeä tai ympäröivää kudosta lämpimämpi tai viileämpi. Tummaihoisilla potilailla voi olla vaikea havaita I astetta. II aste ilmenee pinnallisena haavana, jossa on punainen tai vaaleanpunainen haavapohja. II asteen painehaavassa ei ole haavakatetta. Saattaa ilmetä ehjänä tai rikkoutuneena rakkulana, joka on kudosis-

nesteen tai verensekaisen nesteen täyttämä. II asteen painehaava voi myös ilmetä kiiltävänä tai kuivana pinnallisena haavana. (EPUAP 2009.)

III asteen haavassa on kyseessä koko ihon läpäisevä kudonvaurio. Näkyvissä voi olla subkutaaninen rasva. Luu, jänne ja lihas eivät kuitenkaan ole paljaana. III asteen painehaavassa saattaa olla taskumaisia kohtia tai onkaloitumista. Haavakatetta voi myös esiintyä. Haavan syvyys vaihtelee haavan sijainnista riippuen. Alueilla, jossa ei ole subkutaanista rasvaa voivat haavat olla matalia. Tällaisia kohtia ovat esimerkiksi korvanlehti, takaraivo ja kehräsluu. Syviä III asteen painehaavoja voi syntyä alueille, jossa on runsaasti rasvaa. (EPUAP 2009.)

IV asteen painehaavassa on kyse koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vauriosta. Luu, jänne tai lihas on paljaana. Saattaa esiintyä haavakatetta tai kudonekroosia. IV asteen painehaavassa on usein onkaloitumista tai taskumaisia kohtia. Painehaavan syvyys vaihtelee haavan sijainnin mukaan. (EPUAP 2009.) Vaikeimmat painehaavat ovat syvimpiä ulottuen lihakseen, luuhun tai niveleen. Ne sisältävät usein kuollutta kudosta ja ovat pahan hajuisia, erittäviä, infektoituneita ja pohjalta kivuttomia. (Hietanen, Eriksson & Asko-Seljanvaara 2000, 323.)

2.2.3 Painehaavojen ennaltaehkäisy

Parhaana ja halvimpana menetelmänä ratkaista painehaavaongelma pidetään niiden ehkäisyä (Soppi 2010, 261). Ensisijainen vastuu painehaavojen ennaltaehkäisyssä on hoitajilla. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää niiden potilaiden tunnistamiseen, joilla on kohonnut riski saada painehaava. Ennaltaehkäisevän työn toteuttaminen vaatii hoitohenkilökunnalta tietoa niistä tekijöistä, joiden tiedetään

olevan yhteydessä painehaavojen syntyyn. (Hokkanen 2000, 8–9.) Paine on ensisijainen syy painehaavojen syntyyn. Paineen poistaminen kudokselta onkin tärkein painehaavojen ehkäisykeino. (Juutilainen & Hietanen 2002, 194.) Potilaan asentoa tulisi vaihtaa kehon riskialttiisiin alueisiin kohdistuvan paineen kestön ja voimakkuuden vähentämiseksi. Tärkeää on lyhentää paineelle altistumisen aikaa ja voimakkuutta. Asennon vaihdon tiheyteen vaikuttavat potilaskohdittaiset tekijät ja käytettävä alusta. (EPUAP 2009.) Ehkäisyn perustana on asennon vaihto kahden tunnin välein (Soppi 2010, 265). Asennon vaihdon tiheyteen vaikuttavat potilaan kudosten sietokyky, aktiivisuus ja liikuntakyky sekä sairaudet. Myös hoidon kokonaistavoitteet ja ihon kunto vaikuttavat asennon vaihdon tiheyteen. Potilaan asentoa tulisi vaihtaa niin, että paine hellittää tai jakautuu uudelleen. Asennonmuutokset tulisi kirjata tarkentaen asennon vaihdon tiheyttä ja käytettyjä asentoja. Lisäksi tulisi kirjata asennon vaihdon tuloksen arviointi. (EPUAP 2009.)

Jos potilaalla on punoitusta luu-ulokkeen päällä, eikä punoitus hellitä asentoa vaihtamalla, tulee paine poistaa kokonaan (Juutilainen & Hietanen 2002, 196). Asennon vaihdon jälkeen punoittava alue tulee tarkastaa uudelleen 30 minuutin kuluttua (Iivanainen 2007, 78). Punoittavia ihoalueita luu-ulokkeiden kohdilla ei saa hieroa. Hierominen aiheuttaa painetta ja kitkaa ihon ja luun väliin. Tästä saattaa aiheutua kudosturvotusta ja rakkulamuodostusta. (Juutilainen & Hietanen 2002, 196.) Ihon hankaamista sekä altistamista paineelle ja venytykselle on myös vältettävä. Hankaaminen on kivuliasta ja voi aiheuttaa lieviä kudosturvotuksia, tämä pätee erityisesti hauraiden vanhusten kudoksissa. Potilaan siirtämiseen tulisi käyttää apuvälineitä, jotka vähentävät kitkaa ja venytystä. On myös vältettävä potilaan asettamista lääketieteellisten laitteiden päälle, kuten letkujen ja dreerien. (EPUAP 2009.) Ihon venyntyminen aiheuttaa tuhoa syvällä kudoksissa. Sen takia ihon venyntyminen voi olla jopa tuhoisampaa kuin suora paine. Potilaan siirtymisissä aiheutuva kudosten venyntyminen ja hankaus voivat vaurioittaa kudosta ja aiheuttaa solujen kuolemaa. (Hokkanen 2000, 18; Iivanainen 2007, 71.) Kuiva iho on riskitekijä painehaavan kehittymiselle. Ihoa on rasvatta-

va kuivalle iholle tarkoitettulla kosteusvoiteella. (EPUAP 2009; Iivanainen 2007, 71.)

Vuodelevon ajaksi liikuntakyvytön potilas tulisi tukea tyynyjen avulla noin 30 asteen kallistukseen. Paineen lantion alueella tulisi jakautua mahdollisimman leveälle. Tyynyjen avulla tulisi estää luu-ulokekohtien joutumista suoraan kosketukseen toisiaan vasten. Vuoteessa istuessa on vältettävä asentoja, jotka kohdistavat paineen ja venytyksen ristiluuhun sekä häntäluuhun. Sängynpäädyn nostamista ja retkottavaa asentoa on vältettävä. Potilaan istuessa tuolilla on rajoitettava aikaa, jonka potilas istuu ilman paineen kevennystä. Tuolilla istuessa potilaan jalat asetetaan jakkaralle tai jalkatuelle, jos jalat eivät ylety lattialle. (EPUAP 2009.)

Potilaan kääntäminen on tehokas painehaavojen ennaltaehkäisy keino. Se on kuitenkin vaikeasti toteutettava, sitoo resursseja ja on työläs. Tämän takia onkin kehitetty alustoja, jotka vähentävät kudokseen kohdistuvaa painetta. Olemassa on monia kudokseen kohdistuvaa painetta vähentäviä makuualustoja, petauspatjoja, patjoja sekä integroituja sänkykokonaisuuksia. (Soppi 2010, 265.) Sopivaa patjaa valitessa tulee ottaa huomioon potilaan liikkuminen vuoteessa, potilaan hyvinvointi, ihon kosteus sekä hoitopaikan olosuhteet. Korkealuokkaiset vaahtomuovipatjat ovat tehokkaampia painehaavojen ennaltaehkäisyssä, kuin sairaaloiden standardivaahtomuovipatjat. Tämän takia korkealuokkaisia vaahtomuovipatjoja tulisi käyttää potilailla, joilla on painehaavariski. Korkean painehaavariskin potilailla tulisi käyttää aktiivista alustaa jos potilaan asentoa ei voida vaihtaa manuaalisesti. (EPUAP 2009.) Iivanaisen (2007, 76) tutkimuksessa lonkkamurtumapotilailla käyttöön otetuiden apuvälineiden, kuten painehaavapatjan, myötä painehaavat vähenivät. Vain tavallista tiheämpi ja paksumpi lamppaantalja sekä erikoisrakenteiset vaahtomuoviset petauspatjat ja patjat ovat toistuvasti vähentäneet painehaavojen esiintymistä (Soppi 2010, 265).

Kantapäiden painehaavojen ehkäisyssä käytetään myös alustoja, etteivät kantapäät osuisi patjaan. Kantapäitä suojaavien laitteiden tulisi nostaa kantapäät kokonaan ilmaan ja polvien tulisi olla lievässä koukkuasennossa. Tyyny tulisi asettaa pohjelihaksen alle, jolloin kantapäät ovat koholla. (EPUAP 2009.) Potilaalla, jolla on riski saada painehaava istuessa, tulee hänellä olla istuimena painetta jakava istuintyyny. Painehaavariskin omaavan potilaan yhtäjaksoinen istuma-aika määritellään yksilöllisesti. Yleensä yhtäjaksoinen istuma-aika ei saa olla yli kahta tuntia ja potilasta neuvotaan vaihtamaan painopistettään 15 minuutin välein. (Juutilainen & Hietanen 2002, 197.)

2.2.4 Painehaavojen varhainen tunnistaminen

Painehaavariskin arvioinnin avulla pyritään tunnistamaan potilaat, jotka tarvitsevat ehkäiseviä toimenpiteitä (Soppi 2010, 261). Painehaavojen ennaltaehkäisyyn lähtökohtana on tunnistaa riskipotilaat (Juutilainen & Hietanen 2002, 190). Riskinarvioinnissa tulisi käyttää strukturoitua lähestymistapaa. Riskinarviointias- teikon lisäksi tulisi käyttää ihon kattavaa arviointia sekä kliinistä arviointia. (EPUAP 2009.) Riskiluokituksen käyttöönoton on todettu lisänneen painehaavaongelman tiedostamista ja ongelmaan puuttumista (Juutilainen & Hietanen 2002, 190; Lepistö ym. 2001, 281). Iivonaisen (2007, 63) tutkimuksessa lonkkamurtumapotilaiden painehaavariskinarvioinnilla oli yhteys painehaavojen havaitsemiseen. Riskiluokitusmittarin käyttö ei sinänsä ole vähentänyt painehaavojen esiintymistä. Riskiä voidaan arvioida numeerisesti pisteyttäen painehaavan kehittymisen suhteen merkittäviä tekijöitä tai potilaan ominaisuuksia (Soppi 2010, 261).

Riskiluokitusarviointimenetelmiä on kymmeniä, joista kliiniseen työhön suositeltavat mittarit ovat validoituja (Soppi 2010, 261). Tunnetuimmat painehaavojen

riskiluokitusmittarit ovat Nortonin asteikko, Bradenin asteikko ja Waterlowin asteikko. Bradenin asteikossa on kuusi luokkaa, joissa arvioidaan potilaan tuntoaistia, aktiivisuutta, liikkumista, ravitsemustilaa, ihon kosteutta sekä kudosten joutumista venytyksen ja hankauksen kohteeksi. Pisteitä potilas saa 6-23. Mitä alhaisemmat pisteet potilas saa, sitä suurempi painehaava riski hänellä on. Nortonin asteikossa on viisi luokkaa, joissa arvioidaan potilaan fyysistä tilaa, henkistä tilaa, liikuntakykyä, toimintakykyä sekä inkontinenssiä. Nortonin mittari on selkeämpi ja yksinkertaisempi kuin Bradenin asteikko. Muokattuun Nortonin asteikkoon on lisätty ravintoa ja nesteen saantia koskevat osiot. Jos potilas saa alle 21 pistettä, on hänellä riski saada painehaava. Maksimi pistemäärä on 28. Waterlowin asteikko muodostuu kymmenestä osa-alueesta, jotka ovat painoindeksi, inkontinenssi, ihon kunto, liikuntakyky, sukupuoli, ruokahalu, kudosten huono ravitsemuksellinen tila, neurologiset muutokset, kirurgiaa vaativat traumat ja lääkitys. Osa-alueet jakautuvat edelleen pienempiin osiin. Pistemäärän kasvaessa painehaavariski suurenee toisin kuin Nortonin ja Bradenin asteikoissa. (Hokkanen 2000, 13–15.)

Riskiluokitus tulisi tehdä viimeistään vuorokauden kuluessa sairaalaan tulosta. Uusi arvio tulisi tehdä parin päivän kuluttua tai jos potilaan tilanne muuttuu. Tämän jälkeen luokituksen tekemisen tiheys riippuu potilaan terveydentilasta ja sairaalassaoloajasta. (Juutilainen & Hietanen 2002, 191.) Lonkkamurtumapotilaiden yleistila, ravitsemustila ja painehaavariski tulee arvioida heti sairaalaan tultua (Huusko 2003). Kaikki riskinarviot tulisi kirjata. Kirjaaminen varmistaa tiedonkulun moniammatillisessa työryhmässä. Riskinarviointien kirjaaminen antaa myös näyttöä hoidon suunnittelun oikeellisuudesta ja on lähtökohta potilaan voinnin seurannassa. (EPUAP 2009.)

Riskiryhmään kuuluvan potilaan iho on tutkittava säännöllisesti. Jos potilaan yleiskunto heikkenee, on tarkastusten määrää lisättävä. Painehaavojen varhaisen merkkien löytämiseksi on ihon kunnon säännöllinen tutkiminen välttämätön-

tä. (EPUAP 2009.) Lonkkamurtumapotilaiden ihon kunto on tarkastettava päivittäin. Erityisen tärkeää on tutkia painumille alttiit kohdat. (Iivanainen 2007, 75, 78.) Painehaavan kehittymisen varoitusmerkkejä ovat paikallinen kuumotus, ödeema, ihon punoitus ja induraatio. Iholta on tarkkailtava painevaurioita, jotka johtuvat lääkinällisistä laitteista. Monet erityyppiset lääkinälliset laitteet saattavat aiheuttaa painevaurioita. Tällaisia ovat esimerkiksi katetrit ja happiletkut. Kudoksen vaurioitumista edeltää kipu kyseisellä alueella. Kaikki ihon arvioinnit on kirjattava ja huomioida kaikki yksityiskohdat kivusta, joka mahdollisesti liittyy painevaurioon. (EPUAP 2009.) Lonkkamurtumapotilaiden iho on tarkastettava sairaalaan sekä jatkohoitopaikkaan saapuessa, jotta voidaan ennaltaehkäistä jo syntyneen painehaavan syveneminen sekä tunnistaa alkavat painehaavat riittävän varhaisessa vaiheessa. Potilaan jatkohoitopaikkaan on tärkeää tiedottaa potilaan ihon kunnosta ja havaituista painehaavoista. (Iivanainen 2007, 75–76, 84.)

Painehaava riskin omaavien potilaiden ravitsemustila on kartoitettava ja määritettävä. Tärkeää on vajaaravitsemuksen varhainen tunnistaminen ja hoito, sillä vajaaravitsemus on riskitekijä painehaavan kehittymisessä. (Iivanainen 2007, 71; EPUAP 2009.) Painehaavariskissä tai ravitsemuksellisessa riskissä oleva potilas lähetetään ravitsemusterapeutin luo. Näiden potilaiden tulisi saada tehostettua ravitsemushoitoa. (EPUAP 2009.) Hoitohenkilökunnalla on oltava riittävästi tietoa painehaavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä, jotta painehaavojen ennaltaehkäisevää työtä voidaan toteuttaa laadukkaasti (Lepistö ym. 2001, 281). Painehaavojen tunnistamiseen tulisi kiinnittää huomiota hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutuksissa ja sairaaloiden sisäisissä koulutuksissa (Iivanainen 2007, 78).

2.3 Painehaavojen riskitekijät lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla

2.3.1 Riskiryhmät painehaavojen syntyyn

Riskitekijät liittyvät luonnostaan etiologiseen prosessiin ja tietyissä olosuhteissa se edistää painehaavojen kehittymistä. On vaikea tehdä selkeää eroa etiologisten tekijöiden ja riskitekijöiden välillä painehaavojen kehittymisessä, siksi painehaavojen esiintyminen onkin useiden ulkoisten ja sisäisten riskitekijöiden yhteisvaikutusta. Tiedetään myös, että tietyt potilasryhmät ovat riskialttiimpia painehaavoille, esimerkiksi lonkkamurtuman saaneilla vanhuspotilailla on 66 % riski saada painehaava, koska vamman johdosta he joutuvat mahdollisesti jäämään vuodepotilaaksi joksikin aikaa. Lisäksi muita riskiryhmiä ovat erilaiset sairaudet, kuten ortopediset sairaudet, erilaiset halvaukset, dementia ja verenkiertoelinsairaudet. (Lepistö 2004, 18, Hokkanen 2000, 4, 11.) Lonkkaleikkauksen jälkeen erityisesti potilaat, joilla oli pahanlaatuinen kasvain tai sairastivat keuhkosairauksia, todettiin painehaavojen esiintymiseen lisääntynyt yhteys (Iivanainen 2007, 61).

2.3.2 Ulkoiset ja sisäiset tekijät painehaavariskiä arvioitaessa

Painehaavojen syntyyn liittyviä muutostekijöitä on useissa tutkimuksissa raportoitu olevan vähentynyt liikuntakyky, huono ravitsemuksellinen tila, inkontinenssi (uloste, virtsa tai molemmat), diabetes mellitus ja aikaisemmat painehaavat. Painehaavojen uusiutumisriski on suuri. Muita keskeisiä tekijöitä on todettu olevan alentunut tietoisuuden ja tajunnantaso, heikentynyt ravinnontarve, hypoalbumiininemia ja murtumat sekä reisiluunkaulanmurtuma ja infektio. (Hokkanen 2000, 11, Lepistö 2004, 18.) Hypoalbumiininemian ja diabeteksen yhteydestä

painehaavoihin on kuitenkin osoitettu tilastollista riippuvuutta olevan vain vähän (Iivanainen 2007, 58, 61).

Painehaavariskiä lisääviä tekijöitä ovat myös kipu, potilaan liikkumattomuus ja passiivisuus sekä ihon kosteus ja korkea ikä (Hokkanen 2000, 11, Lepistö 2004, 18). Korkeaan ikään liittyy sairastavuuden lisääntyminen ja vitamiinilintoimintojen heikkeneminen, siitä syystä yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille (Hietanen & Juutilainen 2002, 186–187). Tutkimuksesta painehaavojen esiintyvyydestä lonkkamurtumapotilaalla leikkauksen jälkeen havaittiin iällä olevan tilastollisesti merkittävää vaikutusta painehaavojen esiintyvyyteen. Painehaavapotilaiden keski-ikä oli noin 80 vuotta ja ikäluokassa 81–90 vuotta lähes joka toisella havaittiin painehaava (56 %). Ikäluokassa 91 vuotta tai yli enemmän kuin joka toisella (56 %) havaittiin painehaava, kun taas alle 50-vuotiailla ei havaittu ol- lenkaan. (Iivanainen 2007, 55.) Painehaavaumariskille altistavista tekijöistä juuri korkea ikä on yksi suuremmista tekijöistä, koska iän myötä ihon ja pehmytku- doksen kimmoisuus vähenee ja tällöin kudosten paineensietokyky alenee. (Eriksson ym. 2003, 83; Iivanainen 2007, 96; Lepistö 2004, 18.)

Kivun tiedetään myös olevan altistavana tekijänä painehaavoille. Kivun esiinty- minen on osoitettu edeltävän kudoksen vauriota ja painehaavan syntyä, siksi hoitotyöntekijöiden riittävän ajoissa ja usein tekemä potilaan kivun arviointi ja hoito on tärkeää. (EPUAP 2009.) Näyttöön perustuvissa tutkimuksissa kivun riittämättömän hoidon on todettu lisäävän komplikaatioita lonkkaleikkauksessa olleilla potilailla. Lonkkaleikkauksen jälkeen potilaan kivun arvioiminen on vai- keaa, erityisesti iäkkäiden ja dementoituneiden potilaiden kohdalla, koska he eivät valita kipua. Heidän kohdallaan kipulääkitystä on laiminlyöty verrattuna nuorempiin potilaisiin. Kokemuksen mukaan turvallisim iäkkään lonkkamurtuma- potilaan leikkauksenjälkeisen kivun hoidossa näyttää olevan säännöllisesti suun kautta annettava parasetamoli. Kivunhoidon tavoite vanhuksella on vähentää kipua ja parantaa jokapäiväisistä toimista selviämisen kykyä. Tällöin myös poti-

laan leikkauksenjälkeinen toimintakyky ja potilaan mobilisointi nopeutuu sekä painehaavojen riski vähenee. (Käypä hoito 2006.)

Ihon kosteus on myös riskitekijänä painehaavoille. Pitkittynyt ihon liiallinen kosteus johtaa ihon maseroitumiseen, mistä voi seurata pinnallisia haavoja ja infektoita. Haitallinen kosteus voi olla yhteydessä potilaan hikoiluun, inkontinenssista ja haavaeritteistä tai haavahoidossa käytetyistä liian kosteista keittosuolakompressseista. (Juutilainen & Hietanen 2002, 188.) Iivanselän (2007) tekemässä tutkimuksessa lonkkaleikkauksen jälkeen ihon kosteudella oli yhteyttä painehaavaisuuteen. Painehaavapotilailla (17 %) iho oli todettu kosteammaksi kuin painehaavattomilla potilailla (10 %).

2.3.3 Potilaan liikkumattomuuden vaikutus painehaavariskiä lisäävänä tekijänä

Liikkumattomuutta pidetään painehaavan tärkeimpänä riskitekijänä. Liikkumattomuuden syitä on useita esimerkiksi liikuntakyvyttömyys vamman tai sairauksien johdosta tai tuntohäiriö, jolloin paineiskemiasta johtuva kipuärsyksen toiminta on heikentynyt eikä se tällöin muistuta kääntymisen tarpeesta potilaalle. Liikuntakyvyttömyys voi johtua myös leikkauksen aiheuttamista liike- tai varausrajoituksista. Lihasten atrofituminen ja lonkkien lievätkin liikerajoitukset voi johtaa siihen, että lantion ja jalkaterien alueella syntyy herkästi paikallisia ylikuormituksia vuoteessa oltaessa makuuasennossa. (Juutilainen & Hietanen 2002, 188.)

Mobilisaation viivästyminen lonkkaleikkauksen jälkeen on myös riskitekijänä painehaavoille. Leikkauksenjälkeisellä mobilisointiajalla on tutkimuksien mukaan yhteyttä painehaavojen syntyyn lonkkamurtumapotilailla. Mobilisoinnin aloitusajan pitkittyminen lisää painehaavan syntymisen riskiä. Painehaavoja

esiintyi enemmän potilailla (63 %), jotka mobilisoitiin aikaisintaan kahden vuorokauden kuluttua leikkauksesta kuin potilailla joiden mobilisointi aloitettiin alle kaksi vuorokautta leikkauksesta. (Iivanainen 2007, 68–69.)

2.4 Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä käsitteistä

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat lonkkamurtuma, lonkkaleikkaus, kuntoutus, painehaava, varhainen tunnistaminen, painehaavojen ennaltaehkäisy sekä painehaavojen riskitekijät. Lonkkamurtumien määrä tulee tulevaisuudessa nousemaan väestön ikääntymisen vuoksi. Lonkkamurtumat hoidetaan leikkaushoidolla. Lonkkamurtumapotilaalla on suuri riski saada painehaava. Varausrajoitukset määrätään yksilöllisesti murtumatyypistä ja leikkaustavasta riippuen. Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan kuntoutus aloitetaan leikkauksen jälkeen nopeasti, jotta voidaan vähentää vuodelevon haittoja. Kuntoutus on moniammatillista ja sen tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä itsenäinen toimintakyky. Kuntoutuksen avulla pystytään lievittämään myös potilaan kipua ja kärsimystä.

Painehaavat huonontavat potilaan toipumismahdollisuuksia ja pidentävät sairaalassaoloaika. Kehon luiset ulokkeet ovat riskialttiita paikkoja painehaavojen synnylle. Painehaava syntyy yleisimmin painealtistuksen myötä ja ne ovat yleisimpiä iäkkäillä. Painehaavojen ennaltaehkäisyn perustana on asennon vaihto. Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan liikkumisen rajoitukset vaikeuttavat asento- ja hoito-ohjeiden toteuttamista. Liikkumisen rajoitukset vaikeuttavat myös potilaan itsenäistä liikkumista. Painehaava riskissä oleva potilas tulisi tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta pystyttäisiin aloittamaan ennaltaehkäisevät toimenpiteet riittävän ajoissa. Painehaavojen tunnistamiseen on kehitetty erilaisia riskiluokitusmittareita jotka helpottavat riskipotilaiden tunnistamista. Lonkkamurtumapotilaan painehaavariski tulisi arvioida heti sairaalaan tultua.

Riskipotilaan ihosta tulisi säännöllisesti etsiä painehaavojen varhaisia merkkejä, paikallista kuumotusta, ödeemaa, ihon punoitusta ja induraatiota.

Painehaavojen tärkein riskitekijä on liikkumattomuus. Lonkkaleikkauksessa olleet potilaat joutuvat usein olemaan pitkiä aikoja vuoteessa, mikä altistaa heitä painehaavoille. Muita riskitekijöitä ovat huono ravitsemustila, lonkkamurtuma ja muut ortopediset sairaudet, inkontinenssi ja korkea ikä. Myös monet sairaudet, kuten diabetes ja sydän- ja verisuonitaudit, lisäävät painehaavariskiä.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia painehaavaumien ehkäisystä lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla sekä selvittää mitä keinoja hoitohenkilökunnalla on käytössä niiden ehkäisyyn. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lonkkaleikkauksessa olleen potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena on myös tutkimustulosten avulla tuoda esiin kehittämissuhteita.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten hoitotyön keinoin painehaavoja ennaltaehkäistään?
2. Miten painehaavojen varhainen tunnistaminen ilmenee hoitotyössä?
3. Miten lonkkaleikkauksessa olleen potilaan liikkumisen rajoitukset huomioidaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä?
4. Miten painehaavojen riskitekijät otetaan huomioon potilaiden hoidossa?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä perusterveydenhuollon kuntoutusosaston kanssa. Kuntoutusosastolle lonkkaleikkauksessa olleet potilaat tulevat jatkohoittoon ja kuntoutukseen noin viikko leikkauksen jälkeen. Muita potilasryhmiä osastolla ovat erilaiset ortopedis-traumatologiset vammat, kuten ylä- ja alaraaja murtumat. Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan keskimääräinen hoitoaika osastolla on 4–8 viikkoa. Potilaspaikkoja kuntoutusosastolla on 38 ja hoitohenkilökuntaa on 30, joista noin puolet on sairaanhoitajia ja puolet lähi- ja perushoitajia. Osastolla työskentelee myös fysioterapeutteja, toimintaterapeutti, kuntoutushoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja sekä lääkäreitä.

Osastolla toteutetaan kuntoutumista edistävää työtettä. Kuntouttava työote on toimintakykyä edistävä työtapa. Kuntoutumista edistävän työotteen tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Hoitajan rooli on merkittävä kuntouttavan työotteen toteutuksessa. Hoitohenkilöstö kannustaa ja ohjaa potilasta omatoimisuuteen. Tavoitteena on selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Moniammatillinen tiimityö korostuu kuntouttavassa työotteessa.

4.2 Teemahaastattelu

Aineiston keräsimme haastattelemalla kuutta osastolla työskentelevää hoitohenkilöä. Haastattelimme kolmea sairaanhoitajaa ja kolmea lähi- tai perushoitajaa. Haastattelut toteutimme teemahaastatteluina. Teemakysymykset (Liite 2.) olivat kaikille haastateltaville samat. Haastattelun kulku oli ennalta suunniteltu teemojen avulla. Kysyimme haastateltavilta tarvittaessa lisäkysymyksiä ja tar-

kennuksia, jotta saimme pidettyä haastatteluiden kulun oikeassa suunnassa. Lähetimme osastolle saatekirjeen ennen haastatteluja (Liite 1.) Saatekirjeen avulla kartoitimme hoitajien halukkuutta osallistua haastatteluihin. Haastateltavat valikoituivat työvuorossa olevista hoitajista osastonhoitajan avustuksella. Haastattelut toteutettiin osaston tiloissa, koska hoitajat osallistuivat haastatteluihin kesken työpäiväänsä.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä (Eskola & Suoranta 1998, 61). Tutkimusongelma ei ole aina täsmällisesti ilmaistavissa tutkimuksen alussa. Tutkimusongelma täsmentyy koko tutkimuksen ajan. (Kiviniemi 2007, 71.) Laadullisessa tutkimuksessa haastatteluiden tavoitteena on saada monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelu on strukturoitua haastattelua väljempi haastattelumuoto. Teemahaastattelu rakentuu muutaman avainkysymyksen tai -aihepiirin ympärille. Teemojen määrä on syytä pitää pienenä, muuten haastattelu muuttuu strukturoiduksi haastatteluksi. Teemahaastattelu soveltuu sellaisten ilmiöiden tutkimiseen, joissa voidaan edetä teemoittamalla aihepiiri erilaisiin alueisiin. Tutkijan ei tarvitse olla huolissaan teemojen riittävydestä, jos haastateltavien valinta on onnistunut. Omat näkemykset ja mielipiteet on pystyttävä pitämään sivussa. (Kylmä & Juvakka 2007, 78–80.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tärkeitä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset. Haastateltaviksi tulisi valita henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Laadukasta aineistoa saadaan osallistujilta, jotka tietävät tutkittavasta aiheesta ja osallistujilta jotka jakavat tietoa hyvin. Osallistujat, joilla on aikaa asettua haastateltaviksi antavat yleensä syvällistä ja laajaa informaatiota paremmin kuin kiireelliset osallistujat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen

2009, 83–85.) Haastattelutilanteessa tutkijalta edellytetään tilanneherkkyyttä ja kykyä edetä tilanteen ja haastateltavan ehdoilla. Tarkentavien apukysymyksiä ja tärkeiden asioiden listaamisen avulla pystytään haastattelutilannetta jäsentämään ja pitämään se asian suunnassa kuitenkin rajaamatta liiaksi haastateltavan asiasisältöä. (Kylmä & Juvakka 2007, 78–80.) Teemahaastattelu on eräänlainen keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja tutkijan ehdoilla. Tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta tutkimuksen aihepiiriin kuuluvat asiat. (Eskola & Vastamäki 2010, 26.)

Puhtaaksi kirjoittamisessa tutkimusaineisto käännetään tekstiksi. Puhtaaksi kirjoittamisessa pyritään todellisuuden mahdollisimman tarkkaan säilyttämiseen. Jos tutkimuksen tekijä kirjoittaa itse haastatteluaineiston tekstiksi, saa hän kussakin haastattelusta kokonaiskuvan. Tämä auttaa aineiston analysoimista. (Kylmä & Juvakka 2009, 110–111.) Nauhoitimme ääninauhurilla kaikki haastattelut, joten haastattelut eivät jääneet oman muistimme varaan. Litteroimme itse kaikki haastattelut sanatarkasti.

4.3 Aineiston analysointi

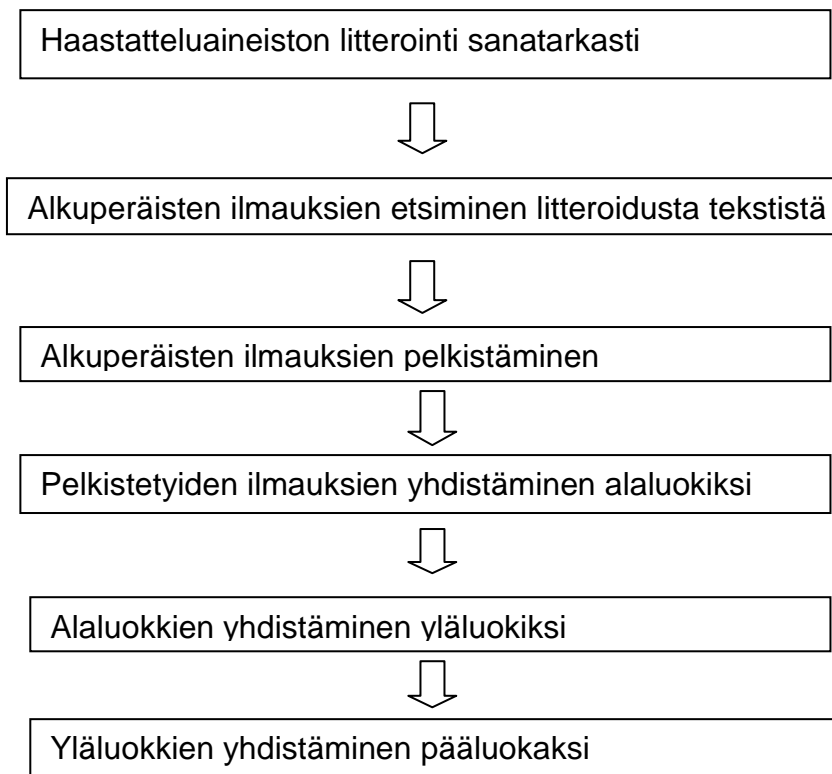
Haastattelumateriaali analysoitiin sisällönanalyysillä (Liite 3.) Analyysiyksiköksi valittiin lausuma. Kuviossa 1 kuvataan sisällönanalyysin vaiheet. Aluksi perehdyttiin haastattelumateriaaliin. Haastattelumateriaalista etsittiin alkuperäiset ilmaukset kunkin teeman mukaan ja etenimme yksi teema kerrallaan. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokiksi samaa tarkoittavat ilmaukset. Alaluokista muodostettiin niitä yhdistelemällä yläluokat. Yläluokat yhdistettiin kussakin teemassa yhdeksi pääluokaksi. Pääluokkia syntyi yhteensä neljä.

Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka, 2007, 112). Sisällönanalyysillä voidaan analysoida

kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä kerätty tieto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistäen tai että ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tutkittavaa aineistoa analysoidaan kriittisesti. Sisällönanalyysi-prosessi aloitetaan valitsemalla analyysiyksikkö ja tutustumalla aineistoon, jonka jälkeen aineisto pelkistetään, luokitellaan ja tulkitaan. Lopuksi arvioidaan aineiston luotettavuus. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24.)

Aineiston voi järjestää litteroinnin jälkeen uudestaan teemoittain. Jokaisen teeman alla on kaikkien haastateltavien vastaukset tähän teemaan. Sen jälkeen aineistoa on helppo analysoida teemoittain. (Eskola & Vastamäki 2010, 43.) Analyysiyksikkö voi olla aineistoyksikkö tai aineiston yksikkö. Analyysiyksikkönä käytetään tavallisimmin aineiston yksikköä. Aineiston yksikkönä voi olla sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Pelkistäminen on aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe. Pelkistämisessä aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Aineisto ryhmitellään pelkistämisen jälkeen. Ryhmitelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Ryhmitelyssä samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi. Luokalle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25–28.)

Kuvio 1. Sisällönanalyysin vaiheet.



5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Painehaavojen ennaltaehkäisy lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla

5.1.1 Painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyön keinoin

Haastatteluissa kysyttiin, miten hoitotyön keinoin painehaavoja ennaltaehkäistään. Haastateltavien mukaan painehaavoja ennaltaehkäistään huomioimalla potilaan asentohoito jokapäiväisessä hoitotyössä. Haastatteluissa ilmeni, että hoitajat kääntävät potilasta, jos potilas on itse kykenemätön vaihtamaan asentoon. Potilaan asennosta huomioidaan, ettei potilas makaa liian pitkää aikaa samassa asennossa. Vastaajat kertoivat, että potilaan ihon kuntoa on tarkkailtava, ja ihon kunto vaikuttaa siihen, miten usein potilaan asentoa vaihdetaan. Vuodepotilaan asentoa vaihdetaan kahden tunnin välein.

Jos potilas on ihan itse kyvytön liikuttelemaan itseään, niin muutama tunnin välein, kahden, kolmen tunnin välein.

Yleensä puhutaan jostain kahdesta tunnista...

Tyynyjä käytetään apuna aseteltaessa potilasta. Haastateltavat kertoivat, että tyynyjä asetellaan potilaan jalkojen alle, etteivät kantapäät painuisi patjaan. Geelityynyjä käytetään potilaan jalkojen alla painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Geelityynyä kerrottiin käytettävän myös pyörätuolin istuinalusena, jos potilas joutuu istumaan pyörätuolissa paljon. Vastaajat toivat esiin, että potilaan kehon painepisteitä kevennetään niistä kohdista, joihin suurin paine tulee.

...jalat nostetaan ylös, et ne kantapäät ei paina sinne patjalle.

Haastateltavat toivat esiin, että potilaan patjan huomioiminen on tärkeää. Painehaavojen ennaltaehkäisyyn on käytössä erilaisia patjoja. Haastatteluissa nousi esiin, että riskialttiilla ja herkkäihoisella potilaalle voidaan käyttää decubituspatjaa. Vastaajat kertoivat, että geelipatjat ovat parempia kuin tavalliset superlon-patjat painehaavoja ennaltaehkäistäessä. Haastateltavat toivat esiin, että potilaan asentoa vaihdetaan, vaikka potilaalla olisikin korkeanriskinpatja. Vastaajat kertoivat osastolla olevan korkeanriskin patjoja ja tarvittaessa patjoja vuokrataan myös muualta.

...patjavalinnoilla pystytään että ei oo niitä superlon patjoja vaan ois esimerkiksi geelipatjoja tai sitten, jos on erittäin herkkä iho tai riskialtis potilas muuten painehaavoille, niin sitten ihan decubituspatja...

Haastateltavat kertoivat potilaan ihon hoidon huomioimisen olevan tärkeää. Haastateltavat toivat esiin, ettei potilaan ihoa saa päästä kuivaksi. Potilaiden ihoa kerrottiin rasvattavan perusvoiteella. Vastaajat kertoivat, että potilaan ihon kuntoa on tarkkailtava päivittäin. Ihon kunnon huomioiminen kerrottiin olevan tärkeää, etenkin uusilla potilailla on tarkastettava, onko potilaalla jo alkavia painehaavoja.

Heti kun potilas tulee niin katsoo ne kriittiset paikat.

Haastateltavien mukaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä on tärkeää, että potilas pääsee mahdollisimman paljon liikkeelle vuoteesta. Hoitajat auttavat tarvittaessa potilaan ylös vuoteesta, jos potilas ei omin avuin pääse. Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajat auttavat potilasta vain niissä asioissa, mitä potilas ei itse kykene tekemään. Vastaajat kertoivat, että hoitajat auttavat potilaita kävelemään ja istumaan, jos potilas on kykenevä istumaan. Haastatteluissa ilmeni, että potilaat istuvat enintään kaksi tuntia kerrallaan.

Noin pari tuntia. Eihän se oo hyvä istuakaan samassa asennossa, jos ei itse pysty liikuttelemaan.

Vastaajat pitivät tärkeänä ravitsemuksen huomioimista painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Ravitsemustilan tulisi olla mahdollisimman hyvä. Hyvän ravitsemuksen kerrottiin ehkäisevän painehaavojen syntyä. Potilaalle voidaan tarvittaessa aloittaa erityisruokavalio tai täydennysravinteita. Haastateltavat toivat esiin, että täydennysravintovalmisteissa on paljon kaloreita ja niiden avulla ihon kunto kohenee nopeasti.

Tämmöisiä nutridrinkejä, cubitania.

Niitä otetaan 1-3 päivässä suunnilleen ja sen mukaan mitä tarvii ja niissä kyl iho kohenee niinku ihan silmissä.

5.1.2 Painehaavojen varhainen tunnistaminen

Haastatteluissa kysymyksenä oli, miten painehaavojen varhainen tunnistaminen ilmenee hoitotyössä. Haastateltavien mukaan painehaavojen varhainen tunnistaminen on erittäin tärkeää. Varhaisen tunnistamisen avulla voidaan ehkäistä kudosisvaurioita. Vastaajat kertoivat, että painehaavojen varhaisten merkkien tunnistaminen on tärkeää, koska siinä vaiheessa voi vielä ehkäistä painehaavan syntyä. Haastatteluissa ilmeni, että päivittäiset pesutilanteet ovat hyviä tilanteita seurata potilaan ihon kuntoa.

Ihan päivittäisessä hoidossa pesutilanteet on hyviä tilanteita seurata potilaan ihoa ja sen kuntoa ja vointia.

Jo pieninkin oire painehaavasta kerrottiin huomioitavan potilaan hoidossa. Haastatteluissa nousi esiin, että mitä aikaisemmassa vaiheessa painehaava huomataan, sitä vähemmän painehaavoja etenee ihorikoiksi asti. Haastateltavat kertoivat, että ihoalueen punoitus on merkki painehaavasta ja sitä on alettava jo hoitamaan. Punoittava iho alue on haastateltavien mukaan selvästi punainen ja siinä on selkeät ääriviivat.

Se ei ole semmonen niin kuin hautoman näköinen, vaan se punoittaa. Siinä on selkeät ääriviivat, se on selkeästi punainen.

Ensivaiheessa punoitusta hoidetaan asentohoidoilla, ihon rasvaamisella sekä tekoihon ja geelipatjojen avulla. Vastaajat toivat esiin, että jos potilaalla on punoitusta kantapäissä, voidaan potilaalle laittaa jalkopäähän geelipatja. Kantapäiden punoitusta voidaan hoitaa haastateltavien mukaan myös allevyn kantapää suojalla, joka ehkäisee paineen tuloa kantapäihin.

...jos kantapääät alkaa pikkasenkin punoittaa, niin käytetään sellasta allevyn kantapäää suoja.

Haastateltavat kertoivat, että on tärkeää, ettei ihoa päästetä kuivaksi. Punoittavasta kohdasta poistetaan paine kokonaan. Vasta kun punoitus on kadonnut kokonaan, voidaan ihoalueelle laskea uudestaan painetta. Haastateltavat mainitsivat myös, että painehaavat voivat olla myös täysin kivuttomia. Haastateltavat toivat esiin, että painehaavojen varhaisiin merkkeihin täytyy reagoida nopeasti, koska painehaava saattaa edetä ihorikoksi nopeasti. Vastaajat kertovat, että painehaavojen merkit kirjataan sähköisesti päivittäiseen hoitokertomukseen ihon eheys otsikon alle. Tiivistelmä lehdelle kirjataan myös, jos on jotain seurattavaa potilaan ihossa. Haastatteluissa tuli ilmi, että ihon eheys kirjataan aina, jos ihon kunnossa on tapahtunut muutoksia. Vastaajat kertoivat, että ihon eheydestä kirjataan huomioitava paikka ja mikä hoito siihen on sillä hetkellä menossa. Haastateltavat toivat esiin, että tieto kulkee hoitajien välillä sähköisen potilaskertomuksen kautta ja jokainen hoitaja tietää mistä huomioitavat asiat pitää katsoa päivittäin.

Ne tapahtuu nopeesti. Sen takia pitää reagoida nopeesti vaikka se jälki ei oo vielä huomattava.

Me tiedetään mistä täytyy aina katsoa mitään...

Hoitajat kertoivat, että osastolla pidetään raportti iltapäivällä. Aamuisin raporttia ei pidetä, vaan hoitajat lukevat potilaiden tiedot sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Painehaavojen varhaisista merkeistä on haastateltavien mukaan kirjattava ja raportoitava eteenpäin välittömästi.

Et tehdään havaintoja, kirjataan niistä, raportoidaan eteenpäin, reagoidaan siihen asiaan jollakin tavalla välittömästi.

Haastateltavat kertoivat, ettei sairaalassa järjestetä koulutusta hoitohenkilökunnalle painehaavojen varhaisista merkeistä ja niiden tunnistamisesta eikä painehaavojen ennaltaehkäisystä.

5.1.3 Liikkumisen rajoitusten huomioiminen painehaavojen ennaltaehkäisyssä

Hoitajilta kysyttiin haastatteluissa, miten liikkumisen rajoitukset huomioitiin painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Tutkimuksesta nousi ilmi lonkkaleikkauksessa olleen potilaan liikkumisen rajoitusten huomioimisessa pätevän samat toimintalinjat kuin yleisestikin painehaavojen ennaltaehkäisyssä.

Se on niin kuin yleensäkin painehaavojen ennaltaehkäisyyn niin samat jutut tietenkin, että...

Painehaavojen ennaltaehkäisyä lonkkaleikkauksen jälkeen liikuntarajoitteisella potilaalla todettiin perustuvan hyvään asentohoitoon, potilaan huolelliseen yksilöllisen tilanteen kuten yleisvoinnin tarkkailuun, apuvälineiden käyttöön ja varausrajoitusten huomioimiseen.

Painehaavojen ennaltaehkäisyssä lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla todettiin myös varausrajoitusten huomioimisen yksilöllisen tilanteen mukaan ja leikkausmenetelmien tuntemisella. Kaikissa hoitotyöntoiminnoissa on huomioitava mahdolliset rajoitukset.

Rajoituskiellot aina jokaisella erikseen laitettukin meillä, mitä pitää välttää. Riippuu aina siitä mitä sinne on asennettu sinne lonkkaan.

Potilaalla on mahdollisesti alkuvaiheessa kiellettyä olla leikatulla lonkalla pidempiä aikoja, joten tällöin hoitotyön keinoin tuetaan potilasta ei-leikatulle puolelle kyljelleen tai selälleen ja jalkojen väliin laitetaan tyynyjä painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi. Hoitajat kertoivat asentohoidon merkityksestä potilaalla, joka joutuu olemaan vuoteessa enemmän liikkumisen rajoituksien vuoksi. Asentohoitoa on toteutettava riittävän usein huolimatta decubitus-patjan käytöstä.

Kun tehdään asentohoitoa, saa se potilas hyvää asentohoitoa. Käännetään tarpeeksi useasti.

Rajoituksien todettiin riippuvan leikkausmenetelmästä, mutta perustana on loitonnuksliikkeiden välttäminen eli leikatun jalan liikuttaminen yli 90 asteen kulman ja leikatun lonkan kyljellään makaamisen välttäminen noin kahden viikon ajan. Hoitajat kertoivat myös rasituksen välttämisen leikatulle jalalle hyödyntäen apuvälineitä siinä. Liikkumisen rajoituksien hoitajat kertoivat lisäävän mahdollisesti vuoteessa oloaikaa. Tällöin liikkumisen rajoituksista huomioitiin huolehtimalla jalan normaalista ja oikeasta asennosta toteuttaessa asentohoitoa eli vältettiin virheasentoja. Lonkkaleikkauksen jälkeen potilaalle käytettiin apuvälineenä koroketta ja lonkkatuolia esimerkiksi vessanpöntössä.

Mut mitään sellaisia yli 90 asteen kulman, mitään semmoisia esimerkiksi jalkaa alkaa siirtämään niin kuin sängyn laidalle istumaan niin että toinen jalka jää sänkyyn. niin ei mitään loitonnuksliikkeitä, eikä mitään äkkinäisiä mitään semmoisia.

Potilas joutuu olemaan mahdollisesti enemmän vuoteessa, jolloin vuodelevon haitat lisääntyvät ja painehaavojen riski kasvaa. Liikkumisen rajoitusten huomioimisessa käytettiin apuna apuvälineitä asentohoidon toteuttamisessa painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Hoitajat kokivat apuvälineiden käytön tärkeänä osana painehaavojen ennaltaehkäisyä. Apuna käytettiin lonkkatyynyä, lasse- ja geelityynyä ja hevosenkengää sekä erityisesti decubitus-patjan merkitystä korostettiin. Lisäksi huomioitiin kävelyn apuvälineet, kuten rollaattorin ja evatelineen hankkiminen.

Tyynyt sinne yleensä jalkojen väliin, että jalat eivät ole aivan vastakkain.

Moniammatillisen hoitotyön hyödyntäminen katsottiin tärkeäksi hoitajien vastauksissa painehaavojen ennaltaehkäisyssä liikkumisrajoitteisilla potilailla. Hoitajat kertoivat fysioterapeuttien merkityksestä lonkkaleikkauksen jälkeen potilaan kuntouttamisessa ja päivittäisestä liikkumisesta huolehtimisesta. Lisäksi hyödynnettiin ravitsemusterapeutin konsultaatiota ja interventiota. Moniammatillisessa tiimissä eri ammattiryhmien edustajat osallistuvat lonkkaleikkauksen jälkeen potilaan hoitotyöhön ja suunnitteluun. Ennen potilaan tuloa kuntoutusosastolle on jo hänestä ennalta hyvin tietoa ja moniammatillinen tiimi on varautunut potilaan tulon varuamalla tarvittaessa apuvälineet.

Fysioterapeutithan meillä aika paljon liikuttaa ja huolehtii. Meillä on tietenkin fysioterapeutit, jotka kanssa jumppaa lonkkapotilaita.

Fysioterapeutit tulevat mukaan siihen hoitotyöhön ja suunnitteluun. Varaa apuvälineet, jos on tarvetta.

Lonkkaleikkauksessa olleen potilaan motivointi, kannustaminen ja ohjaus nousivat myös esille vastauksissa. Hoitajat kertoivat liikkumisen rajoitusten lisää-

vän avuntarvetta hoitajilta potilaan voimavarojen vähetessä. Potilaan voimavarojen katsottiin heikentyvän, kun jalan toimintakyky on rajoittunutta. Hoitotyöntekijät kertoivat heillä olevan tärkeä rooli potilaan voimavarojen tukemisella ja aktiivisuuden lisäämiseksi. Tukeminen merkitsi hoitajien mukaan potilaan motiivointia, kannustamista ja ohjausta, erityisesti hoitotilanteet katsottiin olevan hyviä hetkiä potilaan oman aktiivisuuden tukemiseksi.

Pyritään siihen, että potilaat tekevät kaiken itse minkä vaan suinkin pystyvät.

Ohjataan heitä aina jalkeille, istumaan tuolille ruokailuiden ajaksi ja käytetään wc:ssä.

Potilasta kehoitetaan liikuttelemaan itseään verenkierron vilkastuttamiseksi rajoitusten puitteissa ja heitä ohjataan mahdollisimman paljon liikkeelle jalkeille, istumaan ja käytetään wc:ssä vuodelevon haittojen kuten painehaavojen ehkäisemiseksi. Kuntoutuksen nopea aloittaminen todettiin vastauksissa ehkäisevän komplikaatioita kuten painehaavoja. Hoitajat kertoivat kuntoutuksen alkavan jo jossain muodossa lähettäneestä sairaalasta. Potilaat tulevat osastolle aikaisintaan viiden vuorokauden kuluessa leikkauksesta ja painehaava on voinut syntyä jo lähettävästä sairaalasta, jossa potilaat ovat sairaalassa pitkiä aikoja tai leikkauksissa.

Että kehotellaan heitä liikuttelemaan itseään ihan tämmöseen tätä normaalia, mikä vilkastuttaa yleistäkin verenkiertoa. Käsien ja jalkojen niiden rajoitusten puitteissa. Syvään hengittämistä.

Kuntoutushan aloitetaan heti. Tämä on kuntoutusosasto ja pyritään siellä vuoteessa olemaan niin vähän kuin mahdollista.

5.1.4 Painehaavojen riskitekijöiden huomiointi lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla

Haastatteluissa yhtenä kysymyksenä oli, miten painehaavojen riskitekijät huomioidaan potilaiden hoidossa. Haastateltavat totesivat painehaavariskipotilaiden kartoittamisella ja hoidolla olevan keskeinen merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Painehaavojen riskitekijöitä hoitajat kertoivat olevan potilaan huono ravitsemustila, erilaiset sairaudet kuten diabetes, syöpä-, sydän- ja verisuonisairaudet, neurologiset sairaudet kuten Parkinson-, dementia ja Alzheimer sekä infektiot. Potilaan perussairaudet vaikuttivat hoitoon siten, että siihen kiinnitettiin enemmän huomiota ja potilaan tilanne sekä hoito suunniteltiin yksilöllisesti sen mukaisesti. Vastaajien mukaan moniammatillinen yhteistyö myös korostui potilaiden painehaavan riskitekijöiden tunnistamisessa ja hoidossa.

Potilaan rajoitusten, yleisvoinnin ja tämmösen mukaan katsotaan sen potilaan yksilöllinen tilanne. Minkälaisia muita sairauksia hänellä on ja rajoitteita.

Ihon kunnon seuraaminen erityisesti riskipotilailla todettiin tärkeäksi haastattelujen vastauksissa. Perussairauksista diabetes on hoitajien kertomuksien mukaan tärkeä pyrkiä pitämään niin hyvässä hoitotasapainossa kuin mahdollista ja heidän jalkojen ihon kunto tarkistetaan tarkemmin ja tarvittaessa jalkahoitajan palvelut on saatavilla. Lisäksi haastateltavat nostivat esille myös aikaisempien iho-ongelmien kuten sääri- ja painehaavojen ja olemassa olevilla haavoilla olevan vaikutusta painehaavojen riskitekijöihin. Iho on herkkä painehaavoille. Tällöin myös hoitajat kertoivat seuraavan potilaan ihon kuntoa tarkemmin ja ottavan käyttöön korkeanriskin patjan.

huomataan, että on alttiutta, iho painuu ja jo on olemassa jotain haavoja, niin voidaan ottaa käyttöön korkeanriskin patja.

Haastateltavat kertoivat, että muistihäiriöisillä potilailla esim. Alzheimer-potilailla asennon vaihtaminen unohtuu, jolloin potilaat makaavat paljon aikaa samassa asennossa. Silloin patjan merkitys korostuu hoitajien vastauksissa.

Kyllä mä edelleenkin sanoisin sitä patjaa, jos tiedetään etukäteen että on tällainen ihminen.

Potilaan liikkumattomuudella ja passiivisuudella todettiin olevan hoitajien mukaan myös vaikutusta suurentuneeseen riskiin saada painehaava sekä potilaan anestesia. Tällöin hoitotyöntekijät kokivat heidän omakohtaisen roolin potilaan aktivoimisella olevan suuri vastuu. Asentohoitoa hoitajat kertoivat toteuttavan useammin riskiryhmään kuuluvan potilaan kohdalla.

(Painehaavariski potilas) No semmoinen potilas, joka ei pysty itse liikuttamaan sitä raajaa tai aluetta tai omaa kehoaan, et on liian kauan paikoillaan. Silloin hoitajalla on suuri vastuu siinä sen ihmisen seuraamisessa, huomioimisessa ja sen asentohoidoissa.

Potilaan korkea ikä, tehdyt operaatiot, kuten isot leikkaukset ja ihonsiirteet ja monisairaat eli potilaat, joilla on useita sairauksia, nousivat myös esille hoitajien vastauksissa painehaavojen suurentuneeseen riskiin. Hoitajat kertoivat tehtyjen leikkauksien heikentävän potilaan ravitsemustilaa vähentämällä ruokahalua ja lisäävän mahdollisesti vuoteessa oloaikaa, jolloin riski kasvaa.

Haastatteluissa ilmeni korkean iän vaikuttavan potilaan ihon kunnon heikkene- miseen ja ohenemiseen, jolloin iho on riskialttiimpaa muutoksille ja näin painehaavoille. Tällöin hoitotyöntekijöiden työtavat iäkkään potilaan kääntämisessä ja painopisteen jakaminen potilaan käsittelyssä on tärkeää, ettei iho vaurioituisi paineen ja venytyksen vuoksi.

Sun omat kädet esimerkiksi. Sä et esimerkiksi ota sormenpäillä ja käännä, vaan sä mietit miten jaat sen oman painopisteen.

Hoitajat mainitsivat riskipotilaisiin potilaat, joille on tehty ihonsiirre esim. sacrumin alueelle, jolloin potilas voi joutua makaamaan toisessa asennossa pitkään rajoituksen vuoksi. Tällöin on riskinä saada painehaava toiselle puolelle, koska joudutaan välttämään ihonsiirteen paranemisen takia painetta ihonsiirre alueella.

Ihonsiirto on tehty niin että ne ehtii parantua kunnolla ja ettei niihin kerkee tulla sitten mitään painetta.

Lisäksi potilaan traumaattisilla vammoilla esimerkiksi murtumilla ja erityisesti alaraajamurtumilla on vastausten mukaan vaikutusta painehaavojen syntyyn, koska niiden johdosta potilaan liikkuminen vaikeutuu erilaisten rajoitusten vuoksi ja mahdollisesti potilas joutuu olemaan vuodelevossa.

jos tiedetään et potilaalla on monta vammaa esim. ettei voida juuri käännellä

Erilaisten infektioiden vaikutusta potilaiden suurentuneeseen riskiin saada painehaava hoitajat mainitsivat erityisesti lämpöilyn. Lämpöilevät potilaat kuuluivat hoitajien mukaan riskipotilaisiin. Tällöin riskiryhmään kuulumisen huomioitiin toteuttamalla asentohoitoa useammin.

...jos potilas vaikka lämpöilee niin sitten asentohoitoa paljon useammin...

Haastateltavat toivat esille huonon ravitsemustilan merkitystä painehaavojen riskitekijöihin. Vastauksissa hoitajat mainitsivat riskitekijöiksi potilaan huonon ruokahalun, aliravitsemuksen, alhaisen painoindeksin (BMI) ja obesiteetin. Haastateltavien mukaan huono ravitsemustila on yksi riskitekijä painehaavojen syntyyn. Potilaan yli- tai alipainoisuuden katsottiin lisäävän riskiä saada painehaava. Hoitajat kertoivat puuttuvan potilaan vajaaravitsemukseen ottamalla herkästi yhteyttä ravitsemusterapeuttiin ja hänen ohjeiden mukaisesti toteutetaan ravitsemuksen hoitoa. Käytössä hoitajat kertoivat osastolla olevan erilaisia täydennysravintovalmisteita.

Ravitsemus ja ravinto on kaiken A ja O. Jos on huono ravitsemus, niin meillä on erilaisia ruokavalioita, lisäravinteiden käyttö.

Hyvä ravitsemus merkitsi hoitotyöntekijöiden mukaan ravitsemustilan arviointia MNA-testin avulla, ravitsemuksen seuranta, mahdollisesti täydennysravintovalmisteiden käyttö ravitsemusterapeutin suositusten mukaisesti, jos painoindeksi alle normaalirajan.

Monipuolinen ruokavalio niin ehkäisee niitä haavoja.

Fyysisiin tekijöihin myös kiinnitettiin hoitajien mukaan huomiota edistääkseen potilaan ruokahalua, esimerkiksi ruoan esillepanoon ja hyvään syömisasentoon.

Otetaan ylös sieltä vuoteesta, ettei jää sinne sänkyyn makaamaan. Syömisasento ois parempi ja ruoka maistuis paremmin.

Ravitsemustilan seuranta myös nousi esille hoitajien vastauksissa. Ravitsemustilaa seurattiin nestelistoin ja tarkkailtiin potilaan ruokailua, jos potilaan ruokailu

näytti huonolta. Riskiryhmään kuuluvien potilaiden huomiointi perustuivat haastateltavien mukaan MNA-testin tekoon, painoindeksin laskemiseen pituudesta ja painosta sekä ravitsemustilan arviointiin.

Seurataan nestelistoin ja muuten et miten he syö.

MNA-testi, missä tota tarkistetaan se potilaan ravitseminen; onko siinä ollut muutoksia viimeisen kolmen kuukauden aikana, onko painossa ja ruokahalussa ollut muutosta sinä aikana..

Riskiluokitusmittareita ei hoitajien mukaan käytetty riskipotilaan tunnistamisessa esimerkiksi Bradenin ja Nortonin-riskiluokitusmittareita.

5.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Haastatteluissa ilmeni, että painehaavoja ennaltaehkäistään asentohoidolla, monipuolisella ravitsemuksella ja ihon hoidolla. Haastatteluissa ilmeni myös, että painehaavoja ennaltaehkäisyssä otetaan huomioon patjavalinnat ja tyynyjä käytetään apuna potilasta aseteltaessa. Vastaajat korostivat myös potilaan liikumisen tärkeyttä. Haastatteluissa nousi esiin, että painehaavojen varhainen tunnistaminen on tärkeää. Ihon punoituksen kerrottiin olevan merkki alkavasta painehaavasta. Vastaajat toivat esiin, että painehaavojen varhaiset merkit kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan.

Haastateltavat kertoivat, että lonkkaleikkauksessa olleella potilaan liikumisen rajoitukset lisäävät usein vuoteessa oloa aikaa. Vastaajat toivat esiin, että apuvälineitä käytetään potilaan asentohoidossa. Moniammatillinen yhteistyö kerrottiin

olevan tärkeää lonkkaleikkauksessa olleen potilaan kuntoutuksessa. Haastattelussa kävi ilmi, että potilaan voimavaroja on tuettava motivoinnilla, kannustamisella sekä potilaan ohjaamisella. Kuntoutuksen nopea aloittaminen koettiin tärkeäksi. Haastateltavat kertoivat, että painehaavariskin kartoittamisella on keskeinen merkitys. Riskitekijöiksi mainittiin potilaan huono ravitsemustila, korkea ikä, liikkumattomuus sekä erilaiset sairaudet, kuten diabetes, erilaiset infektiot, sydän- ja verisuonisairaudet sekä neurologiset sairaudet. Vastajat korostivat moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä riskitekijöiden tunnistamisessa ja hoidossa. Ihon kunnon seuraaminen sekä ravitsemustilan seuranta nousi esiin vastauksissa.

6. POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ennaltaehkäisyn menetelmät

Hoitotyöntekijöiden painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmiin nousi tutkimuksessa esille asentohoidon ja apuvälineiden käytön tarpeellisuus, kuten myös useissa muissa tutkimuksissa on havaittu, esimerkiksi Pellisen & Kekin (1995), Sopin (2006) ja EPUAP:n (2009) suosituksissa. EPUAP:n suosituksissa asentohoitoa tulisi toteuttaa kaikille potilaille, joilla on todettu painehaavariski. Asennonmuutosten tiheyden määräävät potilaan kudosten sietokyky, hänen aktiivisuutensa ja liikuntakykynsä, sairaudet sekä hoidon kokonaistavoitteet ja ihon kunto. Tämä on myös tutkimuksemme tulosten mukaista. Hoitajat vastasivat haastattelussa, että he arvioivat kliinisesti potilaan yksilöllistä tilannetta ja asentohoidon sekä apuvälineiden tarpeellisuutta. Riskipotilaan kohdalla hoitotyöntekijät kertoivat toteuttavan asentohoitoa vähintään kahden tunnin välein, mikä on myös painehaavojen asiantuntijaneuvoston suositusten mukainen (EPUAP 2009).

Apuvälineiden käyttö on myös tutkimuksissa todettu ehkäisevän painehaavoja. Hoitotyöntekijöiden panosta pidetään erityisen tärkeänä painehaavoja ennaltaehkäisevien apuvälineiden käyttöönotosta ja hankinnasta. Hoitotyöntekijöillä on suuri vastuu näiden toimenpiteiden toteuttamisesta. (Soppi 2010, 266.) Tutkimuksessamme nousi myös esille oikeanlaisen ja tarkoituksenmukaisen painetta vähentävän patjan hankinnan tärkeys etenkin riskipotilailla. Hoitotyöntekijät mainitsivat, että patjan valinta arvioitiin yksilöllisesti potilaan kohdalla ja tarvittaessa patja vuokrattiin muualta. EPUAP:n näyttöön perustuvassa tutkimuksessa

taas aktiiviset painetta vaihtavat patjat ja sijauspatjat on todettu teholtaan samoiksi painehaavojen esiintyvyyteen nähden. Tätä tukevat myös Gunningbergin (2000) tutkimustulokset. Hoitotyöntekijöiden patjavalinnalla on kuitenkin merkitystä, jos potilaalla on suurentunut painehaavariski ja asentoa ei voida vaihtaa manuaalisesti. Tällöin tulisi käyttää aktiivista alustaa. (EPUAP 2009.) Myös Sopin (2010) tutkimuksessa todettiin patjan valinnalla olevan merkitystä, koska asentohoidon katsotaan olevan vaikeasti toteutettava, resursseja sitova ja työllästä hoitotyöntekijöille, siksi alustojen käyttö on perusteltua.

Tässä tutkimuksessa painehaavojen ennaltaehkäisyn menetelmänä potilaiden ihon eheyttä seurattiin ja tarkkailtiin päivittäin jokapäiväisessä hoitotyössä. Tulos on aikaisempien tutkimusten mukainen ja vahvistaa siis näkemystä, että potilaan ihon kuntoa tulee tarkistaa vähintään kerran päivässä, suositteluna on joka vuorossa (3 kertaa päivässä). (Gunningberg 2000, 25; Iivanainen 2007, 78, EPUAP 2009). EPUAP:n (2009) suosituksessa potilaan täydellinen ihon arviointia ja seuranta tulisi olla osa terveydenhuollon kaikkien toimipisteiden riskinarviointikäytäntöä ja toimipisteissä tulisi laatia toimintaohjeet ihon arvioinnin kirjaamisesta ja tiedon välittämisestä laajalti hoitotyöntekijöille.

Tutkimuksessa ei tullut esiin omaisten osallistumisen merkitystä lonkkaleikkauksessa olleen potilaan hoitoon, vaikka useiden tutkimuksien mukaan on todettu omaisten tietämyksen painehaavojen ennaltaehkäisystä ja haavojen syntyyn vaikuttavista tekijöistä edesauttavan potilaan kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitotyötä. Omaisten osallistuminen on tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä (Hokkanen 2000, 21.; Lepistö ym. 2001, 286, Soppi 2010, 267)

Tutkimuksissa on suositeltu lonkkaleikkauksessa olleen potilaan ja omaisten ohjausta sekä opetusta apuvälineiden käytöstä, asentohoidoista, hygieniasta, alkavien painehaavojen varhaisten tunnusmerkkien havaitsemisesta ja tarkkailusta sekä keinoista hallita inkontinenssia painehaavojen ennaltaehkäisemisek-

si. Erityisesti omaisten kouluttaminen ymmärtämään, mistä painehaavojen synnyssä ja ehkäisyssä on kysymys, on merkityksellistä. (Hokkanen 2000, 21–22.; Haapaniemi & Routasalo 2009, 35–39 & Soppi 2010, 267.) Hoitotyöntekijöiden lisääntynyt työmäärä vähentää painehaavojen ennaltaehkäisemiseen käytettyä aikaa. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää enemmän ja suurempaa huomiota potilaan läheisten kouluttamiseen. (Lepistö ym. 2001, 286.) Lisäksi omaisten osallistumisen hoitotyöhön on myös tutkittu vähentävän heidän kokemaansa huoltaan läheisestään. Hokkasen tutkimuksessa (2000), jossa tutkittiin painehaavoja, niiden ennaltaehkäisyä ja kehittämistarpeita todettiin potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyn toteutuvan huonosti kotisairaanhoidossa, mikäli hoitotyöntekijöiden antama ohjaus ja tuki on ollut puutteellista. Siksi on tärkeää, että potilasta ja omaista ohjataan, koulutetaan ja opetetaan painehaavojen ennaltaehkäisyyn, jotta tieto siirtyy potilaan mukana koko hoitoprosessin ajan ja tietoa pystytetään hyödyntämään potilaan jatkohoitopaikassa esimerkiksi kotona (Soppi 2010, 267).

Haastatteluissa ilmeni, ettei hoitohenkilökunnalle järjestetä lisäkoulutusta lonkkaleikkauksessa olleiden potilaiden painehaavojen ennaltaehkäisemisestä, vaikka EPUAP:n (2009) suosituksissa sekä muissa tutkimuksissa suositellaan painehaavojen opetusohjelmia riskipotilaiden tilanteen parantamiseksi (Lepistö ym. 2004, 55; Hokkanen 2000, 51). Eräissä tutkimuksissa tulokset osoittivat, että hoitotyöntekijät, jotka saivat lisäkoulutusta, pystyvät ehkäisemään painehaavojen paremmin kuin hoitajat, jotka eivät saaneet lisäkoulutusta. Ennaltaehkäisyn pitäisi perustua painehaavojen etiologisiin tekijöihin, edistäviin ja riskiä lisääviin tekijöihin. Hyvin koulutettu hoitotyönhenkilöstö on keskeinen tekijä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. (Lepistö ym. 2001, 286.) Hokkasen (2000) tutkimuksessa hoitohenkilökunnalla on oltava riittävästi tietoa niistä tekijöistä, joiden tiedetään olevan yhteydessä painehaavojen syntyyn, jotta painehaavojen ennaltaehkäisevää työtä voidaan toteuttaa laadukkaasti. Luotettavan riskiluokituksen käyttö edellyttää myös riittävästi tietoa ja ammattillista osaamista koskien painehaavoja (Lepistö ym. 2001, 281). EPUAP:n (2009) suositusten mukaan,

opetusohjelmien on oltava jäsenneiltyjä, järjestelmällisiä ja kokonaisvaltaisia ja niiden on oltava saatavilla kaikille terveydenhuollon palvelujen tarjoajille, potilaille, perheille ja hoitajille. Lisäksi Lepistön ym. (2001) tutkimustuloksien kehittämistarpeena oli hoitotyöntekijöiden opetuksen ja ohjauksen antaminen potilaille ja läheisille. Kuntoutusosastolla ei ollut käytössä opetusohjelmia painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi.

Varhainen tunnistaminen

Haastatteluissa hoitajat mainitsivat painehaavojen varhaiseksi merkiksi ihon punoituksen. EPUAP:n suosituksissa (2005) mainitaan myös ihon punoituksen olevan painehaavan synnyn varhainen merkki. Muita painehaavan synnyn varoitusmerkkejä EPUAP (2005) mainitsee olevan paikallinen kuumotus, ödeema ja induraatio. EPUAP:n (2005) mukaan riskiryhmään kuuluvan potilaan ihosta tulisi tutkia säännöllisesti merkkejä punoituksesta. Tutkimuksessamme vastaajat mainitsivat myös riskipotilaan ihon tarkkailun olevan tärkeää, mutta varhaisien merkkien tunteminen oli puutteellista. Varhaisia merkkejä tunnettiin huonosti, myös Hokkasen (2000) tutkimuksessa tuli esille hoitotyöntekijöiden tiedonpuute varhaisien merkkeihin tuntemiseen ja niihin reagoimiseen, siksi on hoitotyöntekijöiden koulutus painehaavojen syntyyn liittyvistä tekijöistä ja prosessista on tarpeen. Esimerkiksi Lepistön ym. (2001) tutkimustulokset osoittivat, että hoitotyöntekijöillä oli vaikeuksia tunnistaa ensimmäisen asteen painehaavoja.

Tutkimuksessa riskipotilaiden tunnistamista ja hoitoa pidettiin tärkeänä edellytyksenä painehaavojen ennaltaehkäisyssä lonkkaleikkauksen jälkeen potilaalla ja sitä tukevat myös monet tutkimukset, kuten Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvoston (2009) ehkäisy-suositukset (Soppi 2010, 267). Tutkimuksessa riskiluokitusmittareita ei kuitenkaan käytetty, vaikka sen käyttöä suositel-

laan monessa tutkimuksessa ja ne on testattu laajasti ja todettu käyttökelpoisesti. Niiden sopivuutta on korostettu erityisesti vanhuspotilaiden riskinarvioinnissa ja suurin osa lonkkaleikkauksessa olleista potilaista on iäkkäitä, keskimäärin 75–80-vuotiaita. Erityisesti Nortonin asteikko on todettu käyttökelpoiseksi apuvälineeksi riskipotilaiden kartoittamisessa. (Pellinen & Kekki 1994; Käypä hoito 2006.) Riskiluokituksen käyttöönoton on todettu lisänneen painehaavaongelman tiedostamista ja ongelmaan puuttumista (Juutilainen & Hietanen 2002, 190). Minkään mittarin käyttö ei kuitenkaan vähennä painehaavojen esiintymistä, vaan arvioinnin tarkoituksena on löytää potilaat, jotka tarvitsevat ehkäiseviä toimenpiteitä (Soppi 2010, 261).

Riskiluokituksen käyttöönottoa on useissa tutkimuksissa suositeltu (EPUAP 2009; Gunnigberg 2000; Juutilainen & Hietanen 2002, 190; Lepistö ym. 2001, 281; Iivanainen 2007, 85). Iivanaisen (2007, 85) tutkimuksessa riskimittarin osatekijät paljastivat painehaavapotilaat. Esimerkiksi kliinisen riskiluokitusmittarin käyttö psyykkisen tilan arvioinnissa on Gunningbergin (2000) tutkimuksessa todettu edistävän painehaavojen ennaltaehkäisyä. Lisäksi Iivanaisen (2007) tutkimuksessa ennen leikkausta tehdyn riskiluokitusmittarien testauksessa havaittiin merkitseväksi neljä osatekijää muun muassa havaintokyky, ihon kosteus, ravitsemus, kudosten venyntyminen ja hankautuminen. Liikkumisen osatekijä havaittiin tilastollisesti merkitseväksi. Gunningbergin (2000, 31) tutkimuksessa on todettu, että riskiluokitusmittareiden käyttö riskipotilaiden tunnistamiseen tulisi sisältyä potilaan korkea iän arviointi. Riskiluokitusmittarin käyttö toimii hyvänä muisti apuna ja tukena painehaavojen tunnistamiseen hoitotyössä. Lisäksi sen käyttö selventää ja antaa enemmän ymmärrystä painehaavojen taloudellisiin vaikutuksiin. Niiden avulla on ymmärretty paremmin, että painehaavojen ehkäisy on halvempaa kuin niiden hoito. (Lepistö 2004, 27.)

Liikkumisen rajoitukset

Potilaan varausrajoitusten huomiointi ja moniammatillisen tiimin hyödyntäminen painehaavojen ennaltaehkäisyssä todettiin tärkeäksi tässä tutkimuksessa kuten myös EPUAP:n (2009) suosituksissa. Hoitotyöntekijöiden vastauksissa todettiin lonkkaleikkauksen jälkeisten liike- ja/tai varausrajoitusten pidentävän vuoteessa oloaika. Juutilaisen ja Hietasen (2002) teos myös vahvistaa sitä näkemystä, että liikuntakyvyttömyys lisää painehaavariskiä, jolloin hoitajien rooli lonkkaleikkauksessa olleen potilaan kuntouttamista edistävällä työotteella on tärkeä merkitys. Hoitotyöntekijät mainitsivat, että lonkkaleikkauksien tunteminen ja käytetyt menetelmät on tunnettava, jotta voidaan toteuttaa laadukasta hoitotyötä. Lisäksi he korostivat potilaan yksilöllisen tilanteen huomioimista liikkumisrajoitteisella potilaalla. Käypähoito (2006) suosituksissa hoitotyöntekijöiden on tiedettävä lonkkaleikkauksen murtumatyypit, luokitukset sekä lonkkaleikkaukseen käytetyt menetelmät. Lisäksi suosituksissa mainitaan, että liikkumisen rajoitusten tunteminen ja lonkkaleikkauksen jälkeisen potilaan kuntouttaminen jää yleensä hoitotyöntekijöiden vastuulle, siksi mahdollisimman aktiivien työote on ensiarvoisen tärkeää. Nämä tekijät myös nousivat esille hoitotyöntekijöiden haastattelujen vastauksissa.

Hoitotyöntekijöiden yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa tulisi ohjata ja auttaa potilas pystyasentoon ja liikkumaan päivittäin 1 – 2 tunnin ajan, joka jaetaan useaan harjoituskertaan. Tämä oli myös tutkimuksemme tuloksien mukainen. Moniammatillisen tiimin hyödyntäminen nousi esille vastauksissa, mutta omaisten osallistumisen merkitys lonkkaleikkauksessa olleen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön ja kuntoutukseen jäi olemattomaksi. Hoitajat eivät maininneet omaisten osallistumisen tärkeydestä, vaikka EPUAP:n (2009) suosituksissa ja muissa tutkimuksissa on havaittu merkilliseksi potilaan toimintakykyä edistävänä tekijänä yhdessä moniammatillisen tiimityön kanssa (Huusko ym. 2003; Pietikäinen, Heinonen, Karppi & Huusko 2003, 191; Mäntynen, Vehviläinen-

Julkunen & Sivenius 2009, 24; Haapaniemi & Routasalo 2009, 35–39). Leikkauksenjälkeisellä mobilisointiajalla on myös livanaisen (2007) tutkimuksen mukaan yhteyttä painehaavojen syntyyn ja lisääntyneeseen komplikaatioihin, kuten myös tutkimuksemme tuloksissa. Kuntoutus on aloitettava viipymättä leikkauspäivää seuraavana päivänä. (livanainen 2007, 64; EPUAP 2009). Hoitajat kertoivat haastatteluissa potilaiden tulevan osastolle viimeistään seitsemäntenä päivänä leikkauksesta ja he korostivat kuntoutuksen ja varhaisen mobilisaation merkitystä potilaalla moniammatillista tiimiä hyödyntäen.

Painehaavojen riskitekijät

Juutilaisen & Hietasen (2002) sekä livanaisen (2007) tekemissä tutkimuksissa on todettu liikkumattomuuden yhdeksi tärkeimmiksi riskitekijöiksi painehaavojen syntyyn, kuten myös haastattelujen vastauksissa todettiin. Tällöin myös hoitajien rooli korostuu potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä passiivisen tai liikuntakyvyttömän potilaan kohdalla.

livanaisen (2007) tutkimuksessa, jossa tutkittiin lonkkamurtumapotilaiden painehaavojen esiintyvyyttä ja riskitekijöitä iän vaikutus painehaavojen riskitekijöihin havaittiin merkittäväksi. Myös Gunningbergin (2000) tuloksissa havaittiin korkean iän vaikutus suurentuneeseen riskiin saada painehaava lonkkamurtumapotilailla. Myös tutkimuksemme haastattelujen vastauksissa korkealla iällä havaittiin yhteys painehaavojen esiintyvyyteen ja riskitekijöihin lonkkaleikkauksessa olleilla potilailla.

Painehaavojen riskitekijöiden huomioimisessa lonkkaleikkauksessa olleilla potilailla haastatteluissa nousivat esille muiden sairauksien, kuten sydän- ja ve-

risuonisairauksien, neurologisten sairauksien ja syöpäsairauksien sekä diabeteksen vaikutusta suurentuneeseen riskiin saada painehaavoja. Myös livanaisen (2007) tekemä tutkimus tuki diabeteksen osalta esille nousseita vastauksia. Hoitotyöntekijät pitivät tärkeänä diabeteksen pitämistä hoitotasapainossa, ja siksi diabetespotilaiden jalat tutkitaankin tarkemmin. Tutkimuksessamme ei kuitenkaan pidetty merkittävänä keuhkosairauksien esiintyvyyden yhteyttä painehaavoihin lonkkaleikkauksen jälkeen, toisin kuin livanaisen tekemässä tutkimuksessa. Muilla sairauksilla puolestaan ei livanaisen tutkimuksessa havaittu olevan merkittävää vaikutusta. Gunningbergin (2000) tekemässä tutkimuksessa toisaalta osoitettiin neurologisten rappeumasairauksien yhteyttä painehaavojen esiintyvyyteen, mikä tukee haastatteluissa nousseita vastauksia neurologisten sairauksien osalta.

Tutkimuksessamme heikentyneen ravitsemustilan todettiin lisäävän riskiä painehaavoihin lonkkaleikkauksen jälkeen. Hoitotyön tavoitteena hoitajat kertoivat olevan mahdollisimman hyvän ravitsemustilan takaamisen. livanaisen (2007) tutkimuksessa ei kuitenkaan havaittu tilastollista riippuvuutta ravitsemustilan ja painehaavojen riskitekijöiden välillä. Myöskään EPUAP (2005) ei ole pystynyt todistamaan syy-yhteyttä huonon ravitsemustilan ja painehaavojen esiintyvyyden välillä tieteellisesti eikä näyttöön perustuvissa tutkimuksissa, mutta se saattaa kuitenkin lisätä kudosten alttiutta ulkoisten tekijöiden kuten paineen vaikutuksille. Siksi EPUAP on laatinut ravitsemussuosituksen painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Siinä potilaan täydelliseen painehaavariskin arvioinnin yhtenä osa-alueena on ravitsemustilan arviointi. Suosituksena on, että vajaaravitsemuspotilaalle on tehtävä arvioinnin jälkeen suunnitelma tuki ja/tai lisäravinnosta. Gunnarson ym. (2009) tutkimuksessa lonkkaleikkauksessa olleilla potilailla, jotka saivat ravintoa EPUAP:n (2005) ravitsemussuosituksen mukaan kehittyi vähemmän painehaavoja kuin potilaille, joiden ravitsemukseen ei kiinnitetty lisähuomiota. Lisäksi EPUAP:n (2009) painehaavojen ennaltaehkäisyssä suositellaan ravitsemuksen hoitoa.

Tutkimuksen vastauksista ilmeni lonkkaleikkauksen jälkeen alhaisen painoindeksin ja alipainaisuuden vaikutusta painehaavojen riskitekijöihin potilailla. Myös liivanaisen (2007) tutkimuksessa näytti painehaavojen esiintymisen olevan yleisempää alipainoisilla leikkauksen jälkeen. Tutkimuksessamme hoitajat kertoivat, että potilaan tullessa osastolle heiltä mitattiin paino ja pituus ja siitä laskettiin potilaan painoindeksi (BMI). Alle 22 painoindeksin omaavilla potilaille tehtiin MNA-testi eli ravitsemustilan arviointikysely. Hoitotyöntekijät kiinnittivät aliravituilla potilailla enemmän huomiota ravitsemustilaan ja potilaiden ravitsemushoidoissa hyödynnettiin ravitsemusterapeutin konsultaatiota tilaamalla potilaalle täydennysravintovalmisteita. Myös EPUAP:n (2005) ravitsemussuosituksissa suositellaan, että ravitsemustilaa tulisi arvioida vähintään punnitsemalla potilaat ja tarkastamalla heidän ihonsa säännöllisesti sekä kirjaamalla ruoan ja nesteen saanti. Ravitsemushoidossa olisi keskityttävä ruoan ja nesteen saannin parantamiseen ravinnon laatua parantamalla ja pyrkimällä poistamaan sen nauttimisen fyysiset ja sosiaaliset esteet. Lisäksi apuna voidaan käyttää myös ravitsemusterapeuttia, jos hänen palvelujaan on käytettävissä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tutkimuksen tulokset on kuvattava selkeästi, jotta lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen ym. 2009, 160). Tutkimuksen kulku, aineiston analysointi ja tutkimustulokset on kuvattu selkeästi tutkimuksessa, jotta lukija voi ymmärtää miten tutkimus on toteutettu ja miten analyysi on tehty. Aineiston analysointia on havainnollistettu kuvion 1 avulla. Tutkimuksessa on myös kuvattu haastatteluihin osallistujien valinta sekä tutki-

musympäristön kuvaus. Tutkimus kysymykset olivat mahdollisimman laajoja, jotta haastateltavat pystyivät kertomaan oman näkemyksensä asiasta. Tarkentavien apukysymyksien ja tärkeiden asioiden listaamisen avulla pystytään haastattelutilannetta jäsentämään ja pitämään sen asian suunnassa, kuitenkin rajaamatta liiaksi haastateltavan asia sisältöä. (Kylmä & Juvakka 2007, 78–80.) Haastattelutilanteessa kysyimme tarvittaessa tarkentavia apukysymyksiä jäsentääksemme ja pitääksemme asiasisällön oikeassa suunnassa. Haastattelutilanteessa koimme hankalaksi rajata sen miten paljon apukysymyksiä voimme kysyä, jotta emme lähtisi johdattelemaan haastateltavaa. Osa haastateltavista kertoi ilman apukysymyksiä laajasti aiheesta ja osalta kysyimme enemmän apukysymyksiä, jotta saimme riittävästi tietoa kustakin teema-alueesta.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Haastatteluaineisto ei ole luotettavaa jos tallenteiden kuuluvuus on huono, litterointi noudattaa eri linjaa alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185). Nauhoitimme kaikki haastattelut ääninauhurilla. Nauhoituksen ääni oli selkeä ja tämän vuoksi haastatteluiden luotettavuus ei kärsinyt. Suoritimme haastattelut kahtena eri päivänä. Kumpanakin päivänä haastattelimme kolmea hoitotyöntekijää. Haastattelu tila oli ensimmäisenä haastattelu kerralla fysioterapeuttien työtila, joka oli sillä hetkellä tyhjillään. Haastatteluiden aikana kuitenkin haastattelu keskeytyi kahden ensimmäisen haastateltavan kohdalla, kun huoneeseen tuli käymään fysioterapeutti hakemassa tavaroita. Tämä keskeytti haastateltavan kertomuksen, mutta pääsimme jatkamaan haastattelua nopeasti. Toisella haastattelukerralla tilana oli osaston rauhallinen työhuone, eikä haastatteluita häiritty tai keskeytetty kertaakaan. Litteroimme aineiston sanatarkasti, jotta tutkimuksen luotettavuus ei kärsisi ja oma tulkintamme ei vaikuttaisi materiaaliin. Aineiston litteroimme heti haastattelujen jälkeen. Haastatteluiden nopea litterointi parantaa haastatteluiden laatua (Hirsjärvi ym. 2008, 185). Tutkimustuloksissa käytimme suoria lainauksia haastatteluista. Suorien lainauksien avulla pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua (Kankkunen ym. 2009, 160).

6.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Eettisiä periaatteita laadullisessa tutkimuksessa ovat tiedon antajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. On myös tärkeää, että tutkijat eivät tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 39.) Kaikessa tutkimustoiminnassa on turvattava osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla aidosti vapaaehtoista. Haastateltavilla on oltava mahdollisuus esittää kysymyksiä, keskeyttää tutkimus tai kieltäytyä antamasta tietojaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksesta saatava hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27).

Tutkimukseen osallistuneille annettiin tietoa tutkimuksesta kirjallisen ja suullisen informaation avulla. Tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin haastateltaville. Lähetimme osastolle saatekirjeen, jossa annoimme kirjallisesti tietoa tutkimuksesta ja haastattelujen toteuttamisesta. Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, tutkimuksen vapaaehtoisuudesta sekä yksityisyyden suojaamisesta. Haastateltavien anonymiteetti on tärkeä asia huomioida tutkimustyössä. Tutkimustietoa ei saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto on säilytettävä lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanan takana. (Kankkunen ym. 2009, 179.)

Tutkimuksen osallistumisen halukuutta kartoitettiin saatekirjeen avulla ja halutessaan ehdotettiin ottamaan yhteyttä apulais- tai osastonhoitajaan. Haastateltavat valikoituivat osastonhoitajan avustuksella työvuorossa olleista hoitajista. Haastateltavat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Haastateltavaksi valitaan ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 26.) Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin lupa nauhoittaa haastattelu. Lisäksi ennen haastatteluja annoimme tietoa suullisesti tut-

kimuksesta ja korostimme haastateltavan vapaaehtoisuutta osallistua siihen sekä informoimme keskeyttämisen mahdollisuudesta. Tutkimuksesta ei pysty tunnistamaan yksittäistä henkilöä eikä siinä käy ilmi haastateltavien henkilötietoja. Tutkimusaineisto, eli nauhoitetut haastattelut tuhottiin litteroinnin jälkeen niin, ettei niitä pysty enää kuuntelemaan. Tutkimuksen suorittamiseen anottiin tutkimuslupa. Tutkimustulosten eettinen raportointi edellyttää avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta kaikkien tutkimusten vaiheiden raportoinnissa (Kylmä & Juvakka 2007, 154).

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulokset osoittivat, että keskeiset painehaavaumien kehittymiseen vaikuttavat tekijät tunnettiin suhteellisen hyvin. Painehaavaumien ennaltaehkäisyyn keskeisimmät menetelmät, kuten asentohoidon, hygienian, apuvälineiden käytön ja ravitsemuksen merkitys oli hoitajilla hyvin tiedossa. Moniammatillisen yhteistyön merkitystä korostettiin tutkimustuloksissa. Sen sijaan tutkimustuloksissa ei ilmennyt omaisten osallistumisen merkitystä potilaan hoitotyössä painehaavojen ennaltaehkäisyssä, vaikka tutkimukset puoltavat sen puolesta.

Yksi tutkimuksen pohjalta noussut kehittämissuositus on kivun arvioinnin ja hoidon lisääminen lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla, esimerkiksi käyttämällä apuna kipumittaria. Haastattelujen vastauksista ei ilmennyt kivun yhteyttä painehaavojen riskitekijöihin ja syntyyn, vaikka kirjallisuudessa sille on annettu suuri merkitys. Kivun riittämättömän hoidon lonkkaleikkauksen jälkeen on todettu lisäävän komplikaatioita kuten painehaavan riskiä. Hoitotyöntekijän tulisi arvioida ja hoitaa kipua riittävästi etenkin geriatrinen potilaiden kohdalla, koska heidän on todettu saavan vähemmän kipulääkettä kuin nuoret potilaat. Erityisesti neurologisia sairauksia sairastavien potilaiden kivun hoitoon tulisi kiinnittää

enemmän huomiota, koska he eivät välttämättä tunnista kipua ja osaa kertoa siitä.

Toisena kehittämishaasteena tässä tutkimuksessa saatujen tuloksien perusteella on noussut painehaavojen ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittämisen tarvetta hoitotyöntekijöiden koulutuksessa, koska hoitotyöntekijät ovat yleensä ensimmäisiä, jotka tunnistavat painehaavan ja tuntemalla painehaavojen syntyyn liittyviä tekijöitä voivat he helpommin ehkäistä niitä. Väestön ikääntyminen ja potilasmäärän kasvu voivat asettaa haasteita myös hoitotyölle, koska sen myötä myös hoitotyöntekijöiden työmäärä voi kasvaa, jolloin painehaavojen ennaltaehkäisemiseen käyttämä aika vähenee. Tämän vuoksi on kiinnitettävä enemmän huomiota hoitohenkilökunnan lisäksi potilaan ja omaisten ohjaamiseen sekä kouluttamiseen. Kehittämisehdotuksena on opetusohjelman tai oppaan laatiminen kaikille näille kohderyhmille ja sen soveltaminen vastaanottajille sopiviksi.

Lisäksi hoitotyönhenkilöstön koulutusta painehaavojen ennaltaehkäisemiseksi ei noussut esille vastauksissa. Tutkimuksissa on havaittu hoitotyöntekijöillä vaikeuksia tunnistaa painehaavojen varhaisia merkkejä. Tässä tutkimuksessa myös tuli esille hoitotyöntekijöiden tiedonpuutteita varhaisten merkkien tuntemisessa. Varhaisista merkeistä mainittiin vain ihon punoitus kun teoriassa varhaisiin merkkeihin lasketaan myös paikallinen kuumotus, ödeema ja induraatio. Tutkimustulosten perusteella nousi esille hoitotyöntekijöiden koulutuksen lisätarve painehaavojen ennaltaehkäisyssä, esimerkiksi varhaisten merkkien tuntemiseen sekä muihin painehaavoja edistäviin ja lisääviin tekijöihin kuten riskiryhmään kuuluvien potilaiden tunnistaminen.

Vastaajat totesivat, että järjestelmällistä riskiluokitusmittaria ei ole osastolla käytössä. Kehittämisehdotuksena nousi järjestelmällisen riskiluokitusmittarin käyttöönotto painehaavariskipotilaiden tunnistusmenetelmäksi lonkkaleikkauksessa

olleella potilaalla, koska se on todettu tutkimuksissa tehokkaaksi ja käyttökelpoiseksi välineeksi riskipotilaiden tunnistamiseen ja painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Riskiluokitusmittareiden avulla on myös pystytty paremmin ymmärtämään painehaavojen taloudellisia vaikutuksia.

6.5 Oma opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön tekemisen aloitimme vuonna 2008. Opinnäytetyö toteutettiin pariryönä ja aihe löytyi opinnäytetyön aihevälityksestä Haavanhoito-osion kohdalta kuntoutusosaston tarpeesta ja toiveesta. Rajasimme aiheen lonkkaleikattuihin, koska siitä ei ollut tehty aikaisemmin paljon hoitotieteellisiä tutkimuksia. Lisäksi painehaavojen esiintyvyys on suuri ja koimme aiheen ajankohtaiseksi. Painehaavat tuottavat yhteiskunnalle suuria taloudellisia kustannuksia pidentämällä sairaalassaoloaikoja ja aiheuttaen kalliita leikkausoperaatioita. Painehaavat aiheuttavat henkistä ja fyysistä kärsimystä potilaalle siksi on tärkeää huolehtia painehaavojen ennaltaehkäisystä.

Opinnäytetyön prosessi lähti käyntiin aiheen valinnasta, sen rajauksesta ja menetelmien käytönvalinnasta. Olimme yhteydessä yhteistyötahoon ja keskustelimme aiheen tarpeellisuudesta. Sen jälkeen laadimme tutkimussuunnitelman ja haimme tutkimusluvan tutkimuksen suorittamiseen. Tutkimuslupa myönnettiin meille 1.3.2010. Teimme opinnäytetyön kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä teemahaastatteluina. Haastattelimme kuutta hoitotyöntekijää keväällä 2010, jonka jälkeen nauhoitetut haastattelut litteroitiin. Teoria-osuuden kirjoittamisen jälkeen analysoimme ja viimeistelimme opinnäytetyömme syksyn 2010 aikana. Analyysimenetelmänä käytimme litteroidun aineiston teemoittelua hyväksi. Valmis opinnäytetyö lähetetään yhteistyötaholle, jotta he voivat tutkimustulosten perusteella hyödyntää ja kehittää painehaavojen ennaltaehkäisyä lonkkaleikatuilla potilailla.

Mielestämme opinnäytetyöprosessi sujui aikataulun mukaisesti ja yhteydenotto oli sujuvaa, huolimatta siitä, että toinen meistä suoritti kansainvälistä harjoittelua Espanjassa viimeisen syksyn ajan. Koimme aluksi haastavaksi tieteellisten tutkimuksien hankkimisen ja luotettavuuden sekä pätevyyden arvioinnin, mutta ajan kuluessa tutkimuksien analysoiminen selkiytyi ja olemme huomanneet etenkin siinä merkittävää parannusta.

Terveysalalla tuotetaan jatkuvasti tieteellisiä ja näyttöön perustuvia tutkimuksia, siksi sairaanhoitajan on pysyttävä ajantasalla ja seurattava alan kehitystä kehittämällä ja täydentämällä jatkuvasti itseään ammatillisesti. Opinnäytetyö opetti meitä analysoimaan kriittisesti ja arvioimaan tieteellisten tutkimusten luotettavuutta sekä kehitimme ammatillista osaamistamme ja asiantuntijuuttamme hoitotyössä. Voimme hyödyntää hoitotieteellisiä aineistoja luotettavasti hoitotyössä jatkossa taataksemme potilaille mahdollisimman laadukkaan ja parhaan ajantasalla olevan hoitotiedon sekä tehostaaksemme hoidon tuloksia. Lisäksi uuden tutkimustiedon soveltaminen käytäntöön auttaa meitä hoitotyöntekijöinä potilaisiin liittyvässä päätöksenteossa ja interventioden oikeassa valinnassa. Opinnäytetyön avulla osaamme jatkossa myös hankkia luotettavaa tieteellistä tietoa laajemmin, niin kotimaisista, kuin kansainvälisistäkin tutkimuksista.

Lisäksi opinnäytetyön auttoi ymmärtämään opetuksen ja ohjauksen merkityksestä niin potilaan ja omaisten kuin hoitohenkilökunnan kouluttamisen kannalta. Omaiset ovat tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitamista. Osaamme sairaanhoitajan ammatissa ottaa jatkossa huomioon omaisten osallistumisen sekä heille antaman ohjauksen ja opetuksen merkityksestä. Lisäksi syvensimme ammatillista osaamistamme ennaltaehkäisevään hoitotyöhön ja kuntouttavaan työotteeseen sekä saimme lisävalmiuksia ja -välineitä sairaanhoitajan työhön riskiryhmään kuuluvien potilaiden tunnistamiseen ja heidän asianmukaiseen hoitamiseen moniammatillista tiimiä hyödyntäen.

LÄHTEET

- Eskelinen, Antti; Paavolainen, Pekka; Vuorinen, Jarmo & Remes, Ville 2006. Reisiluun kaulan murtumien nykyhoito. Suomen lääkirilehti 2006;61(36):3577–3584.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani ja Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä:PS-kustannus, 26–44.
- Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto 2004. Nutritional guidelines for pressure ulcer prevention and treatment. Verkkodokumentti. www.epuap.org. Viitattu 25.9.2010.
- Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto EPUAP & USA:n kansallinen painehaava-asiantuntijaneuvosto 2009. Painehaavojen ehkäisy, pikaopas. Verkkodokumentti. www.epuap.org. Painehaavojen ehkäisy, pikaopas. Viitattu 15.9.2010
- Gunnarson, Anna-Karin; Gunningberg, Lena & Lönn, Katarina 2009. Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? Department of Public Health and Caring Science. Uppsala University; Sweden. Journal of Clinical Nursing 18 (9),1325–33.
- Gunningberg, Lena 2000. Prevention of pressure ulcers in patients with hip fractures – Definition, measurement and improvement of the quality of care. Uppsala University; Sweden.
- Haapaniemi, Hannele & Routasalo, Pirkko 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämässä sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede-lehti 2009, 21 (1), 34–44.

- Hietanen, Helvi; Eriksson, Elina & Asko-Seljavaara, Sirpa 2000. Painehaavojen paikallishoito terveystieteiden tutkimuskeskuksen vanhuspotilailla. *Hoitotiede-lehti* vol.12 no. 6/-00.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hokkanen, Hannele 2000. Painehaavat, ennaltaehkäisy ja ennaltaehkäisyn kehittämistarpeet. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.
- Huusko, Tiina 2003. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumiseen liittyvät ongelmat. *Suomen lääkäri-lehti* 2003;58(12):1431–1433.
- Huusko, Tiina; Arnala, Ilkka; Hirvensalo, Eero; Impivaara, Olli; Jäntti, Pirkko; Kovanen, Jussi; Laukkanen, Pia; Lindahl, Jan; Lüthje, Peter; Pitkänen, Mikko; Viinamäki, Seija; Välimäki, Matti & Österman, Heikki 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. *Aikakauskirja Duodecim* 2006;122(24):3025–6.
- Iivanainen, Ansa 2007. Painehaavojen esiintyvyys ja riskitekijät lonkkamurtumapotilailla. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Juutilainen, Vesa & Hietanen, Helvi 2002. Painehaava. Teoksessa Haava. Hietanen, Helvi & Iivanainen, Ansa (toim.) Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, Ulla-Mari; Saranto, Kaija & Ensio, Anneli 2008. Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. *Hoitotiede-lehti* vol.20, no2/-08.
- Kiviniemi, Kari 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani ja Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, 70–85.

- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: WSOY.
- Kärki, Satu; Lehto, Matti & Lekkala, Jukka 2006. Painekarttoitus painehaavojen ehkäisyn apuna. Aikakauskirja Duodecim 2006;122(6):671–6.
- Kärki, Satu; Lehto, Matti & Lekkala, Jukka 2006. painekarttoitus painehaavojen ehkäisyn apuna. Aikakauskirja Duodecim 2006;122(6):671–6.
- Käypä Hoito-suositus 2006. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Lepistö, Mervi 2004. Pressure ulcer risk assessment in long-term care. Developing an instrument. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Lepistö, Mervi; Erikson, Elina; Hietanen, Helvi & Asko-Seljavaara, Sirpa 2000. Prevention of Pressure ulcers in acute and long-term care facilities in Finland: Results of a survey. Turun yliopisto.
- Lepistö, Mervi; Eriksson, Elina; Hietanen, Helvi & Asko-Seljavaara, Sirpa 2001. Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. International Journal of Nursing Practice (7):280–287.
- Mäntynen, Raija; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Sivenius, Juhani 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi – terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Hoitotiede-lehti 2009, 21 (1), 23–33.
- Nurmi, Ilona; Lüthje, Peter, Narinen, Arja & Tanninen, Salla 2003. Reisiluun yläosan murtumapotilaiden selviytyminen ja kokonaiskustannukset. Aikakauskirja Duodecim 2003;119(2):123–130.
- Pellinen, Anne & Kekki, Pertti 1994. Vuodeosastopotilaiden painehaavaumat esiintyvyys ja henkilöstön käsitykset. Duodecim 1994;49(31):3196.
- Pietikäinen, Sari; Heinonen, Maarit; Karppi, Pertti & Huusko, Tiina 2003. Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. Hoitotiede-lehti vol.15 no.4/-03.

- Raivio, Minna; Niskanen, Raimo; Korkala, Olli; Kaukonen, Juha-Pekka & Tilvis, Reijo 2001. Iäkäs lonkkamurtumapotilas oppii harvoin varausrajituksen. Suomen lääkäri-lehti 2001;56(15–16):1731–1734.
- Savela, Tiina; Karppi, Pertti; Salmela, Leena & Kauppinen, Markku 2005. OPC-hoitoisuuden ja Barthel-indeksin osamuuttujien vertailua kuntoutusosastoilla. Hoitotiede-lehti vol.17, no 4/-05.
- Soppi, Esa 2010. Painehaava- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim 2010;126:261–8.
- Sund, Reijo 2006. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus Suomessa 1998-2002. Aikakauskirja Duodecim 2006;122(9):1085–91.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita ja Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Vähäkangas, Pia & Noro, Anja 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. Hoitotiede-lehti 2009, 21 (2), 97–108.

LIITE 1: Saatekirje

TIEDOKSI OSASTON TYÖNTEKIJÖILLE!

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitaja opiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä osastollenne painehaavojen ennaltaehkäisystä lonkkaleikatulle potilaalle. Haastattemme osastonne työntekijöistä kolmea sairaanhoitajaa sekä kolmea lähi- tai perushoitajaa. Haastattelut toteutamme teemahaastatteluina. Haastatteluissa kysymme neljästä eri osa-alueista liittyen lonkkaleikatun potilaan painehaavojen ennaltaehkäisyyn. Nauhoitamme haastattelut kasettinauhureilla. Tallenteet tuhoamme työn valmistuttua eikä niitä käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen. Hoitajien henkilötiedot pidetään salassa, eivätkä ne joudu kolmannen osapuolen tietoon. Suoritamme haastattelut maaliskuun-huhtikuun aikana.

Halukkuutesi osallistua haastatteluun, voitte ilmoittaa apulaisosastonhoitajalle tai osastonhoitajalle mahdollisimman pian.

Ystävällisin terveisin,

Nina Sainio & Heli Poutanen

LIITE 2: Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Miten hoitotyön keinoin painehaavoja ennaltaehkäistään?
 - Mitä hoitotyön menetelmiä on käytössä?
 - Miten painehaavojen ennaltaehkäisy on huomioitu?

2. Miten lonkkaleikkauksessa olleen potilaan liikkumisen rajoitukset huomioidaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä?
 - Mitä liikkumisen rajoituksia on lonkkaleikkauksessa olleella potilaalla?
 - Miten liikkumisen rajoitukset ilmenevät hoitotyössä?
 - Miten liikkumisen rajoitukset vaikuttavat potilaan hoitotyöhön?
 - Mitä erityisiä piirteitä on hoidettaessa liikkumisrajoitteista potilasta?

3. Miten painehaavojen varhainen tunnistaminen ilmenee hoitotyössä?
 - Mitä on varhainen tunnistaminen?
 - Mitä varhaisia merkkejä on painehaavoihin ja miten niihin reagoidaan hoitotyön keinoin?
 - Miten varhainen tunnistaminen vaikuttaa potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön?

4. Miten painehaavojen riskitekijät otetaan huomioon potilaiden hoidossa?
 - Mitä riskitekijöitä on painehaavoille?
 - Miten riskitekijät tunnistetaan ja hoidetaan?

LIITE 3: Esimerkki aineiston luokittelusta

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKKA
Ihon kunnon seuraaminen	Varhaisiin merkkeihin	Painehaavojen
Painehaavojen varhaisten merkkien tunnistaminen	reagoiminen	ennaltaehkäisy hoitotyössä
Kirjaaminen potilaan tietoihin	Kirjaaminen ja raportointi	
Raportointi		
Kriittisten paikkojen tarkistaminen	Riskitekijöiden tiedostaminen	
Ihomuutokseen reagoiminen	Välitön hoitotyö	
Paineen poistaminen punoitusalueelta		
Ihon rasvaaminen ja asentohoito		
ALKUPERÄISET ILMAUKSET	PELKISTYKSET	
”huomioidaan jo pieninkin oire painehaavaumasta”	huomioidaan painehaavojen varhaiset merkit	
”päivittäin sitä seurata”	ihon päivittäinen seuraaminen	
”katsoo ne kriittiset paikat”	kriittisten paikkojen tarkkaileminen	
”heti kun se alkaa vaikka hivenenkin punoittaa”	punoituksen huomioiminen	
”kirjataan päivittäin ihon eheys”	ihon eheyden kirjaaminen päivittäin	
”tsekataan aamulla ja illalla mitä siellä on”	ihon kunnon seuraaminen aamuisin ja iltaisin	
”iho punoittaa”	ihon punoitus	
”siinä on selkeät ääriviivat, se on selkeästi punainen”	ihon selkeä punoitus ja selkeät ääri- viivat	
”kirjataan päivittäisessä huomiossa”	kirjaaminen päivittäin	
”huomioidaan jos on jotakin seurattavaa”	Ihon kunnon seuraaminen	
”raportointi potilastietojärjestelmän kautta”	tieto kulkee potilastietojärjestelmän avulla	