

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Anni Puruskainen
Ulpu Remes

SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVAN ASENTOHOITO JA
PAINEHAAVOJEN EHKÄISY – Ohjemateriaali Sydänkeskuksen
henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Toukokuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Anni Puruskainen, Ulpu Remes

Nimeke
Sydämen vajaatoimintaa sairastavan asentohoito ja painehaavojen ehkäisy – Ohjemateriaali Sydänkeskuksen henkilökunnalle
Toimeksiantaja
Siun sote-Sydänkeskus

Tiivistelmä

Asentohoidon tarkoituksena on vähentää paineen kestoa ja voimakkuutta potilaan luisten ulokkeiden kohdalla. Vuodepotilaan asentoa vaihdetaan tai painopistettä muutetaan kahden tunnin välein, tarvittaessa useammin. Painehaavan ehkäisemiseksi potilaan asentoa tulee vaihtaa, jotta paineen jakautumista, kestoa ja voimakkuutta voidaan hallita. Painehaava muodostuu iholle, jossa luu painaa ihoa ja normaali verenkierto estyy. Useimmiten painehaavat muodostuvat lonkkiin, alaselkään, pakaroihin tai kantapäihin.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisista menetelmistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda uusia valmiuksia osaston hoitohenkilökunnalle asentohoidosta ja painehaavojen riskikohdian huomioimisesta asentohoidon yhteydessä. Tehtävänä oli tuottaa osaston hoitohenkilökunnalle ohjemateriaali sydämen vajaatoimintapotilaan asentohoidosta ja painehaavojen ehkäisyn huomioimisesta asentohoidossa. Opinnäytetyön tuotteen toteutus oli ohjemateriaali, joka koostui ohjelehtisestä sekä laminoiduista, isoista kuvista A3-kokoisena.

Hoitajat kokivat asentohoidon ohjelehtisen hyödylliseksi ja asentohoidon kuvat selkeiksi ja hyväksi avuksi päivittäiseen hoitotyöhön. Jatkokehitysideana voisi olla opetusmateriaali asentohoidosta ja painehaavojen ehkäisystä ennen ensimmäistä perushoidon harjoittelua hoitoalan opiskelijoille. Toisena jatkokehitysideana voisi olla, että fysioterapiaopiskelija sekä sairaanhoitajaopiskelija tekisivät yhteistyössä opinnäytetyön asentohoidon toteuttamisesta painehaavojen ehkäisyssä.

Kieli
suomi

Sivuja 65
Liitteet 3
Liitesivumäärä 22

Asiasanat

asentohoito, ohjemateriaali, painehaavojen ehkäisy, sydämen vajaatoiminta,



THESIS
May 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358 13 260 600

Authors

Anni Puruskainen, Ulpu Remes

Title

Positional therapy and Prevention of Pressure Ulcers in Patients with Heart Failure – Guideline Material for Heart Centre Staff.

Commissioned by
Siun sote-Heart Centre

Abstract

The aim of positional therapy and positioning is to reduce pressure on the bony projections. The patient's position is changed every two hours, more often if it is necessary. Pressure ulcers are formed when a bone presses the skin and normal blood circulation is prevented. Usually, the pressure ulcers are formed on hips, lower back, buttocks, or heels.

The purpose of this practise-based thesis was to increase the competence of the nursing staff in positional therapy and observing the risk points. The aim was to produce guideline material for the nursing staff consisting of instructions and images laminated on A3-size paper.

The nurses thought the guideline material was useful. In their opinion, the instructions were clear, and the pictures were a good aid in everyday nursing. A development idea is to produce guideline material for nursing students on positional therapy and prevention of pressure ulcers, which they could study before the first-year practical training in basic care. The second development idea could be a thesis on positional therapy conducted together by a physiotherapy and a nursing student.

Language

Finnish

Pages 65

Appendices 3

Pages of Appendices 22

Keywords

Positional therapy, guideline material, pressure ulcer prevention, heart failure

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Sydämen vajaatoiminta	6
2.1	Oireet ja eteneminen	6
2.2	Sydämen krooninen vajaatoiminta	8
2.3	Sydämen akuutti vajaatoiminta ja keuhkopöhö.....	10
2.4	Elintavat ja lääkkeetön hoito	11
3	Painehaavat	12
3.1	Painehaavojen syntyminen	12
3.2	Painehaavojen ehkäisy	16
3.3	Painekartoitus ja arviointimenetelmät painehaavojen ehkäisyn kartoittamisessa .	19
3.4	Ihon kunnon arviointi ja ihon hoito painehaavojen ehkäisyssä	21
3.5	Ravitsemus painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa	23
4	Asentohoito ja sen merkitys painehaavojen ehkäisyssä	26
4.1	Asentohoidon tarkoitus.....	26
4.2	Mikroasentohoito.....	28
4.3	Potilaan ohjaus asentohoidossa.....	29
4.4	Apuvälineitä asentohoidon toteutuksessa	31
4.5	Vuodepotilaan asentohoito.....	33
4.6	Puoli-istuva asento vuoteessa.....	35
4.7	Liikehoito	37
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	38
6	Opinnäytetyön toteutus	38
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	38
6.2	Lähtötilanteen kartoitus	39
6.3	Opinnäytetyön eteneminen	41
6.4	Tuotoksen prosessi.....	42
7	Pohdinta.....	46
7.1	Ohjemateriaalin arviointi.....	47
7.2	Tuotoksen tarkastelu.....	49
7.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	51
7.4	Ammatillinen kasvu	55
7.5	Hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat	56
	Lähteet	58

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Ohjemateriaali

Liite 3 Palautelomake

1 Johdanto

Suomessa on vuosittain 55 000–85 000 potilaalla painehaava (Ahtiala, Kinnunen, Aaltonen & Roine 2017, 2615). Painehaavoja esiintyy noin 15 % potilailla vuonna 2017. Suomessa painehaavoista aiheutuneiden kustannusten arvioitiin olevan 500 miljoonaa euroa vuonna 2017. (Soppi 2017, 45.) Painehaavojen hoito on hyvin kallista, ehkäisy on huomattavasti halvempaa (Soppi 2010). Painehaavojen ehkäisyyn kustannukset ovat vain 10 % hoidon aiheuttamista kustannuksista, minkä vuoksi ehkäisyyn kannattaa panostaa (Soppi 2017, 45). Riskiryhmässä ovat vanhukset ja potilaat, joiden liikuntakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut, tai sairaus heikentää heidän kykyään kestää painehaavan syntyyn vaikuttavia voimia ja tekijöitä (Soppi 2012, 139).

Asentohoito on hoitajien yleisemmin tekemiä toimenpiteitä hoitolaitoksissa ja sairaalassa. Onnistuneen kuntoutumisen perustana toimii muun muassa onnistunut asentohoito. Asentohoidolla ennaltaehkäistään ihovaurioiden sekä nivelten virheasentojen syntyä. Lisäksi asentohoidolla edistetään potilaan hengitystä ja verenkiertoa. (Iivanainen & Kallio 2011.) Silloin, kun ihminen ei pysty itse aistimaan asentonsa mukavuutta sairauden, vamman tai liikuntakyvyttömyyden takia ja muuttamaan asentoaan itsenäisesti, hän tarvitsee toisen ihmisen apua. Potilaan kehon hahmottaminen on tällöin usein heikentynyt ja hänen on vaikeaa saada aikaan tarvittavaa liikettä asennonvaihtamiseen. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.) Vuodepotilaan asentoa ja painopistettä vaihdetaan niin, ettei luu-ulokekohtiin osu kohtisuoraa tai venytystä aiheuttavaa painetta ja raajat eivät painu toisiaan vasten (Soppi & Ahtiala 2012, 63). Asentohoidolla jäljitellään potilaan luonteista liikehdintää, jossa asennon siirrolla painopiste muuttuu, esimerkiksi vain kaksi senttimetriä (Pesonen-Sivonen 2018).

Tämä työ on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda uusia valmiuksia Siun soten Sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle asentohoidosta ja painehaavojen riskikohtien huomioimisesta asentohoidon yhteydessä (liite 1). Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Siun soten Sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle ohjemateriaali sydämen vajaatoimintapotilaan asentohoidosta ja painehaavojen ehkäisyyn huomioimisesta asentohoidossa.

2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta on sydämen pumppaustoiminnan häiriö, jossa sydän ei pysty pumppaamaan riittävästi verta elimistön tarpeisiin. Kyseessä on oireyhtymä, jonka taustalla on hankittu tai synnynnäinen sydänvika. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 243.) Yleisimmin sydämen vajaatoiminnan taustalla on sepelvaltimo- ja verenpainetauti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015).

2.1 Oireet ja eteneminen

Vuonna 2010 erityiskorvausoikeus sydämen vajaatoiminnan lääkitykseen myönnettiin noin 43 000 suomalaiselle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Vajaatoiminnan esiintyminen lisääntyy iän kasvaessa. Akuutti sydämen vajaatoiminta on eri selvitysten mukaan yleisin sairaalahoidon syy yli 65-vuotiailla ja potilaat ovat tyypillisesti melko iäkkäitä, keski-ikänsä noin 70-vuotiaita. 60–70 %:lla potilaista akuutin vajaatoiminta-oireen takana on kroonisen vajaatoiminnan paheneminen, jolloin oireita on voitu havaita jo päivien tai viikkojenkin ajan ennen sairaalahoitoon ajautumista. (Varpula & Majamaa-Voltti 2016 & Lommi 2016.) Vajaatoiminnan vaikeinta muotoa sairastavista potilaista 30–50 % menehtyy ensimmäisen vuoden kuluttua diagnoosista. Potilailla usein on samanaikaisesti myös muita merkittäviä sairauksia. Hyvällä lääkehoidolla pystytään merkittävästi lievittämään potilaan oireita ja parantamaan ennustetta. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Sydämen pumppaustoiminnan heikkeneminen johtaa kudosten hapenpuutteeseen eli hypoksiaan ja eri elinjärjestelmien toimintahäiriöön. Hapenpuute ilmenee potilaalla lihasten väsyvyytenä ja heikkoutena. Suorituskyvyn heikkeneminen raskautuksessa on varhaisimpia oireita, ja oireiden vaikeutuessa lopulta oireita on myös levossa. (Lommi 2013, 276.) Sydämen vajaatoiminnan vaikeutuminen vai-

keuttaa myös muiden sisäelinten toimintaa. Se voi olla potilaalla pitkään piilevänä, jolloin oireet puuttuvat kokonaan tai ilmenevät vasta voimakkaassa rasituksessa. Elimistö pyrkii normalisoimaan puutteellista verenkiertoa monella tavoin, kuten nopeuttamalla sykettä, supistamalla ääreisverenkiertoa ja kiihdyttämällä sydänlihassolujen kasvua. Oireiden ilmeneminen tarkoittaa sitä, että sydänsairaus on edennyt pitkälle eivätkä suojausmekanismit enää riitä. (Ahonen ym. 2012, 243.)

Sydämen vajaatoiminnan oireet ovat erilaiset riippuen siitä, kummalla puolella sydäntä vajaatoiminta ilmenee. Useimmiten potilaalla on sydämen vasemman kammion sairaus. Pääasiallisia oireita ovat hengenahdistus ja helposti väsyminen rasituksessa, mutta sairauden pahetessa oireet näkyvät myös levossa. Makuuasennossa oireet hankaloituvat, joten istuma-asento helpottaa oireita. Paino nousee nestekertymän seurauksena. Vajaatoiminnassa hengenahdistus ei siis ole keuhkojen vaan sydämen vika. Sydämen vasemman kammion pumppauskyvyn pettäessä potilaalle muodostuu keuhkopöhö, joka on hengenvaarallinen ja vaatii heti sairaalahoitoa. Sydämen vajaatoiminnan ollessa oikealla puolella tyypilliset oireet ovat turvotukset etenkin nilkoissa ja sääriissä ja lopulta myös ylävatsalla. Oireet johtuvat nesteen kertymisestä kudoksiin. Pitkälle edenneeseen vajaatoimintaan voi liittyä ruokahaluttomuutta ja pahoinvointia, mikä johtuu suoliston verenkierron häiriöstä. (Kettunen 2016.)

Sydämen vajaatoiminnalle ovat tyypillisiä toistuvat pahenemisjaksot, jotka yleensä vaativat sairaalahoitoa. Niiden välissä toimintakyky voi palautua hyvin myös pitkälle edenneessä sydämen vajaatoiminnassa. Jäljellä olevan elinajan arvioiminen on haastava ja siksi elämän loppuvaiheen hoitoon siirtyminen on vaikea ajoittaa. (Käypä hoito -suositus 2017.) Vaikeassa kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa tulee ajoissa selvittää potilaan hoitotahto. Sydämen vajaatoiminnan hoidon tavoitteet ovat kuolleisuuden vähentäminen, oireiden lievittäminen ja elämänlaadun parantaminen, ennaltaehkäisy, sydänlihaskasvun etenemisen ehkäisy, oireiden vaikeutumisen ehkäisy sekä sairaalahoidon tarpeen vähentäminen. (Lommi 2016.) Sydämen vajaatoiminnassa elämän loppuvaiheen hoito eli palliatiivinen hoito tulee kyseeseen silloin, jos vajaatoiminnasta

aiheutuvat oireet jatkuvat vaikeina tehokkaimmasta mahdollisesta hoidosta huolimatta. Tällöin ei useinkaan voida tehdä parantavia tai oireita helpottavia toimenpiteitä, joten hoidossa keskitytään parhaaseen mahdolliseen oireita lievittävään hoitoon. Sydämen vajaatoiminnan peruslääkitystä eli esimerkiksi diureetteja, sykkettä kontrolloivaa lääkitystä ei tule lopettaa, sillä se lievittää usein tehokkaasti myös oireita. Elämän loppuvaiheen hoitoon kuuluu lisäksi perustarpeista huolehtiminen, joita on esimerkiksi janon tunteen lievittäminen. Lisäksi ahdistusta ja kipua lievittävää lääkitystä olisi hyvä käyttää. Jos potilaalla on rytmihäiriötahdistin, olisi hyvä keskustella potilaan kanssa rytmihäiriötahdistimen pois kytkemisestä eli deaktivoinnista. (Lommi 2016.)

Sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheessa on tyypillistä, että sairaalahoitajaksojen määrän lisääntyä. Käypä hoito -suosituksen mukaan sydämenvajaatoiminta potilaan elämän viimeisen kuuden kuukauden aikana potilaat ovat keskimäärin 25 % ajastaan sairaalassa. Vajaatoiminnan kaikista hoitokustannuksista kolme neljäsosaa koostuu sairaalahoidosta. Lääkehoidon kehittymisen avulla sydämen vajaatoimintapotilaan ennuste on parantunut, mutta se on erityisesti iäkkäillä potilailla edelleen huono. Sydämen vajaatoiminta kehittyy sydänsairauksien loppuvaiheena, joten siihen sairastuneiden potilaiden kuolleisuus on edelleen hyvin suuri. (Käypä hoito -suositus 2017.)

2.2 Sydämen krooninen vajaatoiminta

Krooninen sydämen vajaatoiminta on pysyvä sydämen vajaatoiminta, joka voi muuttua akuutiksi nopeastikin (Ahonen ym. 2012, 243). Sydämen vajaatoiminta on lähes poikkeuksetta pitkäaikainen eli krooninen, vaikka potilas olisi vähäoireinen tai oireeton. Krooninen sydämen vajaatoiminta voi olla vakaaoireinen, mutta siinä esiintyy usein myös akuutteja pahenemisvaiheita. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Sydämen vajaatoiminta on oireyhtymä, jossa sydän ei kykene ylläpitämään riittävää verenkiertoa elimistön normaalitarpeisiin. Yleensä taustalla on useita erilaisia sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia, joista tavallisimpia ovat sepelvaltimo-

tauti, verenpainetauti ja läppäviat yksin tai erilaisina yhdistelminä. Pumpausvaja-
jus käynnistää elimistössä neurohormonaalisia sopeutumismekanismeja, jotka
verenkierron häiriön kroonistuttua voivat heikentää sydämen toimintaa entises-
tään. Sydämen vajaatoiminta voi aiheutua sydämen supistusvoiman heikkenemi-
sestä (systolinen vajaatoiminta) tai sydämen seinämien jäykistymisestä (diastoli-
nen vajaatoiminta) tai useimmiten näiden yhdistelmästä. Koko väestössä
systolista ja diastolista vajaatoimintaa on lähes yhtä paljon. Iäkkäillä (yli 80-vuo-
tiailla) diastolinen vajaatoimintamekanismi on yleisempi kuin systolinen. Hoita-
mattoman vajaatoiminnan ennuste on huono, olipa kyseessä systolinen tai dias-
tolinen vajaatoiminta. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Sydämen vajaatoiminnan diagnosoimisen tekee aina lääkäri. Lääkehoito taas on
keskeinen osa jatkohoitoa sydämen vajaatoimintaa sairastavalla. Sydämen va-
jaatoimintaa sairastavan potilaan hoito on kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitona on
optimaalinen lääkehoito ja elintapoihin kohdistuva yksilöllinen ohjaus. Tärkeintä
on, että vajaatoimintaa aiheuttavaa sairautta hoidetaan. (Ahonen ym. 2012, 248.)
Kohonnut verenpaine hoidetaan lääkityksellä, kuten diureeteilla ja ACE:n estä-
jillä. Sydänlihaksen iskemia (=kudoksen paikallista verettömyyttä) hoidetaan bee-
tasalpaajilla ja diureeteilla. Tärkeää on myös, että vajaatoimintaa laukaisevat te-
kijät, kuten anemia, keuhkoputkien kouristukset ja kilpirauhashäiriöt, korjataan.
Antikoagulanttihoito aloitetaan eteisvärinäpotilaille ja niille, joilla on ollut keuh-
koembolia. Vajaatoimintaa pahentavien lääkkeiden käyttö lopetetaan. Diastolisen
vajaatoiminnan hoidossa päämäärä on poistaa oireita vähentämällä kammion
täyttöpainetta ilman, että minuuttitilavuus pienenee. (Tilvis 2016.)

Tarpeen mukaan potilaalle tehdään erilaisia hoitotoimenpiteitä, kuten sydänleik-
kaus, pallolaajennus, katetriablaatiot, sydämen tahdistin tai rytminsiirrot mahdol-
lisimman aikaisessa vaiheessa sairauden ilmenemisen jälkeen (Ahonen ym.
2012, 248). Nesteenoistolääkkeet eli diureetit ovat sydämen vajaatoiminnan
hoidon peruslääkkeitä (Kettunen 2014). Nesteenoistolääkkeitä on useissa eri
lääkeryhmissä, kuten tiatsideissa ja niiden johdoksissa, lyhytvaikutteisissa loop-
diureeteissa sekä kaliumia säästävissä diureeteissa (Iivanainen & Syväoja 2012,
149). Furosemiidi on yksi käytetyimmistä nesteenoistolääkkeistä. Sitä voidaan
antaa suun kautta, mutta jos potilaalla on vaikeuksia nielaista tablettia tai sen

teho ei ole riittävä, lääkettä voidaan antaa myös injektiona tai infuusiona. (Duo-decim 2018.) Myös muilla lääkkeillä voi olla vaikutusta nestetasapainoon, kuten ACE-estäjillä ja AT-salpaajilla (Iivanainen & Syväoja 2012, 149).

2.3 Sydämen akuutti vajaatoiminta ja keuhkopöhö

Akuutti sydämen vajaatoiminta on sydän- ja verisuonisairaus, joka vaatii sairaalahoidon. Kyseessä on joko tuore, aiemmin diagnosoimaton vajaatoiminta tai kroonisen sydämen vajaatoiminnan pahenemisvaihe. Iäkkäillä potilailla diastolinen toimintahäiriö on tavallisempi, ja sitä pahentaa tyypillisesti tiheälyöntisyys. (Harjola 2016.) Akuutti sydämen vajaatoiminta ilmenee vaihdellen äkillisestä hengenahdistuksesta äkilliseen verenkierron romahtamiseen, joka voi olla potilaalle henkeä uhkaava. Pahimmillaan akuutti sydämen vajaatoiminta voi johtaa keuhkopöhöön. (Ahonen ym. 2012, 244.) Akuutti sydämen vajaatoiminta vaatii välitöntä diagnostista selvittelyä ja hoitoa, se on monitekijäinen oireyhtymä. Sepelvaltimotauti ja kohonnut verenpaine aiheuttavat yleisimmin akuutin sydämen vajaatoiminnan, ja se todetaankin yli puolella potilaista. Kolmanneksi yleisin vajaatoiminnan aiheuttaja on läppäviat. Akuutti sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa eri luokkiin. Niistä vaikeimpiin luokkiin kuuluvia ovat kardiogeeninen sokki, keuhkopöhö sekä oikean puolen vajaatoiminta. Lievempiin luokkiin kuuluvia ovat dekompensoitu, kongestiivinen vajaatoiminta ja hypertensiivinen vajaatoiminta. Akuuttiin sepelvaltimotautikohtaukseen liittyy kolmasosa tapauksista. (Harjola 2016.)

Potilasta hoidetaan ensiksi sydänvalvonnassa, jolloin häntä ei saisi jättää yksin hengenahdistuksen aiheuttaman tunteen ja sen aiheuttaman kuolemapelon vuoksi. Keuhkopöhön hoidon tavoitteena on elimistön hapen saannin ja sydämen työn helpottaminen. Tällöin CPAP-hoito (CPAP= Continuos Positive Airway Pressure) ja nitroinfuusio ovat tehokkaimmat hoidot. CPAP-hoito on kasvo- tai nenänaamarin kautta annettavaa jatkuvaa positiivista ilmatiepainehoitoa. CPAP-hoidon painetta säädellään hoitotavoitteiden toteutumisen perusteella. Se vähentää intubaation ja mekaanisen ventilaation tarvetta. CPAP-hoito hidastaa laskimopaluuta ja vähentää sen avulla sydämen kuormitusta. (Ahonen ym. 2012, 236–237.)

Ensivaiheen hoitoon kuuluvat tarvittaessa lisähapen anto ja CPAP-hoito. Verisuonten laajentamiseen käytetään lääkehoitona nitraattia sekä furosemidia laskimonsisäisin kerta-annoksin ja tarvittaessa jatkuvana infuusiona. Oireenmukaiseen hoitoon voidaan potilaalle antaa opioideja. Esimerkiksi levosimendaania voidaan käyttää erityishoitona tilanteissa, joissa potilas ei reagoi ensivaiheen hoitoihin. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että vajaatoiminnan syyt ja pahentavat tekijät on hoidettu. Edellytyksinä tehohoidolle ja laitehoidoille on, että potilaalle tarjotaan parantavaa hoitoa tai tällöin sydämen toimintahäiriö katsotaan tilapäiseksi. (Harjola 2016.)

2.4 Elintavat ja lääkkeetön hoito

Potilaan turvotuksien tarkkaileminen on tärkeää. Lääkärin käsikirjassa (2017) ohjeistaa, että on tunnistettava jalkojen turvotusten mukaan nopeaa hoitoa vaativat tekijät, joita ovat muun muassa syvä laskimotukos ja sydämen vajaatoiminta. Turvotuksia hoidetaan sydämen vajaatoimintaa sairastavalla ensisijaisesti lääkityksellä. (Duodecim 2017.) Lääkehoidon rinnalla potilaan elämäntapamuutoksiin on kannustettava. Liikunnan ja levon tasapainolla, painon tarkalla hallinnalla, alkoholin käytön kohtuullistamisella ja terveellisellä vähäsuolaisella ja riittävästi rautaa sisältävällä ruokavaliolla on erittäin tärkeä merkitys. Sydämen vajaatoiminta on vakava elinikäinen sairaus, ja tämän vuoksi potilaan valoisan mielialan ylläpitäminen ei ole aina helppoa. Lääkärin ja muiden ammattihenkilöiden tuki ja kestävä hoitosuhde, läheisten mukana olo ja vertaistuki ovat tärkeä osa hoitoa. (Kettunen 2016.)

Akuutin hoidon jälkeen potilaan hoidossa painottuvat potilaan ohjaus ja seuranta. Potilasta tuetaan omahoitoon ja omaseurantaan. Sairaanhoitajan rooli osastolla on ohjauksessa merkittävä, koska sairaanhoitaja lisää potilaan tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta ja pyrkii lisäämään hoitomyöntyvyyttä ja hoitoon sitoutumista. Sairaalassa sairaanhoitaja seuraa potilaan verenpainetta, pulssia, painoa ja nautitun nesteen määrää potilaan puolesta ja ohjaa potilasta tekemään nämä itse. Potilasta tuetaan hänen valitsemassaan elintapamuutoksessa. Tärkeää on,

että suolan ja runsasta nesteiden käyttöä pyritään vähentämään ja potilasta rohkaistaan ylläpitämään säännöllistä fyysistä aktiviteettia, kuten kävelemään. (Ahonen ym. 2012, 248; Tilvis 2016.) Potilaalla nesterajoitus (noin 1.5–2 l) vaikeassa vajaatoiminnassa vuorokautta kohden (Lommi 2016). Avohoidossa potilasohjaus jatkuu seurantakäynneillä omahoitajan ja omalääkärin kanssa (Ahonen ym. 2012, 248; Tilvis 2016).

3 Painehaavat

Painehaava kehittyy useimmiten kahden ensimmäisen sairaalahoitoviikon aikana. Iäkkäistä potilaista 15 % saa painehaavan ensimmäisen hoitoviikon aikana. 70 % painehaavapotilaista on yli 70-vuotiaita. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.) Painehaavat eli makuuhaavat syntyvät erityisesti vuodepotilaille, jotka eivät pysty vaihtamaan itse asentoaan tai joutuvat olemaan pidempiä aikoja vuoteessa. Painehaavan muodostumiseen vaikuttaa olennaisesti kudosten puutteellinen verenkierto. Vaikeita sairauksia potevat ja hyvin iäkkäät potilaat ovat erityisen suuressa riskiryhmässä saada painehaavoja. Noin joka kymmenes pitkäaikaista hoitoa tai hoivaa tarvitsevalla potilaalla on painehaava. (Lumio 2017.)

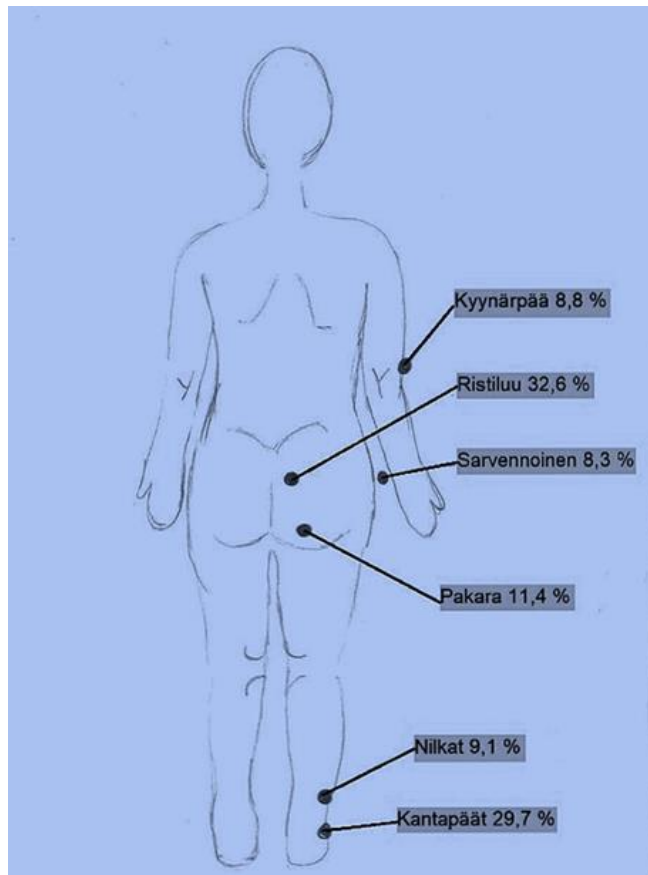
Tässä työssä olemme käyttäneet muutamia lyhenteitä. Selvennyksen vuoksi avaamme tähän käyttämämme lyhenteet. Olemme käyttäneet National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) -suosituksia eli kansainvälisiä painehaavan hoitosuosituksia sekä European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) -suosituksia eli Euroopan painehaavan hoitosuosituksia. Työssä käytetyt painehaavasuositukset ovat näyttöön perustuvia suosituksia, jotka ovat kehittäneet NPUAP, EPUAP ja Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).

3.1 Painehaavojen syntyminen

Painehaavat ovat yleisin kudოსvaurio, ja ne aiheuttavat kipua, huonontavat elämänlaatua, lisäävät infektioalttiutta, kuolemanvaaraa, hoitohenkilökunnan työtaakkaa sekä aiheuttavat vuosittain huomattavia kustannuksia. Painehaavojen

syntymekanismi on hyvin monimutkainen kokonaisuus; haavat syntyvät erilaisilla mekanismeilla ja eriasteisesti. Olisi hyvä muistaa, että painehaava voi syntyä hyvin nopeasti, jopa leikkauksen tai päivystyksessä odotuksen aikana. Painehaavojen syntymistä on mahdollista estää. Niiden riski pitäisi tiedostaa kaikkialla hoito-organisaatioissa. Pelkästään taloudellisista syistä johdon tulisi rohkaista henkilökuntaa ottamaan vastuuta painehaavojen päivittäisestä ehkäisystä ja niihin liittyvien apuvälineiden käytöstä. (Soppi 2010.)

Painehaava muodostuu iholle, jossa luu painaa ihoa ja normaali verenkierto estyy. Tavallisimmin painehaavat muodostuvat lonkkiin, alaselkään, pakaroihin tai kantapäihin (kuva 1.). Useiden päivien vuoteessa oleminen aiheuttaa painehaavan syntymisen ja joskus painehaava voi syntyä jo muutamassa tunnissa. Ensimmäinen merkki painehaavasta on painekohdan punoitus iholla, jonka jälkeen kudoksiin tulee turvotusta ja lopuksi muodostuu ihorikko. Painehaava aiheuttaa useimmiten potilaalle vähintään jonkin verran kipua. (Soppi 2012, 139.) Painehaavariskissä olevia ihoalueita ei saa hieroa tai hangata voimakkaasti, koska hieronta voi kivun lisäksi aiheuttaa lieviä kudonvaurioita tai aiheuttaa tulehdusreaktioita erityisesti haurasihoisilla iäkkäillä ihmisillä. (EPUAP & NPUAP & PPPIA 2014, 17.)



Kuva 1. Painehaavojen riskissä olevat painopisteet potilaan maatessa vuoteessa selällään. Painehaavojen esiintyvyyalueet kuvattu prosenttein. (Mukaiillen Dealey 2005, 139.)

Painehaavat jaetaan neljään eri asteeseen: I luokka/aste, II aste, III aste ja IV aste. Ensimmäisen asteen painehaavassa on potilaalla ehjä iho, jossa on vaale-nematonta punoitusta paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Tällöin alue voi olla kivulias, kiinteä, pehmeä tai ympäröivää kudosta lämpimämpi tai viileämpi. Toisen asteen painehaavassa potilaalla on ihon pinnallinen vaurio. Se ilmenee iholla pinnallisena avoimena haavana, jossa on punainen tai vaaleanpu-nainen haavapohja. Tällöin painehaavassa ei ole kätteisuutta. Toisen asteen painehaava voi olla myös ehjänä tai rikkoutuneena, kudosnesteiden täyttämänä rak-kulana. Se voi ilmetä myös kiiltävänä tai kuivana, pinnallisena haavana, jossa ei ole kätteisuutta tai mustelmaa. (EPUAP, NPUAP & PPIA 2014, 12.)

Kolmannen asteen painehaavassa potilaalla on jo koko ihon vaurio. Kyseessä on koko ihon läpäisevä kudosvaurio. Tällöin subkutaaninen rasva voi olla näkyvissä, mutta luu, jänne ja lihas eivät ole paljaana. Kolmannen asteen painehaavassa

katteisuutta voi esiintyä, mutta se ei estä havaitsemasta haavan syvyyttä. Haavassa saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Luu tai jänne ei ole näkyvissä eikä suoraan palpoitavissa. Neljännen asteen painehaavassa on jo vaurio koko ihon ja ihonalaiskudoksen paksuudelta. Kyseessä on koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vaurio, jolloin luuta, jännettä tai lihasta on paljaana. Katteisuutta tai kudoksen nekroosia saattaa esiintyä. Haavassa on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Neljännen asteen painehaavat voivat ulottua lihakseen ja/tai tukikudoksiin (esimerkiksi faskia, jänne tai nivelkapseli) saakka, jolloin myös osteomyeliitti ja osteiitti ovat mahdollisia. Paljastunut luu tai lihas on näkyvissä tai suoraan palpoitavissa. (EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 12.)

Suurimmassa painehaavan riskiryhmässä ovat vaikeasti sairaat ja akuutisti tai pitkäaikaisesti liikuntarajoitteiset potilaat, joilla on kiputunnon häiriöitä sairaudesta tai lääkityksestä johtuen (Soppi & Ahtiala 2012, 63). Painehaavojen riskitekijöitä ovat liikkumattomuus, ihon kosteustasapaino, vanhuus, ylipaino tai alipaino, vajaaravitsemus, tuntopuutokset, sairaus, lämpötilan lasku sekä rauhoittavat lääkkeet. Liikkumattomuus voi johtua esimerkiksi sairauden tuoman toimintakyvyn laskusta, leikkauksesta tai tehohoito- tai sydämenvalvontatasoisesta hoidosta, jolloin potilas ei saa liikkua. (Turtiainen 2018.) Ihon kosteustasapainoon vaikuttavat potilaan hikoilu, hiostavat materiaalit, haavaeritys ja inkontinenssi (Turtiainen 2018; EPUAP & NPUAP & PPPIA 2014,16).

Ikä tuo potilaalle aina lisää riskitekijöitä saada painehaava, koska vanhuksella voi olla heikko yleistila sekä tapahtuu ikääntymisen tuomia kudoksen muutoksia. Lisäksi iäkkäällä potilaalla voi olla liikerajoituksia. Jo ikä itsessään tuo potilaalle lisääntyneen sairastuvuuden. Ylipaino tai alipaino ovat myös riskitekijä painehaavalle, mutta potilaan koko ei määritä painehaavan syntyä. Muita riskitekijöitä ovat vajaaravitsemus, lämpötilan lasku, esimerkiksi leikkauksen tai toimenpiteen aikana. Yksi riski on myös potilaan tuntopuutos, esimerkiksi hermovaurio eli suojatunnon puute. Myös valtimonkovettumistauti eli Aso-tauti tai diabetes lisäävät potilaan riskiä saada painehaavoja. Potilaan lääkitseminen lisää myös potilaan riskiä saada painehaavoja, esimerkiksi runsaat kipulääkkeet tai rauhoittavat lääkkeet. Tällöin potilas ei lääkkeiden vaikutuksen alaisena välttämättä osaa muuttaa asentoaan luonnollisesti. (Turtiainen 2018.)

Potilaan tullessa hoitoon pitäisi häneltä ensimmäisenä katsoa jaalat riskikohtia tarkastaessa. Ihomuutokset (väri, kuumotus) ovat tavallisesti selvästi näkyvissä esimerkiksi vaippa alueelle. Myös potilaan nilkat olisi hyvä tarkistaa, koska siellä tapahtuu pienien laskimoiden verkoston laajeneminen välittömästi keskellä nilkaluita. Tällöin nilkassa voi olla myös turvotusta. Jalan ja nilkan pitäisi tuntua lämpimältä koskettaessa. Haavaumaa ympäröivä iho voi olla hauras ja siinä voi olla ihottumaa. (Dealey 2005, 147.)

Pidemmälle edetessään ihorikosta kehittyy vaikeasti hoidettava kraatterimainen syvä haava, johon vielä tulee usein bakteeri-infektio (Lumio 2017). Myös muut tekijät vaikuttavat painehaavojen syntymiseen. Painehaavojen syntymistä on aiemmin pidetty kroonisina tiloina ja niiden syntymisen onkin ajateltu johtuvan hoidon laadusta ja potilaan perus- ja asentohoidon epäonnistumisesta. Tämän vuoksi ongelmaa kielletään ja vähätellään. (Soppi 2012, 139.) Yleisenä ongelmana on, että useassa hoitolaitoksessa tai yksikössä on hoitaja- ja materiaali-pula. Hoitohenkilökunta haluaa tehdä parhaansa, mutta kun henkilökuntamäärä suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen ei kohtaa, niistä tulee ongelmia. (Ahtiala 2017, 47.)

3.2 Painehaavojen ehkäisy

Painehaavaongelmien ratkaisussa parhaimpana ja halvimpana ratkaisuna pidetään ehkäisyä. (Soppi 2010). Painehaavojen aiheuttamien kustannusten Suomessa arvioitiin vuonna 2017 olevan 500 miljoonaa euroa. Suurimmiksi kustannuksiksi arvioitiin tuolloin henkilöstökustannukset, haavanhoitotarvikkeet sekä havaitsematta jääneet potilasvahingot. Ehkäisyyn kustannukset ovat kuitenkin vain 10 % näistä hoidon aiheuttamista kustannuksista, minkä vuoksi ehkäisyyn kannattaa panostaa. Suomessa erityisesti ylimmän johdon sitoutuminen painehaavojen ehkäisyyn sekä painehaavojen havaitsemisjärjestelmä ovat tärkeitä asioita. 60 % potilaiden painehaavoista oli havaitsematta ennen ammattihenkilöstön tekemää riskikartoitusta. Sopen mukaan investoimalla painehaavojen ehkäisyyn säästettäisiin terveystaloudessa tulevaisuudessa huomattavasti. (Soppi 2017, 45.)

Koivunen, Luotola, Hjerppe, Kauko ja Asikainen tekivät ”Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyosaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle” -tutkimuksen vuonna 2016. Ennen tutkimuksen tekemistä tiedettiin, että hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyn liittyvä osaaminen oli kohtalaisella tasolla, mutta osaamisessa oli myös puutteita. Hoitohenkilökunnalle suunnattu koulutus on merkittävä tekijä painehaavojen ehkäisyssä. Esimiesten sitoutuminen, selkeät ohjeistukset ja yleinen asenneilmapiiri ovat yhteydessä siihen, miten painehaavojen ehkäisytoimenpiteet onnistuvat organisaatiossa. (Koivunen, Luotola, Hjerppe, Kauko & Asikainen 2017, 52.)

Tutkimuksessa selvisi, että suomalaisessa erikoissairaanhoidossa hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyyn liittyvä osaaminen on samantasoinen kuin kansainvälisesti. Haavahoidon asiantuntijan näyttöön perustuvalla koulutuksella voidaan tukea hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyosaamista. Koulutukseen osallistuneiden hoitajien osaaminen oli intervention jälkeen hieman parempi kuin heidän, jotka eivät osallistuneet koulutukseen. Koulutukseen kuului 24 kertaa painehaavojen ehkäisyyn liittyvää koulutusta sekä Braden-riskimittarin käyttökoulutusta 36 kertaa. Tutkimuksen avulla tuotettiin tietoa, jonka avulla on mahdollista kehittää hoidon laatua. Hoitotyön esimiesten ja johtajien tulee seurata potilaiden painehaavariskiä ja painehaavojen esiintyvyyttä arvioiden hoidon laatua. Tutkimuksen mukaan hoitotyön johtajien tulisi suunnitella huolella systemaattinen toimintamalli ja kirjaamiskäytäntö painehaavojen ehkäisemiseksi sekä liittää näihin näyttöön perustuva koulutus. Lisäksi tutkimuksessa suositeltiin, että hoitotyön opetuksessa tulisi kiinnittää huomiota hoitotyön opiskelijoiden painehaavojen ehkäisyyn ja hoidon periaatteiden oppimiseen. (Koivunen, Luotola, Hjerppe, Kauko & Asikainen 2017, 52.)

Akuutti sairastuminen tai liikuntakyvyn rajoittuminen lisäävät hyvin nopeasti painehaavan riskiä. Tämä onkin lähtökohta painehaavojen ehkäisyyn ymmärtämiselle. (Soppi 2014). Ehkäisevät toimenpiteet voidaan jakaa seuraavasti: riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tunnistaminen, asentohoito, painetta vähentävien alustojen käyttäminen ja ravitsemushoito (Joanna Briggs instituutti 2008). Painehaavojen ehkäisy perustana on asennon vaihtaminen kahden tunnin välein.

Kahden tunnin säännölle ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan tieteellistä näyttöä. (Soppi 2016.) Potilaan asentoa tulisi vaihtaa useammin, jos potilaan käytössä on painetta jakamatonta patjamateriaalia. Potilaan liikuntakyky, kudosten siertokyky ja ihon kunto määrittävät potilaan asennonvaihtotiheyden. (EPUAP & NPUAP 2009.) Sopen ja Ahtialan (2012, 64.) mukaan huolehditaan potilaan asentohoidosta, ravitsemustasapainosta, ihon kunnosta ja eritysten aiheuttaman kosteuden hallinnasta. Painehaavan hoidossa käytetään samoja periaatteita kuin ennaltaehkäisyssä.

Potilaat, jotka tarvitsevat ehkäiseviä toimenpiteitä, tulisi löytää numeraalisella työkalulla tehtävään riskin arvioimiseen. Tämä työkalu pisteyttää painehaavan kehittymisen merkittäviä tekijöitä tai potilaan ominaisuuksia. Painehaava voidaan määrittellä kahdella eri tavalla; luu-ulokkeen kohdalla esiintyväksi ihon ja tai ihonalaisen kudoksen paikalliseksi vaurioksi, jonka aiheuttaa kudokseen kohdistuva paine tai venytys tai näiden tekijöiden yhdistelmä. (EPUAP & NPUAP 2009; Soppi 2012, 139.)

Happi- ja CPAP-naamari olisi hyvä tarkistaa säännöllisesti. Olisi hyvä huomioida CPAP-naamaria laittaessa, että naamari on tiiviimpi reunuksen ollessa melko pehmeä. Naamarin ja hihnojen aiheuttamien painehaavaumien syntyä pystytään estämään, kun pehmustetaan nenänselkä, posket ja korvat. (Lönn & Pajunen 2017, 52–54, Turtiainen 2018.) Noninvasiivisen ventilaatiohoidon (NIV) käyttöön liittyy myös painehaavariskejä. Naamarin ja kiinnitysremmit voivat aiheuttaa painehaavaumia potilaalle. Naamarin istuvuutta olisi hyvä tarkistaa, jolloin vaihdetaan tarvittaessa naamarin kokoa ja säädetään pääremmiä sekä ehkäistään ihon painuminen nenänselässä, poskilla ja korvanlehdissä. Painehaavaumien ehkäisemiseksi NIV-hoidossa pidetään mahdollisuuksien mukaan taukoja, sekä käytetään pehmusteita. (Lönn 2017, 55–56.)

Ventilaatiohoidon maskityyppiä suositellaan vaihdettavan yli kolme vuorokautta kestävien hoitajaksojen aikana. Painehaavoja ehkäistään valitsemalla nenää painamaton maski. Jos potilaalle joudutaan laittamaan nenää painava maski, se täyttyy asettaa mahdollisimman kevyesti mutta tiiviisti, jotta potilas saa tarvitsemansa

hengitystuen. Nenän suojana voi käyttää hankausta ehkäiseviä haavahoitotuotteita, jotka tulee muotoilla siten, että painetuellinen lisähappi ei pääse karkaamaan maskin alta. (Ahtiala, Kinnunen, Aaltonen & Roine 2017, 2614–2615.)

Painehaavojen ehkäisy esimerkiksi siirtokuljetuksen aikana vaatii erityistä huomiota. Potilaalle voi muodostua ensimmäisen asteen painehaava esimerkiksi neljän tunnin siirtokuljetuksen aikana. Kantapäät tulee huomioida kuljetuksen aikana nostamalla kantapäät irti patjasta, esimerkiksi tyynyjen avulla. Tällöin polvet tulee pitää pienessä fleksiossa ja on huolehdittava, että tyynyt eivät paina potilaan akillesjännettä. (Ahtiala ym. 2017, 2614–2615.)

3.3 Painekartoitus ja arviointimenetelmät painehaavojen ehkäisyn kartoittamisessa

Erittäin korkean painehaavariskin ryhmään kuuluvat automaattisesti potilaat, joilla on ollut joskus painehaava tai heillä on painehaava tällä hetkellä. Riskimitarin käyttöön tulee yhdistää aina kokonaisvaltainen kliininen arvio. Riskiarvion tarkoituksena on tunnistaa painehaavojen ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevat potilaat. (Soppi & Ahtiala 2012, 62.)

Alustan ja kehon välinen painejakauma voidaan määrittää ja havainnollistaa painekartan avulla. Siitä näkyvät riskialueet, joille painehaava todennäköisimmin syntyy. Painehaavan kehittymisen riskejä ja hoitokustannuksia voidaan vähentää painekartoituksen avulla. Tämän avulla voidaan myös edistää patjojen kehitystä ja sitä kautta potilaiden hoitoa voidaan helpottaa. Kliinisessä päätöksenteossa on mahdollista hyödyntää painekartoitusjärjestelmän ominaisuuksia. (Kärki, Lehto & Jukkala 2006, 671–676.)

Care bundle SSKIN muodostuu sanoista Surface - Skin - Keep moving - Incontinence - Nutrition. Tätä pidetään muistisääntönä painehaavan ennaltaehkäisyssä, ja se tulisi ottaa käyttöön jokaisen painehaavariskissä olevalle potilaalle. Painehaavojen ehkäisyssä muistisääntöä voidaan hyödyntää hoitointerventioiden suunnittelussa ja kirjaamisessa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Arviointimenetelmiä on kymmeniä, joista kliiniseen työhön suositeltavat mittarit ovat validoituja

(Soppi 2010). Painehaavalle altistavien tekijöiden tunnistamiseksi on kehitetty useita riskimittareita (engl. Risk Assessment Scales), jotka on ensisijaisesti tarkoitettu akuutti- tai pitkäaikaishoidossa oleville aikuispotilaille. Mittarit ovat vain osa riskin arviointia, ja tämän vuoksi yksikään mittari ei pysty täysin ennustamaan potilaan vaaraa saada painehaava. (Hietanen 2013, 312–313.)

Erityisesti painehaavariskiryhmään kuuluvia potilaita ovat muun muassa tajuttomat potilaat, spastiset potilaat, monivamma potilaat ja sydänvalvontapotilaat. Painehaavan riskimittari auttaa tunnistamaan riskiryhmään kuuluvat potilaat, auttaa hoitajaa valitsemaan parhaimman hoidon sekä yhtenäistää kirjaamista. Laskettaessa potilaan riskipisteitä, käydään riskimittarilla läpi jokainen osa-alue ja merkitään ylös niiden pistemäärät. Lopuksi lasketaan yhteispistemäärä. Niiden perusteella arvioidaan, onko potilaalla korkea, keskimääräinen vai matala riski saada painehaava. Potilaan saadessa suuret pistemäärät, potilaan riski saada painehaava pienenee. Vastaavasti pieni pistemäärä kertoo, että potilaalla on suuri riski saada painehaava. Potilaan riskipisteet tulisi laskea aina, kun hoitajakso alkaa tai kun potilaan tilanteeseen tulee muutoksia. Tunnetuimpia riskimittareita ovat Norton ja Braden. (Iivanainen & Syväoja 2008, 524–526.) Joanna Briggs instituutin julkaisema tutkimusnäyttöön perustuvan hoitosuosituksen mukaan Bradenin riskiluokitus on luotettavin mittari painehaavojen riskinarviointiin (Joanna Briggs instituutti 2008).

Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk eli suomeksi Bradenin riskimittari on Bradenin ja Bergströmin kehittämä riskimittari vuodelta 1988, sitä on kansainvälisesti tutkimuksissa eniten testattu ja se on todettu luotettavimmaksi painehaavariskin kuvaajaksi. Mittari ennustaa painehaavariskiä erityisesti akuutisti sairastuneilla. Mittarin asteikko koostuu kuudesta eri osatekijästä: tuntoaistista, kosteudesta, aktiivisuudesta, liikkuvuudesta, ravitsemuksesta sekä kitkasta ja kudosten venymisestä. (Hietanen 2013, 313.) Suomessa käytettävän Braden-riskimittarin sekä Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksen mukaan toimintaohjeena on, että potilaan painehaavariski-arviointi tehdään heti potilaan saavuttua hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluttua. Lisäksi olisi hyvä tehdä uusi arvio aina, kun potilaan tilanne muuttuu tai kerran viikossa. Arvio olisi tehtävä myös silloin, kun poti-

las siirtyy toiseen hoitopaikkaan tai kotiutuu. (Bradenscale 2016; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015; Joanna Briggs instituutti 2008.) Bradenin riskipisteet vaihtelevat eri osa-alueilla yhdestä neljään, paitsi hankauksesta ja venyttämisestä, joissa pisteitä voi saada 1–3. Korkein pistemäärä Bradenin riskimittarilla on 23. (Iivanainen & Syväoja 2008, 526.)

Vanhin käytössä oleva riskiluokitusmittari on The Norton Scale eli Nortonin asteikko vuodelta 1962. Se koostuu viidestä osatekijästä: fyysisestä kunnosta, henkisestä tilasta, toiminta- ja liikuntakyvystä ja inkontinenssista. Mittaria kehitettiin vuonna 1987 niin, että siihen lisättiin ruuan ja juoman saanti sekä yleinen terveydentila. (Hietanen 2013, 313.) Nortonin riskimittari on todettu tutkimuksissa käytökelpoiseksi vanhuspotilaille. Mittarin suurin pistemäärä on 20 ja pienin 5. Jos potilaan pisteet ovat vähemmän kuin 12, hän on korkean riskiryhmän potilas, ja jos pistemäärä on alle 15, kyseessä on riskipotilas, jonka alttius saada painehaava on lisääntynyt. (Iivanainen & Syväoja 2008, 526.)

3.4 Ihon kunnan arviointi ja ihon hoito painehaavojen ehkäisyssä

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tulisi olla toimintaohje painehaavariskin arviointiin, johon sisältyy ihon ja kudosten arviointimenettely. Hoitoyksikössä tulisi sopia ihon arviointikäytänteet: havaintojen paikantaminen kehon eri osiin ja hoitoprosessin eri vaiheissa tulisi tehdä arviointi ihon kunnosta. Riittävä osaaminen tulee varmistaa henkilökunnan koulutuksella kokonaisvaltaiseen ihon ja kudosten arviointiin, joita ovat esimerkiksi vaalenevan tai vaalenemattoman ihon punoitus, paikallisen ihon kuumotus, turvotus sekä kudosten kovettumisen tunnistaminen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.) Haavanhoitajaa tulee konsultoida kaikkien painehaavojen kohdalla. Kolmannen ja neljännen asteen painehaavat vaativat plastiikkakirurgin arvioita. (Soppi & Ahtiala 2012, 64.)

Kahdeksan tunnin kuluessa hoitoon saapumisesta ihon kunto tulisi tarkistaa ja potilaan painehaavariski tulisi määrittää. Nämä tulokset tulee kirjata. Myös asento-ohjauksen toteuttamisesta tehdään kirjattu suunnitelma. (Soppi 2014.) Esimerkiksi kotihoidossa arviointi tehdään yleensä ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä. Iho arvioidaan painehaavariskin arvioinnin yhteydessä yksilöllisen hoitosuunnitelman

mukaisesti ja aina potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan tai kotiutuessa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Potilaan iho tulee tarkistaa vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa, jos iho on kosketuksessa lääkinällisen laitteen kanssa, tai jos potilas on herkkä elimistön nesteen jakautumisen muutoksille ja/tai näkyy merkkejä paikallisesta tai yleistyneestä turvotuksesta. Elimistön nesteen jakautumisen muutokset tai hypoproteinemia (elimistön veressä on poikkeuksellisen alhainen proteiinimäärä) voivat aiheuttaa paikallisen tai yleistyneen turvotuksen. Turvotuksen seurauksena alkuvaiheessa potilaalle hyvin sopinut lääkinällinen laite alkaa turvotuksen lisääntyessä painamaan potilaan ihoa, mikä johtaa painehaavan kehittymiseen. Lisäksi lääkinällisen laitteen, esimerkiksi happimaksin, alle voi muodostua kosteutta. Tämä altistaa painehaavalle tai ärsytysihottumalle. (Heikkinen 2018; EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 16.)

Luu-ulokkeiden ja punoittavien kohtien suojaksi, ihon rikkoutumisen ehkäisemiseksi ja kitkan vähentämiseksi voidaan käyttää ohuita haavanhoitotuotteita. Näitä ovat esimerkiksi läpinäkyvät kalvot, ohuet hydrokolloidi- ja polyuretaanivaahasidokset. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.) Alkuvaiheen muutokset olisi tärkeää havaita ajoissa, koska välittömällä painehaavan ehkäisevillä toimilla voidaan estää painehaavan paheneminen. Ihon kunnon tarkkailua tehdään huomioimalla ihon paikallinen punoitus ja sen vaaleneminen painettaessa. Ihoaluetta tunnustellaan päivittäin käsin. Tunnustelemalla havainnoidaan ihoalueen kuumotusta, turvotusta tai ihon alaisen kudoksen kovettumista. (Hietanen 2013, 326.) Ihon havainnoinnissa voi käyttää niin kutsuttua vitaalireaktiota eli sormella painamista. Painetaan sormella punoitusaluetta kolmen sekunnin ajan ja vaalenemista arvioidaan, kun painaminen lopetetaan. (NPUAP, EPUAP & PPPIA 2014, 14–15.)

Hyvä hygienia edistää ihon pysymistä ehjänä. Ihon rasvaaminen hoitaa ja suojaa kuivaa ihoa. Terveen ja ehjän ihon rasvaaminen ei ole välttämätöntä. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.) Päivittäinen ihonpuhdistus on tärkeää. Iho on tärkeää pitää kuivana. Ihon kosteusvauriota hoidetaan poistamalla liiallisen kosteuden syyt. Vaatteet ja lakanat tulee oikaista, jottei niihin jää ryppyjä. Samalla tarkistetaan, että ne ovat kuivat. Vaatteet ja vuodevaatteet tulisi vaihtaa hikoilevalta niin usein

kuin mahdollista, koska ihon tulisi pysyä kuivana. Muovien sekä hengittämättömien tekokuituisten vaatteiden käyttöä tulisi välttää. Patjan tulisi päästä välillä viilenemään, ja asentoa vaihdetaan sen mukaisesti. (Hietanen 2013, 326.)

Ihon tarkastus tulee tapahtua säännöllisesti ja tarkastuksen laajuus määritetään yksilön tilan muutoksien mukaan, joko heikkenemisen tai palautumisen mukaan. Ihon tarkastuksen tulisi perustua kunkin potilaan haavoittuvimpien riskialueiden arviointiin. Nämä ovat tyypillisesti kantapäät, takapuoli, lonkan alue sekä kehon osat, joihin vaikuttavat antiemboliset sukat tai eri ruumiinosat, joissa painetta tai kitkaa kohdistuu yksilön päivittäiseen toimintaan. (Dealey 2005, 131.) Lisäksi iho pitäisi tarkistaa niistä ruumiinosista, joissa on laitteiden ja/tai vaatteiden aiheuttama ulkoista painetta. Näitä ovat esimerkiksi kyynärpäät tai olkapäät, kalloa koskevat alueet esimerkiksi silmäkulmissa ja ohimoilla. Lisäksi pitäisi tarkistaa vuodepotilaan pään takaosa sekä paljon vuoteessa olevan potilaan varpaat. Muut alueet tulisi tarkastaa potilaan tilan edellyttämällä tavalla. Jos potilas kykenee tarkastamaan itsenäisesti ihonsa, sitä olisi kannustettava tekemään säännöllisesti sairaanhoitajan ohjaamalla tavalla. Esimerkiksi pyörätuolissa olevien henkilöiden tulisi käyttää peiliä tarkastelemaan alueita, joita he eivät näe helposti tai muista tarkastaa. (Dealey 2005,131.)

Terveystieteiden ammattilaisten tulisi olla tietoisia seuraavista merkeistä, jotka voivat viitata alkuvaiheen haavojen kehittymiseen. Näitä ovat pysyvä punoitus iholla, rakkulat, värimuutokset, paikallinen lämpö tai turvotus ihon alueella tai paikallinen kovettuminen. Myös niitä alueita, joissa on tummaa pigmentoitunutta ihoa tai sinertäviä paikallisia ihon alueita tulisi tarkkailla. Ihossa voi myös tällöin esiintyä paikallisesti lämpöä vaurioituneella alueella tai turvotusta. Näissä tilanteissa ihon muutokset on kirjattava potilaan tietoihin välittömästi. (Dealey 2005,131.)

3.5 Ravitseminen painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa

Hoitotyön tutkimussäätiö on tehnyt vuonna 2015 suositukset painehaavan ehkäisylle ja niiden tunnistamiseen aikuispotilaan hoitotyössä. Suositusten mukaan huono ravitsemustila tai vajaaravitseminen voi olla yksi riskitekijä painehaavojen

synnyssä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15.) Ravitsemuksesta huolehtiminen on tärkeää kudosten vahvistajana. Erityisesti potilaan ravinnossa on oltava riittävästi proteiinia (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15; Lumio 2017), koska puutteellinen proteiinin saanti vähentää kollageenin synteesiä ja vähentää haavan vetolujuutta sekä hidastaa haavan sulkeutumista. Haavan paraneminen vaatii erityisesti riittävää proteiinin saantia, mutta myös hiilihydraattien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saaminen on tärkeää. Painehaava itsessään altistaa potilaan vajaaravitsemuksen kehittymiselle. Heikko ravitsemustila lisää painehaavariskiä potilaalla, minkä takia ravitsemuksella on suuri merkitys potilaan hoidossa. Viivästynyt ravitsemuksen tehostaminen vaikuttaa merkittävästi painehaavan syntymiseen varsinkin erityisryhmillä, kuten sydämen vajaatoimintaa sairastavalla. Vajaaravituista potilaista 39 prosentilla oli painehaava. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15.)

Laadukas ravinto ja potilasruokailun järjestäminen ovat osa hyvää hoitoa sairaalassa. Sairaudesta toipumista ja kuntoutumista edistää hyvä ravitsemustila. Potilaan fyysistä ja sosiaalista kuntoutumista voidaan edistää ruokailujärjestelyillä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä sairaalaosaston ruokailukäytännöistä. Tutkimuksessa haastateltiin erikoissairaanhoidossa 10:tä vuodeosaston potilasta joulukuussa 2017. Tutkimuksen tuloksista nousi esille, että potilaat arvostavat sairaalan perinteisiä ruokailukäytäntöjä, mutta ovat avoimia myös uusille ratkaisuille. Potilaat haluaisivat itse vaikuttaa ruokailuannoksiin ja -aikoihin ja valita ruuan laajemmista valikoimasta. Ruokailuympäristön ominaisuudet; äänet, tuoksut, mahdollisuus liikkumiseen ja hyvään istuma-asentoon lisäävät myös potilaan fyysistä ja sosiaalista kuntoutumista. Hoitotyön esimiehet voivat hyödyntää tutkimuksessa esitettyä tietoa osastojen ruokailukäytäntöjen kehittämisessä potilaan näkemykset huomioon ottavampaan suuntaan. Tutkimuksen tulokset kertovat hoitotyön ammattilaisille ja opiskelijoille, mikä merkitys on ruokailukäytännöillä toimintakyvyn edistämisestä osastohoidossa. (Koivunen, Suominen & Asikainen 2017, 12–13.)

Vajaaravitsemuksen riskin arviointiin voidaan käyttää esimerkiksi NRS 2002- (Nutritional Risk Screening 2002), MNA- (Mini Nutritional Assessment) tai MUST- (Malnutrition Universal Screening Tool) menetelmää (Hoitotyön tutkimussäätiö

2015, 15). NRS 2002-menetelmää käytetään yleisimmin sairaaloissa. NRS 2002-menetelmän täyttäminen vie hoitajalta aikaa 5 minuuttia. MNA-menetelmä on tarkoitettu erityisesti yli 65-vuotiaille. Sen avulla vajaaravitsemuksen seulonta tapahtuu 3 minuutissa, ja arvioinnin tekemiseen menee 10-15 minuuttia. (Tikkanen 2018.) Esimerkiksi NRS 2002-menetelmä pisteyttää vajaaravitsemusriskin ravitsemustilan heikkenemisen, sairauden aineenvaihdunnallisen vaikutuksen ja potilaan iän perusteella. Seulonnan suurin pistemäärä on seitsemän pistettä. Ravitsemustilan heikkeneminen määritellään painonlaskun, ravinnonsaannin vähenemisen ja painoindeksin perusteella. Sairauden aineenvaihdunnallinen vaikutus kuvastaa, miten potilaan fysiologinen tila lisää nimenomaan typen sekä energian tarpeen määrää. Lisäksi ikääntyminen lisää vajaaravitsemuksen riskiä ja siten potilas, joka on 70-vuotias tai sitä vanhempi, saa yhden lisäpisteen. Riskipotilaaksi menetelmä luokittelee, kun potilaan yhteenlaskettu pistemäärä on kolme tai enemmän. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014.)

Suomessa valtakunnallisesti ravitsemushoitoon liittyvistä suosituksista vastaa Valtion ravitsemusneuvottelukunta VRN. Vajaaravitsemusriskin arviointi tulee tehdä kaikille painehaavariskissä oleville potilaille avoterveydenhuollossa tai potilaan saapuessa hoitavaan yksikköön. (Joanna Briggs instituutti 2008; Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15.) Tämän lisäksi arviointi pitäisi tehdä, jos potilaan terveydentilassa tapahtuu merkittävä muutos, tai painehaavan paraneminen pysähtyy. Suositusten mukaan pelkästään painehaavariskiä mittaava mittari, esimerkiksi Braden, ei kuvaa riittävästi vajaaravitsemuksen riskiä. Suomalaisessa ravitsemushoitosuosituksessa vajaaravitsemuksen riskin tunnistamiseen suositeltuja mittareita aikuisille ovat akuuttihoitossa NRS 2002 ja MUST sekä erityisesti ikääntyneille suunnattu MNA. Painehaavariskissä oleville potilaille ja potilaille, joilla on painehaava, tulee tehdä hoitosuunnitelmaan kirjattu, yksilöllinen ravitsemushoitosuunnitelma, jota noudatetaan. Suunnitelman laatii useimmiten moniammatillinen työryhmä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15.)

Akuutista sairaudesta toipuvilla vanhuksilla painehaavojen riskiä vähentää kaksi kertaa päivässä suun kautta nautittu lisäravinneannos (Joanna Briggs instituutti 2008). Painehaavapotilaat tulisi ohjata ravitsemusterapeutille ravitsemustilan ko-

konaisarviointia varten. Potilaan ravitsemuksen arvioinnissa tulee tällöin kiinnittää erityistä huomioita energiansaantiin, tahattomaan painonlaskuun, stressiin ja neuropsykologisiin oireisiin ja niiden arviointiin. Tällöin potilaan paino tulee mitata säännöllisesti ja energiansaanti olisi hyvä suhteuttaa painonmuutosten mukaan. Suunnitelmassa tulisi olla potilaan energia-, proteiini- ja nestetarpeen määrittäminen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 15.)

4 Asentohoito ja sen merkitys painehaavojen ehkäisyssä

Potilaan asentoa tulee muuttaa siten, että kudoksiin kohdistuva paine vähenee tai jakautuu uudelleen (EPUAP, NPUAP & PPIA 2014, 23). Ihon punoituksen seuranta asennonmuutosten seurannassa on olennaisempaa, jonka mukaan voi arvioida onko asennonmuutosten välinen aika riittävä (Hietanen 2012, 319).

Asentoa vaihdetaan tai painopistettä muutetaan kahden tunnin välein, tarvittaessa useammin. Asentoa vaihtaessa otetaan huomioon potilaan yksilölliset tekijät. Istuessa painopisteen muutos on suositeltavaa tehdä 15 minuutin välein. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.) Painehaavan ehkäisemiseksi potilaan asentoa tulee vaihtaa, jotta paineen jakautumista, kestoa ja voimakkuutta voidaan hallita. Asennon muutosta tehtäessä tulisi välttää venytystä ja hankaamista sekä potilaan jättämistä lääketieteellisten laitteiden, kuten esimerkiksi letkujen ja dreerien päälle. (EPUAP & NPUAP 2014, 23.) Potilaan siirtämisessä vältetään vetämistä potilaan ihoa alustaa vasten kudosten venymisen ja hiertämisen välttämiseksi. Tämä tarkoittaa, että potilasta siirretään eikä vedetä. Potilaan siirtämisessä voidaan käyttää apuna esimerkiksi liukulakanaa. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.)

4.1 Asentohoidon tarkoitus

Asentohoidolla vähennetään paineen kestoa ja voimakkuutta potilaan luisten ulokkeiden kohdalla. Mahdollisimman nopealla kuntoutuksen aloituksella vähennetään yleiskunnon heikkenemistä, joka liittyy pitkittyneeseen vuodelepoon. (Hoi-

totyön tutkimussäätiö 2015.) Tällöin potilaan asentohoidossa tulee olla tavoitteena luu-ulokkeisiin tai kehon luisiin alueisiin kohdistuvan suoran paineen välttäminen (Joanna Briggs instituutti 2008).

Toimintakykyinen ihminen valitsee haluamansa asennon ja vaihtaa sitä tarvittaessa lähes automaattisesti, koska aistit välittävät tietoa asennon mukavuudesta. Sairaalle potilaalle vuodelepo on useimmiten yksi hoidon muodoista. Pitkäaikaisella samassa asennossa olemisella aiheutuu potilaalle usein häiriöitä ruumiin toiminnoissa. (Kukkonen & Piirainen 1990, 70.) Kaikkien painehaavariskissä olevien tai jo painehaavan saaneiden potilaiden asentoa on muutettava, jos potilas ei siihen itsenäisesti kykene. (EPUAP, NPUAP & PPIIA 2014, 22.). Asennon vaihdon aikavälit yleensä asiantuntijoiden kokemukseen perustuvia suosituksia. Alttius saada painehaavoja on yksilökohtaista, joten yksiselitteistä turvallista aikarajaa ei voida antaa. (EPUAP, NPUAP & PPIIA 2014, 23.)

Asentohoito edistää potilaan perusliikkumisen palautumista pitkänkin vuodelevon jälkeen. Asentohoidon tarkoituksena onkin edistää ja säilyttää potilaan toimintakykyä. Sillä pyritään estämään virheasentojen ja liikerajoitusten syntymistä ja sen avulla liikkumattomuuden tuoma turvotus vähenee verenkierron vilkastuttua. (Kukkonen & Piirainen 1990, 70–71.) Asentohoidon keskeisempiä tavoitteita ovat erityisesti nivelten liikelaajuuksien ylläpitäminen ja ihon kohdistuvan paineen poistaminen tai vähentäminen alueelta, johon sitä eniten kohdistuu. Asentohoidon tavoitteena pidetään lisäksi painehaavojen ja kivun syntymisen ehkäisemistä, turvotusten ehkäisemistä ja lievittämistä, lihasten ylivenytyksen estämistä, nivelten liikelaajuuksien ylläpitämistä ja lihaskireyksiä syntymisen ehkäisemistä. (Leppänen, Stigzelius & Hokkinen 2010, 10–11.)

Jokainen asennon muutos on merkittävä potilaan aisteille ja kehontuntemuksille. Asennon muutosta tehdessä käytetään paljon apuna pehmeitä tynyjä. Asentohoito on osa kuntouttavaa hoitotyötä potilaan kuntouttamisessa. (Pesonen-Sivonen 2018.) Potilaan asennonmuutosten tiheyttä määrittäessä on otettava huomioon potilaan kudosten sietokyky, aktiivisuus ja liikuntakyky, yleinen terveydentila, hoidon yleiset tavoitteet, ihon kunto ja hyvinvointi. (EPUAP, NPUAP & PPIIA 2014, 22.)

Pitkäaikainen vuodelepo vähentää nivelsiteiden, jänteiden ja nivelkapseleiden joustavuutta ja voimaa. Tällöin lihakset eivät työskentele normaaliin tapaan tai eivät pumpkaa riittävästi verta laskimoverenkiertoon. Tämän johdosta potilaalla esiintyy erilaisia kiputuntemuksia. Lisäksi liikkumattomuus aiheuttaa keuhkojen toiminnan heikkenemistä ja tämän myötä hapen kulutuksen pienenemistä sekä verenkierron hidastumista. Lisäksi potilaan luiden haurastuminen kiihtyy. Pitkäaikaisen paineen vaikutuksesta pintaverenkierto heikkenee ja ihon toiminta häiriyy. (Kukkonen & Piirainen 1990, 70–71.) Asentohoidon tarkoituksena onkin parantaa potilaan toimintakykyä, sydän- ja verenkiertohäiriöitä sekä keuhkotuuletusta (Pesonen-Sivonen 2018). Potilaan asennonmuutokset kirjataan, erityisesti niiden tiheys ja käytetyt asennot sekä asennonmuutoksen vaikutuksen arviointi. Asennonhoidon toteuttamisen kirjaus potilasasiakirjoihin dokumentoi hoidon toteutuksen. Se palvelee sellaisenaan näyttönä asennonmuutosten toteutumisesta. (EPUAP, NPUAP & PPIIA 2014, 26.)

4.2 Mikroasentohoito

Terve ihminen vuoteessa ollessaan tekee 8–40 mikroliikettä tunnissa. Mikroasentohoito jäljittelee tätä liikehdintää. (IGAP 2016.) Tällöin jäljitellään potilaan luonteista liikehdintää, jossa asennon siirrolla painopiste muuttuu esimerkiksi vain kaksi senttimetriä. Mikroasentohoito sopii erinomaisesti yöllä tapahtuviin asennon vaihtoihin. Tällöin apuvälineenä voi käyttää esimerkiksi liukuhanskaa. Potilaan painopistettä voi siirtää myös esimerkiksi liukulakanalla. (Pesonen-Sivonen 2018.) Mikroasentohoidon liike ei ole suuri, vaan siinä painotetaan, että pienillä asennon muutoksilla voidaan ehkäistä esimerkiksi painehaavoja. Mikroasentohoitoa pystyy toteuttamaan missä tahansa asennossa. Sen tarkoituksena on saada aikaan fysiologisia asennon muutoksia nivelissä sekä helpottaa painetta pään, olkapäiden, lantion ja reisien alueella. Mikroasentohoito sopii kaikille vuodepotilaille. Sen avulla ehkäistään painehaavaumia, keuhkokuumetta, laskimotukoksia ja nivelten virheasentoja. (IGAP 2016.)

Potilaan kanssa ollessa kontaktissa voidaan potilaalle antaa jokaisella kerralla mikroasentohoitoa. Mikroasentohoitoa on esimerkiksi, että asetetaan pyyhe potilaan oikean olkapään alle. Mennessä uudelleen potilaan luokse, asetetaan pyyhe hänen päänsä alle. Mikroasentohoitoa toteutetaan kiertäen myötä päivään, esimerkiksi asettamalla pyyhe vuorollaan vasemman olkapään alle, molemmin puolin lantiota, molempien polvien alle ja molempien kantapäiden alle. Pyyhkeiden paikalleen asettamisen jälkeen, liikutetaan niitä kiertäen myötä päivään, aina kun käydään potilaan luona. (IGAP 2016.)

4.3 Potilaan ohjaus asentohoidossa

Potilaan ohjauksella tavoitellaan edistettävän potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamalla tavalla. Ohjauksessa potilas on aktiivinen pulman ratkaisija, jolloin hoitaja tukee päätöksenteossa. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa, joka sisältää tiedon antamista ja käytännön opastusta. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Potilasohjauksella on tärkeä rooli hoitoprosessissa. Potilailla itsellään on keskeinen rooli tiedonetsijänä ja -käsittelijänä. Potilas on avainroolissa tiedon vastaanottamisessa sekä sen hyödyntämisestä omassa hoidossaan. Potilasohjausta on kehitetty potilaslähtöisemmäksi. Siinä huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet ja tilanteet. (Eloranta, Leino-Kilpi & Katajisto 2014, 63–64.)

Potilasohjauksessa korostuu tarpeiden määrittely, koska ohjauksen lähtökohtana tulisi aina olla potilaan tarpeet. Tällöin on huomioitava, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän jo tietää sairaudestaan. Vastasairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa, jolloin tiedon vastaanottaminen voi olla haastavaa. Usein osastolla sairaalassaolo ajat ovat lyhyitä ja monissa sairauksissa, esimerkiksi sydämen vajaatoimintapotilaan on hankala ymmärtää tapahtunut tai sen ymmärtämiseen menee aikaa. Tällöin potilas pystyy käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä uusia haasteita vasta jonkun ajan kuluttua. Siksi potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistaminen avohoitoon on erityisen tärkeää. Tässä hyödynnetään juuri kirjallisia ohjeita. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 15.)

Potilaan asentohoidossa pyritään siihen, että potilas on aktiivinen ja ottaa käyttöönsä omat voimavaransa (Kukkonen & Piirainen 1990, 70). Vuodelevossa olevan potilaan toimintakyky tulisi arvioida siten, että avustetaan potilas käyttämään jäljellä olevaa toimintakykyään aktiivisesti. Jos potilasta nostetaan vanhoilla tekniikoilla ja autetaan liikaa, potilas ei saa mahdollisuutta olla aktiivinen ja passivoituu. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.)

Kaikissa avustustilanteissa potilasta kannustetaan osallistumaan siirtymiseensä voimiensa mukaan. Kuitenkin on hyvä muistaa, että vuodepotilaalla on vain vähän voimia avustaa. Hoitajan tulee valita avustustapa, jossa potilas voi käyttää jäljellä olevia voimavarojaan vuodesiirrossa. Hoitajan työ kevenee, kun hän poistaa kitkaa potilaan alta. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 86.) Asento-hoidossa olisi hyvä huomioida potilaan aktivoiminen eli opetetaan ja ohjataan potilaat itse mahdollisuuksien mukaan tekemään "painetta keventäviä nostoja" tai muita painetta keventäviä liikkeitä. Asentoon itse vaihtavia potilaita kannustetaan olemaan 30–40 asteen kylkiasennossa tai selällään vuoteessa. (EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 22–23.) Painetta jakavaa korkean riskin painehaavoja ehkäisevää makuualustaa olisi hyvä käyttää silloin, kun potilaan terveydentila ei salli asennon vaihtamista. Tehokas painehaavan ehkäisykeino on asennon vaihtaminen käyttäen 30 asteen kallistuskulmaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015.)

Avustetun liikkeen tai kosketuksen avulla potilas saadaan tietoisemmaksi omaan kehoonsa ja tämä "lämmittely" on tärkeää, jos potilas on huonokuntoinen. Vetäminen ja työntäminen ovat potilaalle tapa kontrolloida liikkumistaan suhteessa painvoimaan, jolloin potilaan olisi saatava säädellä itse vetoa ja työntöä sekä niiden ajoittamista voimiensa mukaan. Hoitajalle itselleen sopiva liikenopeus avustustilanteessa ei välttämättä ole oikea potilaalle, koska potilaan tulisi saada ymmärtää mitä hänen pitäisi tehdä ja saada aikaa myös se itsenäisesti tehdä. Jos sanallinen aktivointi ei tuota toivottua tulosta, olisi ohjaukseen yhdistettävä kosketus ja liike. Tällöin antamalla potilaalle tuki, johon tarttua, tai koskettamalla hartiaa tai lantiota, autetaan potilasta löytämään oma liikkeensä. Liikkeen tekemistä helpotetaan löytämällä potilaalle oikea alkuasento sekä oikea liikesuunta. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 69.)

Vuonna 2001-2010 välisenä aikana tehdyssä tutkimuksessa potilaan ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajeneminen oli hoitohenkilökunnan mielestä myönteistä kehitystä. Potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksen tavoitteellisuus ja tulosten arviointi sekä ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen ovat hoitohenkilökunnan mukaan kehityksen kohteita työssä. Tutkimuksen mukaan nämä edellä mainittuja asioita täytyisi jatkossa kehittää hoitotyön koulutuksessa, johtamisessa ja käytännön hoitotyössä. (Eloranta ym. 2014, 63–64.)

Potilaan suullisessa ohjauksessa tulisi käyttää mahdollisimman yksinkertaista, selkeää sekä tarvittaessa tarpeeksi yksityiskohtaista ohjeistusta. Potilaan ohjauksessa olisi hyvä ottaa potilaaseen katsekontakti. Tekeminen selitetään potilaalle lyhyesti, mitä aiotaan tehdä sekä edetään purkamalla siirtyminen vaiheiksi. Tärkeää on antaa potilaalla aikaa siirtymiseen sekä tuki, johon tarttua. Hoitajan olisi hyvä puhua selkeästi ja välttää kieltomuotoja. Ohjaustilanteessa potilasta olisi hyvä ohjata muutamalla sanalla, mitä potilaan pitää milloinkin tehdä sekä herättää potilaan ”liikemuisti” oikealla liikestimulaatiolla sekä alkuasennolla. Ohjaustilanteessa ei pitäisi potilasta pakottaa vaan mieluummin käyttää huumoria ohjauksen tukena. Tärkeää on myös varmistaa, että potilas näkee mihin hän on siirtymässä. Vuorovaikutus potilaan kanssa onnistuu parhaiten, kun kosketukseen liittyy samanaikainen tekeminen. Hyväkuntoinen potilas pystyy seuraamaan annettuja ohjeita. Hoitajan tulisi auttaa potilasta vain sen verran, kun hän sitä tarvitsee, ei enempää. Potilas voi tarvita apua enemmän jossain liikkeen osassa, joten hoitajan on mukautettava avunanto potilaan tarpeeseen. Kun potilas ei pysty tekemään liikettä itsenäisesti, hoitaja ja potilas tekevät sen yhdessä. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 70–71.)

4.4 Apuvälineitä asentohoidon toteutuksessa

Asentohoitoon liittyy kudosten venytysten riski. Tämä omalta osaltaan herkistää painehaavojen syntymiselle. Sen vuoksi on pyritty kehittämään kudoksen kohdistuvaa painetta ja venytystä vähentäviä alustoja ja apuvälineitä. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.) Asentohoidossa käytetään apuna tyynyjä, patjoja, makuualustoja, las-toja, tukia ja mahdollisesti teippausta (Leppänen ym. 2010, 11).

Apuvälineitä ja asentohoitoa suunniteltaessa tulisi arvioida ja ottaa huomioon potilaan liikuntakyky, aktiivisuus, koko ja paino. Lisäksi tulisi huomioida ja arvioida potilaalla olemassa olevien painehaavojen määrä, sijainti ja vaikeusaste, sekä uuden painehaavan saamisen riskin mahdollisuus. Apuvälineitä käyttäessä niiden vaikutusta potilaaseen tulee seurata aktiivisesti. Lisäksi makuualustoja ja istuintyynyjä käyttäessä tulee noudattaa tarkoin valmistajan antamia käyttö- ja ylläpitosuosituksia. (Hoitotyön suositukset 2015, 18–19.) Kuormitusta vähentäviä apuvälineitä ovat kevennystossut, kantapääpehmusteet, istuinpehmusteet, asianmukaiset asentotyynyt sekä haavatuotteet (Laitinen 2016). On kuitenkin huomioitava, että mikään makuualusta ei poista kokonaan asentohoidon tarvetta. (Soppi & Ahtiala 2012, 63.)

Kiilatyynyn käyttöön esimerkiksi toimenpiteen ajan liittyy painehaavariskejä, jos kantapäiden ilmassa olemista ei ole varmistettu ja tällöin painehaava voi syntyä kiilatyynyn aiheuttaman paineen seurauksena. Kiilatyynyjä käytettäessä painehaavan syntymisen riskiä voidaan pienentää laittamalla pohkeiden alle lisäksi tavalliset tyynyt. Tällöin kantapääät asetetaan ilmaan, jolloin niihin ei kohdistu lainkaan painetta. (Ahtiala ym. 2017, 2614–2615.)

Riskiryhmään kuuluvilla potilailla painehaavojen esiintymistä saattaa vähentää erikoisrakenteinen vaahtomuovipatja (Joanna Briggs instituutti 2008). Patjojen painehaavaa ehkäisevä vaikutus perustuu joko passiivisen patjan muovautumiseen kehon muotojen mukaan tai patjan moottoroituun aktiiviseen paineenkevennysjärjestelmään. Hyvälaatuinen vaahtomuovinen sairaalapatja on vähintään 13–15 cm paksu, joka tukee kehoa hyvin eikä tunnu liian kovalta. Patjat säilyttävät jatkuvassa käytössä ominaisuutensa noin kolme vuotta. Sairaalapatja muotoutuu hieman potilaan kehon mukaan, mutta ei kevennä luisten ulokkeiden kohdalla tulevaa painetta niin kuin erikoispatjat. (Hietanen 2013, 320.)

Painehaavapotilaalla käytetään erittäin korkean riskin potilaille tarkoitettua patjaa. Patjan ja potilaan ihon välissä tulisi olla mahdollisimman vähän lakanoita, vaippoja tai nostoliinoja. Nämä heikentävät makuualustan tarkoitusta. Makuu-

alustan tarkoituksena on ehkäistä painehaavojen syntymistä. (Soppi 2016). Painetta alentava ja jakava erityisväline on dynaaminen makuualusta, joka on tarkoitettu erityisesti painehaavan ehkäisyyn. Makuualustaa käytetään korkean riskin potilaalle, kenelle säännölliset asentohoidot eivät ole mahdollisia. Makuualusta valitaan potilaalle yksilöllisesti, sen tarkoituksena on vähentää kudoksiin kohdistuvaa kuormitusta ja säädellä lämpö-kosteustasapainoa. Painetta jakavasta makuualustasta huolimatta potilaan asentohoitoa jatketaan suositusten mukaisesti. On kuitenkin tärkeää huomioida, että asennon vaihtamisen tiheyteen vaikuttavat makuualustan paineen jakamisominaisuudet. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 18.)

Painetta jakavaa istuintyynyä tulee käyttää potilailla, joiden liikuntakyky on alentunut tai huonontunut. Istuintyyny tulee valita yksilöllisesti potilaan koon ja kehonmuodon mukaisesti. On tärkeää, materiaali on hengittävää ja joustavaa. Siirtoliinoja ei suositella jätettävän potilaan alle silloin, kun hän istuu. Siirtoliinat lisäävät ihoon ja kudoksiin kohdistuvaa painetta, ja näin ollen lisäävät painehaavariskiä entisestään. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015, 19.)

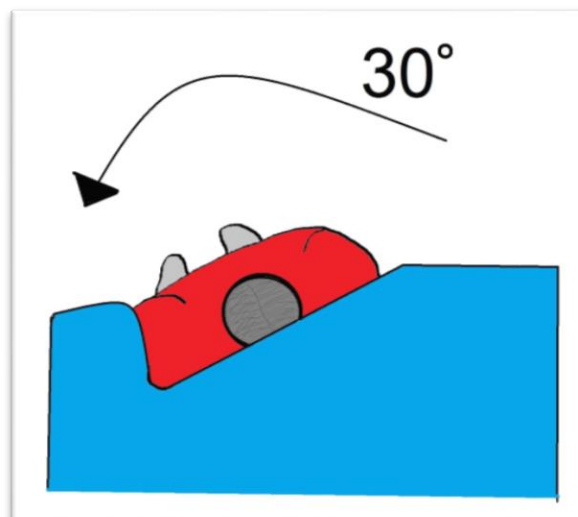
4.5 Vuodepotilaan asentohoito

Selinmakuu on helpoin ja eniten käytetty asento vuodepotilaalla. Asentohoidossa se ei kuitenkaan verenkierron ja hengityksen kannalta ole tarkoituksenmukaisin asento, etenkin jos potilaalla on kyseisiin elintoimintoihin liittyviä häiriöitä. Selinmakuu asennossa potilaan pää on keskiasennossa sekä niskan alla on pieni tyyny tukemassa kaularangan notkoa. Tällöin potilaan yläraajat ovat hieman irti vartalosta ja kyynärniveltä voidaan pitää vuoroin koukussa sekä ojennettuna. Potilaan alaraajat pidetään suorana ja polvet pienesti irti toisistaan. Potilaan olisi hyvä koukistaa polviaan ajoittain verenkierron vilkastuttamiseksi, mutta mielellään vain lyhyitä aikoja kerrallaan. Kiilatyynyillä voi nostaa reisien ulkokiertoa. Kantapäät tulisi pitää irti vuoteesta erilaisten tynnyjen avulla painehaavojen syntymisen estämiseksi. Potilaan vuoteen jalkopäässä suositellaan pidettäväksi ajoittain tynnyä, joka tukee jalkaterän lähes suoraan kulmaan. Lyhytkestoinenkin selinmakuu saattaa melko nopeasti aiheuttaa painumia ihoon, jolloin takaraivo,

lapaluut, kyynärpäät, ristiluu ja kantapäät tulisi suojata apuvälineillä. (Iivanainen & Kallio, 2011.)

Päinmakuu-asento estää lonkkaniveliä koukistumasta ja aktivoi selänlihaksia. Tällöin potilaan kasvot on käännetty sivulle, jotta hengittäminen onnistuu. Selkärangan normaalinomaiset mutkat säilytetään laittamalla pään alle pieni tyyny, mutta tämä ei ole välttämätöntä. Potilaan vatsan alle laitettu pieni tyyny voi estää lannerangan liiallisen notkon, mutta tällöin on pidettävä huoli, että se ei vaikeuta potilaan hengittämistä. Potilaalta on tällöin varmistettava, että päinmakuu sopii potilaalle ja potilas kokee asennon luontevaksi. (Iivanainen & Kallio, 2011.)

Vuodepotilaan asentohoidossa tulee välttää kohtisuoraa 90 asteen kylkiasentoa, koska siihen liittyy lonkkaseudun painehaavan riski. Vuodelevossa asento toteutetaan kallistettuna tyynyjen avulla noin 30 asteen kylkiasentoon, jotta paine jakautuu lantion kohdalla mahdollisimman laajalle alueelle (kuva 3.). (EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 23.) Asentoa vaihdetaan molemmille kyljille ja vatsalleen vuorotellen, jos potilaan tila sallii. Tyynyjen avulla estyy raajojen painuminen toisiaan vasten. Lisätyyny ja pehmusteet asetetaan niin, että ne eivät heikennä muiden painetta keventävien apuvälineiden tehoa. (Hietanen 2013, 319.) Korvan- ja niskan alueen painehaavojen ehkäisyssä on kyse samasta asentohoidosta kuin vuodepotilaalla, eli asentoa vuoteessa tulisi vaihtaa 1-2 tunnin välein, jos painetta keventäviä apuvälineitä ei ole saatavilla. (Hietanen 2013, 139.)



Kuva 3. 30 asteen kallistus kylkiasennossa (mukaillen Hietanen 2012. 319).

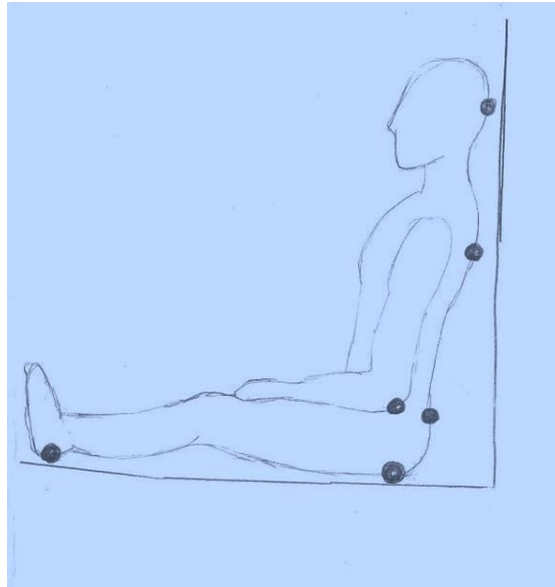
Psoas-asento eli jalkojen kohoasento on hyvä asento esimerkiksi hengitysvajaus potilaalle. Kohoasennossa tehdään koukistus lonkka- ja polviniveliin. (Iivanainen & Syväoja 2012, 117.) Psoas-asennossa lonkankoukistajalihakset rentoutuvat ja lanneselän kuormitus vähenee. Psoas-asento sopii hyvin pitkään vuodelevossa olevalle, koska lihakset rentoutuvat tässä asennossa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 175.)

Psoas-asento on niin kutsuttu selän lepoasento. Lepo-asennoissa ollaan noin 10-15 minuuttia kerrallaan. Selän lepoasennot lievittävät kivun tunnetta, vähentävät stressiä ja parantavat keskittymiskykyä. Selän lepoasennon tarkoituksena ei ole tuottaa kipua. Tässä asennossa jännittyneet keskivartalon ja alaraajojen lihakset rentoutuvat. Potilas hengittää nenän kautta sisään, jolloin rintakehä laajenee. Tarvittaessa voi laittaa lannenotkon alle pyyherullan tai pienen tyynyn. (Selkäliitto ry 2018). Sydämen vajaatoimintapotilaan jalkojen turvotuksen ehkäisyssä avainasemassa ovat suola- ja nesterajoitukset sekä tukisukat ja jalkojen pitäminen kohoasennossa (Kuopion Yliopistollinen Sairaala 2009, 20). Pohkeiden jumppamisella ja kohoasennon avulla voidaan jalkojen turvotuksen oireita lievittää pitkään (Kunnamo 2007). Psoas-asennossa jalkojen tulee olla 90 -asteen kulmassa, käyttäen apuna psoas -tyynyä tai tyynypinoa (Rautava-Nurmi ym. 2015, 175).

4.6 Puoli-istuva asento vuoteessa

Puoli-istuva asento vaikuttaa edesauttavasti hengitykseen, verenkiertoon ja tasapainoistuin säilymiseen. Potilaan saa helpoiten kohoasentoon nostamalla vuoteen pääpuolta ylöspäin, jolloin on huolehdittava, että potilas ei pääse liukumaan jalkopäähän. Kohoasennossa potilaan on helpompi seurata esimerkiksi huoneen tapahtumia, aterioita, lukea tai seurustella. Normaalit päivittäiset toiminnot ja toimenpiteet (esimerkiksi hampaiden pesu, virtsaaminen ja ulostaminen) on helpompi potilaan istuma-asennossa. Potilasta ei voi kuitenkaan pitää istuma-asennossa useita tunteja painehaavariskin vuoksi, vaan lyhyet yhtäjaksoiset istumajat ovat suositeltavia. Istuma-asentoon liittyy useita painehaavariskin pisteitä (kuva 2.). Jos potilas ei pysty kunnolla hallitsemaan kehoaan istuma-asennossa,

tällöin voi asentoa tukea erilaisilla asento-hoitotyynyillä. (Iivanainen & Kallio, 2011).



Kuva 2. Painehaava riskissä olevat painopisteet potilaan istuessa (mukaillen Dealey 2005, 125).

Akuutti sydämen vajaatoiminta voi johtaa pahimmillaan keuhkopöhöön. Keuhkopöhöpotilas siirretään yleensä sydänvalvontaan, missä hänet tulee asettaa istuvaan tai puoli-istuvaan asentoon, ellei potilas ole sokissa. (Ahonen ym. 2012. 237.) Istuma-asento tai puoli-istuva asento vuoteessa voi aiheuttaa painetta ja venymistä pakaroiden ja ristiluun seudussa, koska potilaan vartalo valuu makuualustajalla jalkopään suuntaan. Puoli-istuva asento taas aiheuttaa kudosten vaurioitumisen riski, jota voidaan vähentää rajoittamalla istuma-aikaa lähinnä ruokailujen ajoiksi. (Hietanen 2013, 319.)

Vuoteen pääpuolen kohottaminen voi olla lääketieteellisesti välttämätöntä, esimerkiksi helpottamaan hengitystä ja tai ehkäisemään aspiraatiota ja hengityslaittehoitoon liittyvää pneumoniaa. Tällöin suositellaan pääpuolen 30 asteen koho-asentoa. Potilas tulisi laittaa ja tukea sellaiseen asentoon, ettei hän liu'u alaspäin vuoteessa, mikä aiheuttaa ihon venytystä. Silloin kun vuoteessa istuminen on välttämätöntä, vältetään sängynpäädyn nostamista ja retkottavaa asentoa, joka kohdistaa painetta ja venytyksen ristiluuhun ja häntäluuhun. (EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 24.)

Selkänöjan nostamisen ja polvitaiteiden kohdalta sängyn taittaminen estää kehon valumisen jalkopään suuntaan. Tämä vähentää kudosten venymistä. Kantapäihin kohdistuu helposti liikaa painetta. Puoli-istuvassa on riskinä, että potilaan kantapää haavautuvat, etenkin jos potilas pyrkii kantapäillään työntämään itseään ylemmäksi. Kantapäiltä on poistettava paine kokonaan aina, kun se on mahdollista, esimerkiksi laittamalla säären alle vaahtomuovisen tyynyn kulman, jotta se ei paina akillesjännettä. Samalla varmistuu potilaan jalkaterän optimaalinen asento. Tällöin lievä kohoasento riittää, kunhan kantapää ovat irti alustasta. (Hietanen 2013, 319, EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 27.)

4.7 Liikehoito

Lääkkeetöntä hoitoa ovat imunesteen poistumista ja laskimopaluutta edistävä liikehoito, liikunta ja asentohoito (Duodecim 2018.). Asentohoidon rinnalla olisi hyvä toteuttaa liikehoitoa potilaalle säännöllisesti. Henkilökunnalla tulisi olla tietoa ja taitoa liikehoidosta ja sen toteuttamisesta. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä ottaa omaiset mukaan potilaan asento- ja liikehoidon toteuttamiseen ja ohjeistaa omaisille niiden merkitys painehaavojen ehkäisyssä. (Leppänen ym. 2010, 10–11.)

Potilaan aktiivisuus ja liikuntakyky, ihon kunto ja kudosten paineen sieto tulee huomioida asentoa vaihtaessa. Potilasta voi osallistuttaa asennon vaihtoon aktiivisesti voimiensa mukaan. (Kukkonen & Piirainen 1990, 71.) Potilaan liikehoidossa on hyvä opettaa potilaat itse mahdollisuuksien mukaan tekemään ”painetta keventäviä nostoja” tai muita painetta keventäviä liikkeitä itsenäisesti. (EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 22.). Vuodepotilaiden istumista ja liikkumista tulisi lisätä mahdollisimman nopeasti potilaan voinnin mukaan. Aikataulutettu liikkeelläöolo voi kompensoida yleiskunnan heikkenemistä, joka usein liittyy pitkittyneeseen vuodelepoon. (EPUAP, NPUAP & PPPIA 2014, 26.)

Vuodepotilaalle voi ohjata esimerkiksi nilkkojen koukistuksen ja ojentamisen. Koukistaessa tai ojentaessa nilkkoja verenkierto vilkastuu. Tällöin nilkkaa koukistetaan kevyesti ja polvitaivetta painetaan alustaa vasten reisilihasta jännittämällä. Jännitystä pidetään noin 5 sekuntia ja rentoutetaan. (Siun Sote 2017.) Toinen hyvä harjoitus vuodepotilaalle on yläraajan aktiivinen liikeharjoitus. Olkanivelen

koukistus tapahtuu peukalo edellä hartiaa nostamatta. Aktiivisissa liikeharjoituksissa potilas osallistuu harjoituksiin tai tekee ne itse. Hengitysharjoitukset PEP-pullon puhaltamisen avulla ovat myös aktiivisia liikeharjoituksia. (Iivanainen & Syväoja 2012, 112–113.) Pulloon puhallus eli PEP on menetelmä, jolla tehostetaan keuhkojen tuulettumista ja irrotetaan limaa keuhkoputkista. Ilmaa puhallettaessa letkun kautta pullossa olevaan veteen, syntyy vastapaine, joka avaa kasaan painuneita pieniä keuhkoputkia. Ilmaa pääsee kiertoteitä keuhkoputkissa olevien limapaakkujen taakse. Tällöin paine saa liman liikkeelle ja sitä on helpompi yskiä pois. (Teikari 2016.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda uusia valmiuksia Siun Soten Sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle asentohoidosta ja painehaavojen riskikohtien huomioimisesta asentohoidon yhteydessä. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Siun Soten Sydänkeskuksen hoitohenkilökunnalle ohjemateriaali sydämen vajaatoimintapotilaan asentohoidosta ja painehaavojen ehkäisyn huomioimisesta asentohoidossa.

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Toimeksiantona toimi Siun Soten Sydänkeskus. Kohderyhmänä toimi Sydänkeskuksen hoitohenkilökunta. Teimme opinnäytetyön kevään 2018 aikana. Opinnäytetyön tuotteen toteutus oli ohjemateriaali, joka koostui ohjelehtisestä sekä laminoiduista, isoista kuvista A3-kokoisena. Tuotos menee hoitohenkilökunnan käyttöön.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön toteutusmuoto. Se tavoittelee ammatillisella työkentällä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote; se voi olla käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, esimerkiksi perehdyttämispas. Sen toteutustapa voi olla kohderyhmän mukaan kirja, kansio vihkoa tai opas. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51.) Ohjemateriaalin tekeminen tuntui kiinnostavalta ja aihevalintaa nähden sopivalta toteutustavalta. Ohjemateriaalin tekeminen asentohoidon toteuttamisesta painehaavojen ehkäisemiseksi tuntui hyödylliseltä oman ammatillisen kasvun kannalta.

Toiminnallinen opinnäytetyö suositellaan tehtäväksi toimeksiantona työelämään. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksi osaa: käytännön toteutus ja raportti. Konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi käytetyt keinot tulee raportoida. Tavoitteena on yhdistää ammatillinen teoria, tutkimuksellinen asenne ja opinnäytetyön kirjoittaminen sekä pitkäjänteinen opinnäytetyönprosessin läpivieminen. Opinnäytetyön tuotosta varten kerätään tutkimusaineistoa luotettavan tuotoksen perustaksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 51.) Toimeksi annetun opinnäytetyön ja -prosessin avulla voi herättää kiinnostusta työelämään ja näyttää osaamistaan laajemmin. Opinnäytetyönprosessi voi suunnata ammatillista kasvua, urasuunnittelua ja työllistymistä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16.) Halusimme, että tuotos olisi hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Emme löytäneet valmiilta toimeksiantolistalta mieleistä opinnäytetyöaihetta, joten päätimme kysellä toimeksiantoa itse. Halusimme opinnäytetyölle toimeksiannon, jotta tekemämme työ tulee tarpeeseen.

6.2 Lähtötilanteen kartoitus

Opinnäytetyön kohderyhmä ja opinnäytetyön kohderyhmän rajaaminen ovat tärkeitä. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opasta-

mista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Toinen meistä on havainnoinut harjoittelujakson aikana kehityksen kohteita asentohoidossa ja painehaavojen ehkäisyssä. Harjoittelun lomassa toinen meistä havainnoi, että kirjalliset ohjelehtiset palvelevat hoitohenkilökuntaa hyvin, koska niistä on nopeasti saatavilla tietoa tai ohjeistus haluttuun asiaan.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä opastus tai ohjeistus tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi. Sen tavoitteena on ihmisten osallistuminen toimintaan tai toiminnan selkeyttäminen oppaan tai ohjeistuksen avulla. Kohderyhmän määrittämisessä käytetään toimeksiantajan toiveita ja ne asetetaan tuotoksen tavoitteeksi. Kohderyhmän on kannalta tärkeää pohtia ratkaisua ongelmaan ja sillä voidaan perehdyttää hoitohenkilökuntaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38.) Alussa pyysimme ideoita toimeksiantajalta toteutukseen, jotta toteutus tulisi heidän käyttöönsä mahdollisimman hyvin. Saimme toimeksiantajalta palautetta, että isot laminoituvat kuvat, voisivat palvella parhaiten. Kuvien lisänä olisi hyvä olla ohjemaateriaali lehtinen, jota voi käyttää potilasohjauksessa sekä mahdollisesti perehdytyksessä.

Opinnäytetyön kohderyhmänä toimi Sydänkeskuksen hoitohenkilökunta. Siun Soten Sydänkeskus koostuu Sydänosastosta 3A:sta sekä Sydänvalvonnasta, sydäntoimenpideyksiköstä 3B:sta sekä sydänpoliklinikasta. Sydänosasto 3A on 21 paikkainen vuodeosasto. Sydänosaston yhteydessä toimii 8 -paikkainen sydänvalvonta, jossa hoidetaan sydänpotilaita, jotka tarvitsevat tilansa vuoksi tehostettua tarkkailua ja -hoitoa. Sydäntoimenpideyksikössä on kolme sydän-toimenpidesalia ja 8-paikkainen päiväosasto. (Pohjois-Karjalan Keskussairaala 2018.)

Tavallisimmin potilaat tulevat osastoille päivystyksen kautta. Tyypilliset osastolla hoidettavat sydänsairaudet ovat äkillinen sydäninfarkti, äkillinen ja pitkäaikainen sydämen vajaatoiminta, vaikeat sydämen läppäviat ja vaikeat sydämen rytmihäiriöt ja tahdistinhoidon tarpeen selvittely. Osastolla hoidetaan myös ohitus- ja läppäleikkäviä potilaita, jotka tulevat jatkohoitoon toisesta sairaalasta kuten Kuopion yliopistollisesta sairaalasta. Sydäntoimenpideyksikössä 3B tehdään sepelvalti-

moiden varjoainekuvauksia ja pallolaajennuksia, asennetaan sydämen tahdistimia, tehdään aorttabioläppä toimenpiteitä sekä tehdään sydämen sähköisiä rytminsiirtoja. Sydäntoimenpideyksikössä hoidetaan äkilliset sydäninfarktit pallolaajennuksella tarvittaessa ympäri vuorokauden. Sydänpoliklinikalla toimii sydänpotilaiden lääkärin ja sydänhoitajan vastaanotot. Poliklinikalla tehdään sydänpotilaan hoidon ensiarvio, suunnitellaan yksilöllinen hoito ja tarvittavat lisätutkimukset sekä jatkoseuranta. Vajaatoiminta- ja tahdistinhoitaja ottavat potilaita vastaan sydänpoliklinikalla. Lisäksi rytmihäiriö- ja vajaatoimintatahdistinpotilaiden tahdistinlaitteet ovat etäseurannassa. Tahdistin -poliklinikka toimii myös Nurmeksien, Lieksan ja Kiteen terveyskeskuksissa. (Pohjois-Karjalan Keskussairaala 2018.)

6.3 Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyömme aikataulu sijoittuu välille tammikuu–kesäkuu 2018. Opinnäytetyön aiheen mahdollinen toimeksianto kartoitettiin syksyllä 2017. Toinen meistä oli harjoittelemassa Sydänkeskukselta syksyllä 2017, jolloin nousi idea opinnäytetyön aiheesta sydänpotilaan asentohoito. Tapasimme toimeksiantajaa helmikuun alussa 2018, jolloin opinnäytetyön aiheen rajasimme yhdessä toimeksiantajan kanssa sydämen vajaatoimintapotilaan asentohoidoksi ja sen avulla painehaavojen ehkäisyyn. Toiminallisen opinnäytetyön käytännön toteutukseksi valikoitua ohjemateriaali hoitohenkilökunnalle, joka koostuisi ohjelehtisestä asentohoidosta sekä isoista, laminoiduista A3-kokoiset kuvista asentohoidon toteuttamisesta. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen tammikuussa heti ensimmäisen opinnäytetyö infon jälkeen. Aluksi tutustuimme Theseuksesta löytyviin opinnäytetöihin vastaavista aiheista. Tammikuun puolivälissä aloitimme aihesuunnitelman tekemisen. Tammikuun lopussa esittelimme opinnäytetyön aihesuunnitelman. Tammikuun lopussa tapasimme toimeksiantajan ja opinnäytetyön aihe rajattiin sydämen vajaatoimintapotilaan asentohoidoksi ja sen avulla painehaavojen ehkäisyyn. Tammi–helmikuun ajan keräsimme teoretietoa aiheesta yhdessä ja erikseen jakamalla aihealueita. Helmikuussa kävimme myös tiedonhankinta-klinikoilla, joista löytyi uusia tietokantoja opinnäytetyön aiheeseen.

Maaliskuussa alussa pidimme noin viikon mittaisen tauon opinnäytetyöstä, koska olimme molemmat väsyneitä opinnäytetyön tekemiseen. Tauko teki molemmille hyvää. Tauon jälkeen kirjoitimme raporttia tiiviillä aikataululla ja aloitimme ohjemateriaalin suunnittelun. Maaliskuussa tapasimme Sydänkeskuksen osaston fysioterapeuttia sekä painehaavoihin erikoistunutta fysioterapeuttia. Heiltä saimme hyviä vinkkejä käytännön toteutuksen tekemiseen ja pyysimme palautetta jo tehdystä raportin tietopohjasta. Lisäksi saimme maaliskuun aikana heiltä sähköpostitse palautetta tekemästämme työstä. Fysioterapeutit kehottivat ottamaan sydämen vajaatoiminta asiantuntijahoitajaan. Lähetimme yhteydenoton jälkeen raportin asiantuntijahoitajalle luettavaksi. Saimme häneltä paljon hyviä korjausehdotuksia opinnäytetyön suunnitelmaan sekä vinkkejä erilaisiin tietolähteisiin. Häneltä saamamme korjausehdotusten perusteella kirjoitimme enemmän tietoa muun muassa sydämen vajaatoiminnan potilaan hoitosuosituksista.

Huhtikuun alussa opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin. Huhtikuussa aloitimme ohjemateriaalin tekemisen. Etsimme tietopohjaa asentohoidon toteuttamisesta erilaisista hoitotyön kirjoista. Fysioterapian oppikirjoista emme löytäneet kuvia asentohoidon toteuttamisesta. Koimme asentohoito kuvien puuttumisen haastavaksi. Löysimme ainoastaan Hoida ja Kirjaa-oppikirjan ja Haavanhoito-lehden artikkelin, josta löytyi kuvia asentohoidon toteuttamisesta. Maalis–huhtikuun vaihteessa otimme valokuvat asentohoidon toteuttamisesta Karelia ammattikorkeakoulun hoitotaito luokassa.

Toukokuussa keskityimme raportin kirjoittamiseen eli opinnäytetyön viimeistelyyn. Opinnäytetyön esittely tapahtui perjantaina 18.5.2018 seminaarissa. Tämän jälkeen vielä viimeistelimme raporttia sekä teimme kielioppikorjaukset. Opinnäytetyön esittelemisen jälkeen teimme opinnäytetyön kypsyysnäytteen sekä veimme opinnäytetyön Urkund-järjestelmään sekä Theseukseen.

6.4 Tuotoksen prosessi

Hyvän kirjallisen ohjausmateriaalin tulisi olla sisällöltään ja kieliasultaan sopivaa ja ymmärrettävää. On tärkeää kiinnittää huomiota kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyyteen, koska huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet saattavat heikentää

muuten hyvää ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Näin ollen ohjemateriaalia on helpompaa käyttää ohjauksen tukena sekä potilas pystyy käyttämään sitä myös kotona. A5-kokoinen ohjelehtinen oli mielestämme hyvä vaihtoehto, koska riittävän lyhyt ja selkeä materiaali tulee helpoiten myös luetuksi (Eloranta & Virkki 2011, 77). Tekemäämme ohjelehtiseen kirjoitimme lyhyesti, selkeästi ja ymmärrettävästi aiheemme sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan kuuluvan painehaavojen riskiryhmän, asentohoidon merkityksen painehaavojen ehkäisyssä ja painehaavan määrittelyn ja siihen liittyvät seikat, kuten riskimittarit sekä ravitsemus. Kävimme keskustelua ohjemateriaalista Sydänkeskuksen fysioterapeuttien kanssa. Näissä keskusteluissa nousi esille, että iso ja laminoitu kuva toimisi paremmin osastolla. Näissä keskusteluissa nousi esille myös, että kuvia käytettäisiin potilassänkyjen yläpuolella, jotta niistä olisi helposti ja nopeasti saatavilla informaatio asentohoidon tueksi ja ne olisivat helposti siirrettävissä potilashuoneesta toiseen. Tämän perusteella valitsimme A3-kokoiset ja laminoituvat kuvat asentohoidon toteutuksesta.

Hyvä kirjallinen ohje on selkeä ja ymmärrettävä. Ohjemateriaalissa kerrotaan, mihin ohjemateriaali on tarkoitettu ja mihin sitä käytetään. Kuvissa tulisi konkreettisesti kuvata miten tulee toimia, näin ollen ohjemateriaalin ymmärtäminen helpottuu. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Teimme laminoituja isoja A3-kokoisia kuvia, joissa esitetään asentohoitoa eri asennoissa. Otamme valokuvat itse ja toimimme itse kuvien potilaina. Asentohoidon asentoina ovat päinmakuu, selinmakuu, 30 asteen kylkiasento, Psoas-asento sekä puoli-istuva asento.

Aloitimme ohjemateriaalin tekemisen etsimällä tietoa oikeanlaisesta asentohoidosta. Aluksi kirjoitimme ohjelehtiseen sydämen vajaatoiminta potilaasta. Kirjoitimme oikean ja vasemman kammion eroista, jotta lukijan olisi helpompi havainnollistaa erot ja niiden merkitys asentohoidon toteuttamisessa. Oikean ja vasemman puolen erot vaikuttavat siihen, miten asentohoitoa toteutetaan. Heti alussa löysimme Clip art-ilmaiskuvista värikkään punasinisen sydämen kuvan. Ihastuimme värikkääseen kuvaan ja se muodostui ohjelehden kansikuvaksi.

Etsimme useasta eri tietolähteestä esimerkkikuvia asentohoidon toteuttamisesta. Haasteeksi muodostui esimerkkikuvien vähyys. Löysimme ainoastaan Hoida ja

Kirjaa -oppikirjan ja haavanhoito lehden artikkelin, josta löytyi kuvia asentohoidon toteuttamisesta. Näiden kuvien perusteella kuvasimme ohjemateriaaliin tulevat kuvat. Kirjoitimme ohjelehtiseen lyhyesti auki käsitteet asentohoito ja painehaavat opinnäytetyön teoriapohjan kautta. Otimme kuvat toisistamme, joissa toimimme itse kuvien malleina. Käytimme tavallisia potilastyynyjä asentohoidon toteuttamisessa, koska tapaamisessa osaston fysioterapeutti kertoi, että osastolla ei ole käytössä esimerkiksi geelityynyjä. Kysyimme ohjeita ja palautetta ottamistamme kuvista osaston fysioterapeutilta lähdemateriaalin puuttumisen vuoksi. Ottamissamme kuvissa oli asento- ja liikehoitovirheitä. Palautteen perusteella kuvasimme ohjemateriaalin kuvia kolmena eri kuvaustuokiona. Yhteistyöllä fysioterapeutin kanssa, halusimme, että mallikuvat ovat oikeanlaisia ja luotettavia. Osaston fysioterapeutti tarkisti kuvien oikeellisuuden ja hyväksyi kuvat käytettäväksi ohjemateriaalissa. Lisäsimme ohjelehtiseen Clip art-ilmaiskuvia havainnollistamaan esimerkiksi 30 asteen kulmaa. Toinen meistä piirsi lähteestä mallintaen kaksi kuvaa painehaavapisteistä potilaalla ohjelehtiseen ja opinnäytetyön raporttiin hyödynnettäväksi. Tämän jälkeen valitsimme kuvat isot A3-kokoiselle paperille tulostettavaksi. Nämä kuvat ovat lähes samoja kuin ohjelehtisessä. A3-koko on isompi ja selkeämpi asennon havainnollistamiseksi kuin A4-kokoinen kuva olisi. Halusimme, että kuvista saa nopeasti kertauksen oikeasta asentohoidon toteuttamisesta.

Kuvien oton jälkeen muokkasimme kuvia pienemmäksi ja paransimme kuvien laatua kuvankäsittelyohjelma Paint 3 D- sekä Photo Gallery-ohjelmalla. Tämän jälkeen aloimme sommitella kuvia Word-ohjelmaan tulostettavaan muotoon. Halusimme ohjemateriaalin olevan helposti löydettävissä tietokoneelta, jotta hoitohenkilökunta voi jatkossa tulostaa itse lisää ohjelehtisiä. Lisäsimme ohjelehtiseen Siun Soten ja Karelia ammattikorkeakoulun logot. Ennen työn antamista toimeksiantajalle muutamme kuvat ja ohjelehtisen DOC-muotoon, jotta toimeksiantaja voi muokata halutessaan tietoa oppaaseen tiedon päivittymisen myötä.

Konkreettisen potilasohjauksen tueksi on hyvä ottaa kirjallinen ohjemateriaali (Lipponen ym. 2006, 41). Olemme kysyneet palautetta Siun Soten sydämen vaaja toiminta ja sydänpotilaan hoitotyön asiantuntijahoitajalta. Hänen antamien

vinkkien perusteella muutimme työtä sydämen vajaatoiminta osion osalta ja avasimme sydämen vajaatoiminta- käsitettä ja siihen liittyvää hoitoa laajemmin. Sen jälkeen teimme raakaversion ohjelehtisestä, johon kuvasimme lyhyesti sydämen vajaatoiminta-, painehaavat- sekä asentohoito-käsitteen. Lisäsimme ohjelehtiseen ilmaiskuvia Clip art-ohjelmasta, joita voi käyttää luvallisesti. Ohjelehtiseen tulee itse ottamiamme kuvia asentohoidosta ja liikehoidosta.

Katsoimme, että ohjelehtinen olisi toimeksiantajan kannalta kustannustehokas ratkaisu, koska pystyimme sen tekemään A4-kokoiselle paperille, joka on helppo taittaa jatkokäytössä. Tällöin ohjelehtinen tulee A5-kokoiseksi. Ohjelehtiseen otamme teoritiedon opinnäytetyön teoriapohjasta. Lisäksi laminoituja kuvia voi toimeksiantaja tulostaa ja laminoida lisää tarvittaessa.

Teimme paljon muutoksia ohjemateriaaliin prosessin aikana. Seuraavalla tapauksella löysimme taas uusia ideoita, mitä halusimme ohjelehtiseen laittaa. Ohjelehtisen sisältö muuttui paljonkin, esimerkiksi prosessin alussa meillä oli määritelty mitä sydämen vajaatoiminta on. Sydämen vajaatoiminnan määrittelyn otimme pois, koska lisäsimme ohjelehtiseen enemmän tietoa asentohoidosta. Liikehoidon lisäykset teimme loppupuolella, kun mielestämme ne ovat myös tarpeellisia ohjeita potilasohjauksessa.

Haasteeksi koimme tuotoksen tekemisessä tietotekniset seikat, joita olivat muun muassa ohjelehtisen muotoilu. Ohjelehtisen sivumäärää täytyi rajata 16 sivuun tietoteknisistä syistä, koska sivujen täytyi olla neljällä tasalukuisia. Ohjelehtisen muoto itsessään aiheutti haasteita, koska Word-pohjassa ei ollut valmiina ohjelehtisen-tulostusasetuksia. Jouduimme kirjoittamaan osan lähteistä takakanteen, mikä ei ollut alkuperäinen suunnitelma. Osittain haasteeksi muodostui isot laminoitavat kuvat, koska kuvat eivät olleet A4-kokoisia. Lisähaasteen toi opinnäytetyön pohja, joka hävitti selittämättömästi syystä kirjoittamaamme tietoa, ja esimerkiksi lähdeluettelo ja pohdinta jouduttiin kirjoittamaan uudelleen opinnäytetyön pohjan takia.

Huhtikuun lopussa kävimme esittelemässä ohjemateriaalin sekä raportin lyhyesti Sydänkeskuksen kokous/kahvihuoneessa. Teimme lyhyen noin kahdenkymmen

minuutin pituisen esittelyn opinnäytetyön raportista ja tuotoksesta Power Point-esityksellä. Esitystämme oli kuuntelemassa kahdeksan hoitajaa sekä toimeksiantajan edustajat osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja sekä osaston fysioterapeutti. Olimme suunnitelleet näyttävämmä seinälle heijastettuna Power Point-esityksen, mutta emme saaneet toimeksiantajan kanssa videotykkiä toimimaan. Jouduimme esittelemään työmme pienemmältä näytöltä, joka oli hankalampi vaihtoehto näkyvyyden kannalta.

Aluksi laitoimme ohjelehtisen ja laminoidut A3-kuvat kiertämään yleisön joukkoon, jotta hoitohenkilökunnalla oli esityksen aikana mahdollisuus tutustua työhömmä. Esittelimme opinnäytetyömme pääkohdat Power Point-esityksen avulla. Esityksen aikana hoitohenkilökunnalle, apulaisosastonhoitajalle, osastonhoitajalle sekä fysioterapeutille heräisi kysymyksiä aiheisiin liittyen. Esityksen lomassa kävimme keskustelua kysymyksiin liittyen, ja pohdimme yhdessä ratkaisua asiaan. Esityksen loputtua osastonhoitaja reflektoi hoitohenkilökunnan kanssa esityksen tuomaa tietoa. He miettivät yhdessä kolme pääkohtaa esityksen teemoista, joihin heidän tulisi kiinnittää jatkossa enemmän huomiota. Teemat olivat asentohoidon merkitys painehaavojen ehkäisyssä, vajaaravitsemustilan arviointi sekä liikeharjoitteiden ohjaaminen potilaalle. Lopuksi keräsimme palautetta hoitohenkilökunnalta kirjallisella lomakkeella ohjelehtisestä sekä laminoiduista kuvista. Jätimme loput palautelomakkeet sekä tulostetun Power Point-esityksen osaston kahvihuoneeseen. Kävimme viikon päästä esityksestä hakemassa loput palautteet osastolta. Toimeksiantajan kanssa sovimme, että lähetämme ohjelehtisen heille DOC-muotoisena, jotta he voivat tarvittaessa päivittää ohjelehtisen tietoja. Jätimme esityksen jälkeen osastolle laminoidut A3-kuvat, joita oli 8 kappaletta. Lisäksi jätimme 14 kappaletta ohjelehtisiä osastolle.

7 Pohdinta

Sydämen vajaatoiminta sairastavien määrä on suuri Suomessa. Lähes jokaisella osastolla ja hoitokodeissa on joku sydämen vajaatoimintaa sairastava henkilö. Sairauden yleisen esiintyvyyden ja vakavuuden vuoksi koimme aiheen tärkeäksi,

koska sitä sairastavat ovat suuressa riskissä saada painehaavoja ollessaan vuodepotilaana erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoidajakoulutuksessa ei opeteta laajemmin asentohoidon merkitystä painehaavojen ehkäisyssä, minkä vuoksi opinäytetyön aihe oli meille tärkeä.

7.1 Ohjemateriaalin arviointi

Toteutuksen arvioiminen tapahtui kysymällä palautetta pitkin prosessia osaston fysioterapeuteilta, osastonhoitajalta, apulaisosastonhoitajalta sekä sydämen vajaatoiminnan asiantuntijalta. Lähetimme tekemämme raportin sekä ohjemateriaalin useita kertoja toimeksiantajalle luettavaksi ja he saivat antaa palautetta työstä. Osaston fysioterapeutti ja sydämen vajaatoiminnan asiantuntija antoivat hyvää palautetta raportin sisällöstä, jonka perusteella teimme muutoksia. Osaston fysioterapeutti antoi palautetta ottamistamme asentokuvista koko tuotoksen tekemisen ajan. Saamamme palautteen perusteella otimme uusia kuvia, varmistaaksemme kuvien oikeellisuuden.

Lisäksi kysyimme tuotoksen esittelyn jälkeen palautetta työstämme kohderyhmältä eli hoitohenkilökunnalta kolmella avoimella kysymyksellä. 1. Kysymys: "Lisäsikö ohjemateriaali valmiuksiasi asentohoidosta? Millaisia valmiuksia koit sen lisäävän?" 2. Kysymys: "Onko opas hyödynnettävissä työssäsi", "millä tavalla?". 3. Avoin kysymys "vapaa sana". Vastaukset pyydettiin anonyymisti. Esittelyn jälkeen saimme kuusi vastausta palautelomakkeeseen.

Ensimmäinen kysymys oli lisääkö ohjemateriaali hoitajan valmiuksia asentohoidosta ja millaisia valmiuksia kokevat sen lisäävän. Hoitajat kokivat, että ohjemateriaali lisää heidän valmiuksia, joita ovat esimerkiksi oikeat asentohoidon asennot ja asentojen vaihdon säännöllisyyden muistaminen, esimerkiksi pienen, 2 cm painopisteen vaihdon merkitys. Muita asioita olivat liikeharjoitukset ja niiden ohjaaminen potilaille, riskipaikkojen muistuttelu, ravitsemuksen sekä vajaaravitsemuksen kartoittamisen merkitys. Hoitajat kokivat, että kirjaaminen on tärkeää painehaavojen riskin ja ehkäisyn kannalta.

Toinen kysymys oli, että kokevatko hoitajat oppaan olevan hyödynnettävissä työelämässä. Hoitajat kokivat, että opas palauttaa mieleen jo osittain tuttua tietoa ja oppaasta on hyvä palauttaa mieleen tietoa asentohoidosta. Hoitajat kokivat, että oppaasta voi tarkistaa ja palauttaa mieleen asioita, esimerkiksi erilaisia vuodepotilaan asentoja. Hoitajat kokivat, että opasta voi käyttää myös uuden hoitajan perehdytyksessä.

Kolmas kysymys oli vapaa palaute hoitajilta oppaasta. Hoitajat kokivat, että esitys ja opas ovat selkeitä, tosin osittain tuttua asiaa. He kokivat, että ohje on hyvä, ajatuksia herättävä ja mielenkiintoinen lukijalle. Hoitajat kokivat, että ohje on tärkeä ja hyödyllinen; ”kun asiat ovat paperilla ja ohjeena, ne menevät helposti käytäntöön.” Yhden palautteen mukaan olisivat kaivanneet lisää tarkennusta ohjelehtiseen, esimerkiksi Psoas-asennosta ja ravitsemuksesta. Hoitajat kokivat, että asentohoidon ja liikehoidon kuvat ovat selkeät ja niistä löytyy paljon hyviä asioita muistutettavaksi.

Jätimme osastolle esittelyn jälkeen palautelomakkeita. Näin ollen niillä hoitajilla, jotka eivät päässeet esittelyiltapäivällä paikalle, oli mahdollisuus antaa palautetta ohjelehtisestä, laminoiduista kuvista sekä esittelyn tukena olleesta Power Pointesityksestä. Saatuja palautteita oli neljä kappaletta. Kysymykset olivat samat kuin esittelyiltapäivän palautekysymykset.

Ensimmäiseen kysymykseen hoitajat olivat vastanneet, että ohjelehtinen lisäsi heidän valmiuksia asentohoidosta. Hoitajat kokivat, että ohjemateriaali toimii hyvänä muistutuksena kahden tunnin asentovaihto, kuvien kanssa näytetyt asennot olivat hyviä, selkeitä ja havainnollistavia. Yhden palautteen mukaan ohjelehtinen ei tuonut uutta tietoa juurikaan. Kahden palautteen perusteella hoitajat vastasivat, että Psoas-asento oli uutta tietoa ja toinen koki, että päinmakuuasento ei ehkä sovellu akuuttihoitossa käytettäväksi hengityksen vuoksi. Yhden palautteen mukaan kuvista saa uusia vinkkejä asentohoitoon: ”Kuvista sai uusia vinkkejä asentohoitoon. Ongelma se, ettei osastolla ole yksinkertaisesti tarpeeksi tyynyjä, jotta useammalle potilaalle riittäisi asianmukaiseen asentohoitoon. Sydänvalvonnassa on yleensä aina useampi vuodepotilas kerrallaan.”.

Toiseen kysymykseen hoitajat olivat vastanneet, että ohjelehtinen on hyödynnettävissä työssä, ja erityisesti kuvat toimivat asentohoidon toteuttamisen apuna. Hoitajat kokivat, että ohjelehtinen hyvä muistin virkistin. Osa vastaajista koki, että ohjelehtisessä on paljon asiaa, ”käytännön työhön olisi parempi ehkä posterityyppinen tuotos, josta nopeasti nähtävissä pääkohdat”. Yksi hoitaja koki, että ”ohjelehtinen ei varmaankaan tule arjessa käyttöön, mutta jos (tieto) on jossain luettavissa, niin opas on hyvä. Posterit toimisi hyvin asioiden muistuttelijana.”

Kolmanteen kysymykseen hoitajat olivat vastanneet, että tekstin asettelua ja järjestelyä voisi vielä selkeyttää. Hoitajat kokivat, että ensimmäisillä sivuilla tekstiä ja asioiden toistoa on aika paljon ja he kaipaisivat asioiden tiivistämistä. Yhden vastauksen mukaan 30 asteen kylkiasento on asentokuvassa epäselvästi toteutettu, koska 30 asteen kylkiasento näyttää 90 asteen kylkiasennolta. Yhden vastauksen mukaan kuvat ovat hyvät, mutta ”vajaatoimintapotilaalla monesti hankaluuksia olla täysin pitkällään, hengenahdistus pahenee, joten yleensä päätyjä joutuu pitämään jonkin verran koholla. Vatsallaan makuuasento tuntuu äkkiseltään hankalalta, suurin osa potilaista obeeseja.”

Aikaisemman iltapäivän esittelyssä saatu palaute sekä myöhemmin saatu palaute poikkesivat hieman toisistaan. Hoitajien palautteen mukaan lisäsimme ohjelehtiseen lisää tietoa Psoas-asennosta sekä etsimme opinnäytetyön raporttiin lisää tietoa kyseisestä asennosta. Lisäksi kirjoitimme ohjelehtiseen lyhyesti ravitsemus- ja vajaaravitsemus-kartoitusmittareista sekä Braden-painehaavariskimitarista, koska näitä hoitajat kaipaivat ohjelehtiseen lisättäväksi.

7.2 Tuotoksen tarkastelu

Ohjemateriaali koostui kahdesta osasta, joita ovat ohjelehtinen sekä A3-kokoisista laminoidut kuvat. Mielestämme ohjemateriaali on hyvä keino kerrata painehaavan ehkäisyyn ja asentohoitoon liittyviä asentoja. Kokonaisuutena ohjelehtisen ulkoasu on hyvä, koska siinä on paljon värejä ja sen värikkyyttä herättää lukijan mielenkiinnon. Olimme samaa mieltä hoitajilta saamamme palautteesta ravitsemuksesta, minkä vuoksi teimme ohjelehtiseen muutoksi lisäämällä ravitsemuksesta lisää tietoa. Ohjelehtisestä olisi voinut jatko kehittää kirjoittamalla

vieläkin enemmän lisää tietoa ravitsemuksesta sekä vajaaravitsemustilan arvioimisesta erilaisten mittareiden avulla, koska ravitsemuksella on suuri merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Tällöin ohjelehtisestä tulisi laajuudeltaan pidempi. Olimme voineet tehdä oman sivun ravitsemuksesta ohjelehtiseen, mutta tällöin opinnäytetyön laajuus olisi kasvanut. Mielestämme 16 sivun ohjelehtinen oli pituudeltaan sopivampi ja halusimme siinä pysyä, minkä vuoksi emme tehneet suurempia muutoksia enää.

Ohjelehtisen tietosisältöön olimme tyytyväisiä. Valitsimme ohjelehtiseen yleisimmät asennot vajaatoimintapotilaalla. Näitä tavallisimmat ovat esimerkiksi puoli-istuva tai istuva-asento tai selinmakuuasento. Sydämen vajaatoimintapotilas joutuu olemaan paljon istualtaan, koska heillä on usein vakavia hengitysvaikeuksia. Usein potilas ei pysty olemaan muussa asennossa hengityksen vuoksi, minkä vuoksi riski saada painehaavoja pakaroiden alueella kasvaa. Lisäksi turvotukset esimerkiksi nilkoissa voivat lisätä riskiä saada painehaavoja nilkkoihin. Mielestämme olemme tuoneet nämä riskit puoli-istuvassa sekä selinmakuu asennossa hyvin esille ohjelehtisessä piirroskuvalla sekä asentohoidon valokuvilla. Ohjelehtisen kokonaisuuteen olemme kuitenkin tyytyväisiä.

Iltapäivän esittelyssä saatu palaute sekä myöhemmin saatu palaute poikkesivat hieman toisistaan, koska esittelyssä olimme perustelleet hoitajille valittuja asentohoitoa tarkemmin. Tiedostimme tiedon muuttumisen riskin, mutta halusimme antaa useammalle hoitajille mahdollisuuden antaa palautetta työstä. Olimme halunneet pitää esityksen isommalle määrälle hoitajia, mutta aikataulujen tiukuuden vuoksi esittelypäivä sattui ennen arkivapaata ja moni hoitaja oli vapaalla. Myöhemmin saadussa palautteessa tuli ilmi esimerkiksi, että 30 asteen kylki-asento on 90 asteen kylkiasento. 30 asteen kylkiasento on hankala toteuttaa kaksikulotteisella valokuvalla, joten asentoa voi olla hankala hahmottaa valokuvasta. Tämän olimme perustelleet esittelyn yhteydessä, ja siksi piirsimme havainnollistavan 30 asteen kuvan ohjelehtiseen. Myöhemmin saadussa palautteessa hoitajat tarkastelivat tuotosta ilman kertomaamme lisätietoa. Uskomme tämän olevan syy siihen, miksi myöhemmin saatu palaute erosi esityksen jälkeen saadusta palautteesta.

A3-kokoiset laminoidut kuvat toimivat nopean informaation keinona, kun ne asetetaan potilaan sängyn viereen ja kuvasta näkee heti, kuinka asentohoitoa voisi toteuttaa. Laminoituihin isoihin kuviin olemme tyytyväisiä, koska ne ovat selkeät ja helposti siirrettävissä potilaan sängyn viereen. Laminoidut kuvat ovat informatiivisia, ja mistä hoitaja pystyy helposti palauttamaan mieleen potilaan asento-ohdon toteuttamisen. Laminoidut kuvat olisivat voineet olla samankokoisia. Osa kuvista on erikokoisia, koska osa kuvista on otettu älypuhelimien kameralla ja osa puolijärjestelmäkameralla. Kuvien ottotapa vaikutti kuvien kokoon.

7.3 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen kriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja refleksiivisyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Luotettavuus on tärkeä osa aineiston ja tulosten suhteen kuvausta, joka edellyttää opinnäytetyön tekijöiden kuvaavan analyysin mahdollisimman tarkasti. Analyysi tarkoittaa liitteiden läpinäkyvyyttä, esimerkiksi palautelomakkeen laittaminen opinnäytetyön raportin liitteeseen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä analyysiprosessi tarkoittaa opinnäytetyön toteutuksen eli toimeenpanovaiheen tarkkaa kuvausta. Uskottavuus eli credibility tarkoittaa tuloksien kuvaamista selkeästi niin, että lukija ymmärtää miten, analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tarkastellessa otetaan huomioon analyysiprosessi sekä toisaalta tulosten validiteetti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 160.) Laitoimme asianmukaisesti palautelomakkeen opinnäytetyön raportin liitteisiin ja käytimme palautteen kuvauksessa muutamia suoria lainauksia saaduista palautteista, mikä kuvaa opinnäytetyön analyysiä sekä uskottavuutta. Pidimme päiväkirjaa koko opinnäytetyön prosessin ajan, mikä lisäsi opinnäytetyömme uskottavuutta.

Vahvistettavuus eli dependability, auditability kuuluu koko tutkimusprosessiin ja se edellyttää opinnäytetyön kirjaamista niin, että toinen opinnäytetyön tekijä voi seurata prosessikulkua pääpiirteissään. Raporttia kirjoittaessa on tärkeää hyödyntää muistiinpanoja opinnäytetyön eri vaiheissa, esimerkiksi menetelmällisin ratkaisuihin päätyemisestä. Vahvistettavuuteen liittyy myös ristiriita, jossa toinen opinnäytetyön tekijä ei välttämättä päädy samaan tulkintaan käyttäessään samaa

aineistoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu toiminnallisessa opinnäytetyössä, koska työn suunnitelmallisuus on ollut keskeisessä roolissa opinnäytetyötä tehdessämme. Lisäksi tapasimme säännöllisesti ohjaajia ja opinnäytetyöryhmää. Opinnäytetyöryhmässä kerroimme opinnäytetyön prosessin kustakin vaiheesta. Hyödynsimme opinnäytetyön ohjausta mahdollisimman paljon. Lisäksi pyrimme kirjoittamaan opinnäytetyön prosessin helpolukaiseksi ja yksityiskohtaiseksi. Heti aiheen päätettyämme aloimme pitää oppimispäiväkirjaa ja teimme muistiinpanoja koko prosessin matkalta. Muistiinpanot helpottivat opinnäytetyön kirjoitusprosessia, esimerkiksi tiedonhakuprosessi oli kirjoitettu oppimispäiväkirjaan.

Refleksiivisyys tarkoittaa, että opinnäytetyön tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan opinnäytetyön tekijänä. Opinnäytetyön tekijän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja prosessiinsa ja kuvaa lähtökohtia raportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Aiheen valinta lähti mielenkiinnostamme ja aiheen tarpeellisuuden vuoksi. Toimeksianto oli perustana aiheen valinnalle, koska halusimme tehdä opinnäytetyön työelämäämme. Parityöskentely helpotti työn reflektiivisyyttä, koska esimerkiksi keskustelua raportoinnista tehtiin koko prosessin ajan. Lisäksi koimme keskustelujen toisten opiskelijoiden ja ohjaajien kanssa opinnäytetyön ohjausryhmässä sekä päiväkirjan pitämisen edistävän refleksiivisyyttä.

Siirrettävyys eli transferability tarkoittaa huolellisen opinnäytetyö tekstin kuvausta, taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 160). Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Opinnäytetyön tekijän on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa opinnäytetyön ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kysyimme palautetta kohderyhmältä tuotoksen esittelyn yhteydessä, jonka perusteella toivoimme saavamme riittävästi tietoa osallistujilta. Heidän näkemyksestään palautteessa tuli esille, onko työmme siirrettävissä työelämäämme. Palautteen perusteella toivoimme saavamme tietoa, että ovatko työmme tulokset siirrettävissä muihin ympäristöihin ja asiakasryhmiin.

Luotettavuutta punnitaan suhtautumalla kriittisesti aineistoihin, mikä merkitsee lähdekriittisyyttä. Jotta tiedot tulisivat vertailukelpoiseksi, tietoja on usein muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 189.) Opinnäytetyön lukija voi arvioida opinnäytetyön perusteella saatujen aineistojen asiantuntemusta, edustavuutta sekä tulosten luotettavuutta. (Hirsjärvi ym.1997, 261.) Luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää muun muassa aineiston keruun kuvaus (Kylmä & Juvakka 2007, 131). Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyösämme käytetyt menetelmät on kuvailtu ja selitetty huolellisesti. Tiedonhaussa olemme käyttäneet muun muassa seuraavia tietokantoja: Hoitotyön suositukset (Hotus), Itä-Suomen yliopiston kirjasto, Medic, Duodecim Terveysportti, Melinda, Google Scholar ja Karelia Finna. Lisäksi käyttäneet ulkomaisia tietokantoja, muun muassa Cochranen Library, Ebook Centralia, Ebscoa sekä Cinahlia. Lisäksi olemme tehneet manuaalisesti lähteiden hakemista Karelia-ammattikorkeakoulun kirjastossa, esimerkiksi Tutkiva hoitotyö- ja Hoitotiede -lehdistä. Hakusanoina olemme käyttäneet muun muassa asentohoito, painehaava, painehaava AND ehkäisy, sydämen vajaatoiminta, potilaan AND ohjaus, ravitsemus, painepisteet, riskikartoitusmittari, painehaavamittari, liikehoito. Englanninkielisistä hakusanoista käytössä ovat olleet pressure ulcer, motion management, position management, hearth failure diseases, nutrition, patient AND guidance.

Käytettyjen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulisi olla tutkimuskriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyössä tulee käyttää ensisijaisesti primäärlähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja. Sekundaarilähteet eli toissijaiset lähteet ovat aina alkuperäisen tiedonlähteen tulkintaa ja suodattamista, mitkä lisäävät merkittävää riskiä asian muuttumiselle. Sen vuoksi sekundaarilähteitä ei suositella käytettävän opinnäytetyöissä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 73.) Olemme käyttäneet tietoperustassamme laajasti eri lähteitä, joiden kautta saimme samoja tuloksia opinnäytetyössä käsittelemistämme aiheista. Opinnäytetyössämme pyrimme saavuttamaan tarkoituksen ja tehtävän. Käytimme jonkun verran oppikirjoja lähteinä, koska asentohoidosta löytyi tietoa paikoittain vähän muista lähteistä. Painehaavoista tietoa sen sijaan löytyi paljon. Hyödynsimme kansainvälisiä suosituksia sekä suomalaisia hoitosuosituksia mahdollisimman laajasti. Lisäksi olemme käyttäneet erilaisia hoito- sekä lääketieteellisiä artikkeleita tietolähteinä.

Plagiointi eli plagiarism tarkoittaa toisen tekstin luvattonta lainaamista sekä toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitteitä (Hirsjärvi ym. 1997, 26). Olemme tässä työssä merkinneet lähdeviitemerkinnät opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Lisäksi olemme noudattaneet tiettyjen sivustojen lähdeviitemerkintätoiveita, esimerkiksi Käypä hoito- suositukset sekä EPUAP, NPUAP & PPPIA- suositukset.

Aihevalinta on merkittävä eettinen ratkaisu, koska sen valinnassa on tärkeää pohdita sen oikeutusta. Pelkkä uteliaisuus ja oma mielenkiinto aihetta kohtaan eivät riitä opinnäytetyön tekemisen perusteluksi. Opinnäytetyön aiheelle on aina löydyttävä laajemmat perustelut hoitotyön tietoperustasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tämä edellyttää aiempaa tutkimusta aiheesta. Hoitotyön suositusten mukaista painehaavojen ehkäisyä tehdään välttävästi. Ihon kunnon tarkastaminen kahdeksan tunnin kuluessa potilaan saapumisesta jää usein tekemättä. Ihon painuminen on painehaavan alku, josta tulisi tehdä Braden-riskiarviointi.

Opinnäytetyön prosessin aikana olemme toimineet hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten lähtökohtien mukaisesti. Näitä ovat potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti sekä tutkimusluvan hankkiminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223–228) Työssämme nämä näkyvät siten, että tuottamamme materiaali on tehty hoitohenkilökunnan käyttöön, joten emme ole tekemisissä potilaiden kanssa. Toimeksiantaja on kartoittanut hoitohenkilökunnan halukkuutta osallistua opinnäytetyön kohderyhmäksi. Lisäksi olemme tietoisesti suostuneet olemaan asentohoidon havainnointikuvissa mallina ja otamme kuvat itse, joten meidän ei tarvinnut pyytää lupia kuvien ottamiseen tai käsittelyyn. Opinnäytetyön tekijöinä olemme neutraaleja toimeksiantajaa kohtaan ja oikeudenmukaisuuden vuoksi, emme ole esimerkiksi työsuhteessa toimeksiantajaan.

Toimeksiantosopimuksen hankkiminen on yksi eettinen lähtökohta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223–228). Olemme tehneet kirjallisen toimeksiantosopimuksen opinnäytetyölle toimeksiantajan kanssa.

7.4 Ammatillinen kasvu

Ammatillisen kasvun ja kehityksen arviointi on kuulunut sairaanhoitajan opintoihimme koko opiskeluajan. Ammatillinen kasvu ja kehitys liittyvät oppimisprosessin eri vaiheisiin. Opinnäytetyöprosessissamme niitä olivat osaamisentaso alkuvaiheessa, tiedon käsitteleminen, hyödyntäminen sekä saavutettu osaamisentaso opinnäytetyön loppuvaiheessa.

Opinnäytetyön prosessi oli toiselle meistä tuttu aiemmista opinnoista, mikä helpotti hieman prosessia. Toiminnallinen opinnäytetyö oli kuitenkin meille molemmille uusi menetelmä. Opinnäytetyötä tehdessä pitkäjänteisyys ja parityöskentelytaidot kehittyivät. Alussa teimme opinnäytetyötä jonkin verran erillään, mutta prosessin edetessä teimme työtä yhdessä. Yhdessä tehdessä molemmat tietävät mitä toinen tekee ja tieto on yhdenmukaista eikä tiedon päällekkäisyyttä tullut.

Opinnäytetyön prosessin alussa teimme selkeän aikataulusuunnitelman, johon molemmat sitoutuivat. Työ eteni suunnitelmallisesti ja aikataulutuksen on pitänyt hyvin. Maaliskuun alussa vuonna 2017 pidimme viikon mittaisen tauon opinnäytetyön tekemisestä, koska olimme väsyneitä harjoittelun jälkeen. Tauon jälkeen palasimme taas aikataulusuunnitelmaan. Opinnäytetyön tekemistä helpotti se, että teimme seuraavan viikolle suunnitelman, mitä tai miten teemme seuraavaksi. Tavoitteellisuus on ollut koko prosessin ajan opinnäytetyön tekemisessä läsnä. Opinnäytetyön aikataulu oli tiivis. Paineensietokyky ja vastuun kantaminen kehittivät opinnäytetyön prosessin aikana. Ammatillista kasvua kehitti opinnäytetyön ohjaus sekä toimeksiantajalta saatu palaute työstä. Palautteen mukaan jouduimme muuttamaan työtä tai kirjoitettua raporttia, mikä kehitti palautteenottokykyämme sekä sen hyödyntämistä. Esittelyn aikataulumuutokset valmistelivat meitä tulevaan työelämään, jossa tilanteet voivat muuttua yllättäen ja nopeasti.

Opinnäytetyötä tehdessä meille heräsi paljon ajatuksia ja ihmetystä siitä, miksi asentohoidon toteuttamista ei opeteta sairaanhoitajakoulutuksessa. Mielestämme asentohoito on yksi osa hyvää ja kokonaisvaltaista potilaan perushoitoa. Hoitotiede-lehden artikkelin (Koivunen, Luotola, Hjerppe, Kauko & Asikainen

2017, 52.) mukaan hoitotyön opetuksessa tulisi kiinnittää huomiota opiskelijoiden painehaavojen ehkäisyn ja hoidon periaatteiden oppimiseen. Tämä on mielestämme totta, koska painehaavojen ehkäisyn ja asentohoidon merkitystä ei juuri-kaan opeteta. Aihetta sivuutettiin toisessa yhteydessä lyhyesti, mutta niiden opetus jäi mielestämme hyvin pintapuoliksi tai jopa vajaaksi. Asentohoidon opetus tulisi mielestämme olla osana perushoidon kliinistä opetusta. Opinnäytetyön tekemisen myötä saimme paljon uutta tietoa painehaavoista ja asentohoidon merkityksestä painehaavojen ehkäisyssä. Opinnäytetyön kautta opittua tietoa voimme hyödyntää työelämässä, koska painehaavan syntyminen tai riskitekijät eivät vaikuta potilaan ikään tai asiakasryhmään.

7.5 Hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat

Palautelomakkeilla pystyimme arvioimaan tuotoksen hyödynnettävyyttä. Hoitajat kokivat asentohoidon ohjelehtisen hyödylliseksi ja laminoidut isot A3- kokoiset asentohoidon kuvat selkeiksi ja hyväksi avuksi työhönsä. Toivomme, että ohjemateriaalista olisi hyötyä hoitohenkilökunnalle myöhemminkin asentohoidon toteuttamisesta sekä potilasohjauksessa. Ohjemateriaali jätetään osaston käyttöön paperiversiona ohjelehtisenä, laminoituina kuvina sekä sähköisessä muodossa, näin se on kaikkien saatavilla. Ohjemateriaali on hyödynnettävissä jatkossa myös uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Lisäksi toivomme, että materiaali voisi toimia jokapäiväisen hoitotyön tukena asentohoidon toteuttamisessa.

Sydämen vajaatoiminta sairastavien määrä on Suomessa suuri. Jokaisella osastolla ja hoitokodeissa on joku sydämen vajaatoimintaa sairastava henkilö. Mielestämme tuottamamme ohjemateriaali on sellainen, että sitä voisi hyödyntää muuallakin kuin erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi terveyskeskuksien vuodeosastoilla tai hoitokodeissa.

Jatkokehitysideana voisi olla opetusmateriaali hoitoalan opiskelijoille asentohoidosta ja painehaavojen ehkäisystä ennen ensimmäistä perushoidon harjoittelua. Lisäksi omien opintojemme aikana olemme huomanneet, että asentohoitoa olisi hyvä harjoitella koulussa käytännössä harjoitustuntien avulla. Opetusmateriaalin

toteuttajina voisivat olla myös aiheesta opinnäytetyötä tekevät opiskelijat. Fysioterapia- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden yhteisiä opintoja voisi kehittää enemmän, esimerkiksi fysioterapeuttiopiskelijat voisivat ohjata sairaanhoitajaopiskelijoille asentohoitoa ja sen toteuttamista.

Toisena jatkokehitysideana voisi olla, että fysioterapiaopiskelija sekä sairaanhoitajaopiskelija tekisivät yhteistyössä opinnäytetyön asentohoidon toteuttamisesta painehaavojen ehkäisystä. Fysioterapeuttiopiskelijoilla ja fysioterapeuteilla on paljon työssä opittua tietoa, jota ei löydy painettuna tietona kirjoista, vaan he oppivat asentohoitoa käytännön kautta. Tätä fysioterapeuteilla olevaa tietoa opinnäytetyössä voisi erittäin hyvin hyödyntää ja sen avulla opettaa sairaanhoitajille asentohoidon toteuttamista.

Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö – sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ahtiala, M. 2017. 1 st EPUAP Masterclass. Haava 3/2017, 46.
- Ahtiala, M., Kinnunen, M., Aaltonen, L.M. & Roine, R. P. 2017. Painehaavoja ei pitäisi syntyä. Lääkärilehti 45/2017, 2614–2615.
- Bradenscale. 2016. Preventio Plus – Home of the Braden scale. <http://bradenscale.com/>. 2.3.2018.
- Dealey, C. 2005. The Care of Wounds: A Guide for Nurses. John Wiley & Sons Incorporated. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/pkamk-ebooks/reader.action?docID=351527&query=pressure+ulcer>. 22.3.2018.
- Duodecim lääketietokanta. 2017. Turvotus. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00338. 22.3.2018.
- Duodecim lääketietokanta. 2018. Furosemide Fresenius Kabi 10mg/ml inj. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlr_laake.koti. 6.3.2018.
- Duodecim lääketietokanta. 2018. Jalkojen turvotus. Lääkärin käsikirja. http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00142&p_haku=asentohoito. 1.2.2018.
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotiede 1/2014, 63-64.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2009. Painehaavojen ehkäisy pikaopas. http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_prevention_in_finnish.pdf. 2.3.2018.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 2014. Painehaavojen ehkäisy ja hoito: tiivistelmä suosituksista. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/finnish-guideline-jan2016.pdf>. <https://www.shhy.fi/site/assets/files/1043/finnish-guideline-jan2015.pdf>. 2.3.2018.
- Harjola, V.P. 2016. Sydämen akuutti vajaatoiminta ja keuhkopöhö. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00131&p_haku=syd%C3%A4men%20vajaatoiminta. 20.3.2018.
- Heikkinen, H. 2018. Siun sote. Kliinisen hoitotyön asiantuntija. Perushoidon ja puhtauden merkitys (Painehaavan ehkäisyn kulmakivet). Painehaavapäivä-luentomateriaali.
- Hietanen, H. 2012. Haavasidosten luokittelu: vaikutusmekanismin mukainen luokittelu. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 319.
- Hietanen, H. 2013. Asentohoito ja apuvälineet. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 319–326.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi Kirjayhtymä Oy.

- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2015. Hoitosuositus – tutkimusnäytöllä tuloksiin. Teoksessa Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Ahtiala M., Hynninen N., Iivanainen A., Kinnunen U-M., Seppänen S., Tervo-Heikkinen T. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>. 26.1.2018.
- IGAP – Institute for Innovations in Healthcare and Applied Nursing Science. 2016. Micro-position – a supportive measure for the prevention of secondary diseases. <http://www.thevo.info/en/downloads/dl-finland/nursinginfos-fin/151-nursinginfo-6-fin/file>. 7.5.2018.
- Iivanainen, A. & Kallio, H. 2011. Toiminallisuutta ylläpitävä asentohoito. Haavalehdessä 3/2011. <http://docplayer.fi/16482165-Toiminnallisuutta-yllapitava-asentohoito.html>. 13.3.2018.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Joanna Briggs Instituutti. 2008. Tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus. (Joanna Briggs instituutti 2008). Painehaavat – Paineesta aiheutuvien kudsvaurioiden ehkäisy. Best Practice – Evidence based information sheets for health professionals. Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Berg, L., Mäntyvaara, P., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. Saatavilla: http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2008-2_1.pdf. 3.3.2018.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, R. 2014. Diureetit sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Duodecim. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00149. 6.3.2018.
- Kettunen, R. 2016. Sydämen vajaatoiminta. Kustannus oy Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084. 1.11.2017.
- Koivunen, M., Luotola, E., Hjerpe, A., Kauko, T. & Asikainen, P. 2017. Hoitohenkilökunnan painehaavojen ehkäisyn osaaminen sekä systemaattisen koulutusintervention merkitys osaamiselle. Hoitotiede 2017, 29 (1), 51–63.
- Koivunen, M., Suominen, S. & Asikainen, P. 2017. Sairaalavuodeosaston ruokailukäytännöt – potilaiden näkökulma. Tutkiva hoitotyö 3/2017, 12-13.
- Kukkonen, S. & Piirainen, A. 1990. Ihmisen perus liikkuminen ja sen edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kunnamo, I. 2007. Jalkojen turvotus. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96383.pdf>. 30.5.2018.
- Kuopion Yliopistollinen Sairaala. 2009. Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoitokirja, 20. http://kuopiossa.fi/c/document_library/get_file?uuid=84d15da5-7f06-4222-82c6-5a830b97b2db&groupId=74505. 20.2.2018.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kärki, S., Lehto, M. & Jukkala, J. 2006. Painekartoituspainehaavojen ehkäisyyn apuna. Katsaus. Lääkärikirja Duodecim 2006. 671–676. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95612.pdf>. 26.1.2018.
- Käypä hoito -suositus. 2017. Sydämen vajaatoiminta. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113>. 11.3.2018.
- Laitinen, E. 2016. Painehaava-kallista kärsimystä 20.10.2016 - Hoitotyön keinot ehkäistä painehaavoja, käytännön näkökulma. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/10/painehaavapaino-2016.pdf>. 26.1.2018.
- Leppänen P., Stigzelius, K. & Hokkinen, E-M. 2010. Selkäydinvammapotilaan asento- ja liikehoito-opas. Helsinki: Invalidiliitto Kuntoutuspalvelut.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. <http://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>. 22.3.2018.
- Lommi, J. 2013. Sydämen vajaatoiminnan hoito. Teoksessa Jokinen, E., Kupari, M., Laine, K., Nieminen, H., Pesonen, E., Sairainen, H. & Wallgren E. I. (toim.) Nuorten sydänsairaudet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 276.
- Lommi, J. 2016. Sydämen krooninen vajaatoiminta. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00133&p_haku=syd%C3%A4men%20vajaatoiminta. 20.3.2018.
- Lumio, J. 2017. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313. 18.1.2018.
- Lönn, M. & Pajunen, 2017. Noninvaasinen ventilaatiohoidon (NIV) käyttöperiaatteet & Noninvaasiset ventilaatiomallit. Teoksessa Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. (toim.). Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 52–54.
- Lönn, M. 2017. Noninvaasisen ventilaatiohoidon toteutus. Teoksessa Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. (toim.). Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 55-56.
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vaajaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2014. <http://www.duodecimlehti.fi/duo11941>. 28.1.2018.
- Pesonen-Sivonen, T. 2018. Asentohoito. Painehaavapäivä -luentomateriaali. Karelia ammattikorkeakoulu. Lehtori.
- Pohjois-Karjalan Keskussairaala. Sydänosasto 3A ja Sydänvalvonta. <http://www.pkssk.fi/sydanosasto-3a-ja-sydanvalvonta>. 22.3.2018.
- Pohjois-Karjalan Keskussairaala. Sydänpoliklinikka. <http://www.pkssk.fi/sydanpoliklinikka1>. 22.3.2018.

- Pohjois-Karjalan Keskussairaala. Sydäntoimenpideyksikkö.
<http://www.pkssk.fi/sydantoimenpideyksikko>. 22.3.2018.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro Oy. 4. uudistettu painos.
- Selkäliitto ry. 2018. Selän lepoasennot. <http://selkakanava.fi/selan-lepoasennot>. 5.4.2018.
- Siun sote 2017. Lonkan tekonivelleikkaus, potilaan opas. 1/2017. Pohjois-Karjalan keskussairaala.
- Soppi, E. & Ahtiala, M. 2012. Painehaavat, ehkäisy ja hoito. Sairaanhoitaja 6–7/2012, 62–64.
- Soppi, E. 2010. Katsaus. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim 2010. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98591.pdf>. 22.1.2018.
- Soppi, E. 2012. Painehaavojen esto tehohoidossa. Tehohoito 2012, 30(2), 139.
- Soppi, E. 2014. Ehkäise painehaavojen syntyminen. Lääkärilehti. 14.11.2014. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/ehkaise-painehaavojen-syntyminen/>. 2.3.2018.
- Soppi, E. 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=asentohoito. 18.1.2018.
- Soppi, E. 2017. Painehaava – keskeinen terveydenhuollon ongelma. Haava 3/2017, 45.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktiivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Helsinki: Otavan Kirjapaino.
- Teikari, M. 2016. Pulloon puhallus (vesi PEP). Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01179. 14.4.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Sydän- ja verisuonitaudit. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>. 18.1.2018.
- Tikkanen, A-M. 2018. Siun sote. Ravitsemusterapeutti. Ravitsemuksen merkitys (Painehaavojen ehkäisyn kulmakivet). Painehaavapäivä-luentomateriaali.
- Tilvis, R. 2016. Sydämen vajaatoiminta. Duodecim oppiportti <http://www.oppiportti.fi/op/ger00705/do#proxy>. 22.3.2018.
- Turtiainen, K. 2018. Painehaavariskin tunnistaminen – avain parempaan käytäntöön! & Haavatuotteiden hyödyntäminen painehaavan ehkäisyssä. Painehaavapäivä-luentomateriaali (Painehaavojen ehkäisy – hoitotyön työkalut). Siun Sote. Auktorisoitu haavanhoitaja.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 7.4.2018.
- Varpula, M. & Majamaa-Voltti, K. 2016. Akuutti sydämen vajaatoiminta: määrittelmä, aiheuttajat ja luokittelu. Duodecim, oppiportti. <http://www.oppiportti.fi/op/kar01220/do#proxy>. 18.1.2018.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Sivon Jäte, Sydänkeskus Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Janna Korhonen 0505999426, Janna Korhonen@stinson.fi Työn aihe Sydämen väjälä toimintapöytäsuunnitelman laadinta ja puisehaajojen	
Tekijä	Nimi Ulpu Remes ja Anni Puruskainen	Opiskelijanumero 1401425, 1700073
	Katuosoite Honkatie 7D13, Hällirivukatu 3B30	Postinumero 80400
	Puhelin 050-3106061, 0451281066	Postitoimipaikka 41400, Iisalmi
	Suoritettava tutkinto sairaanhoidon (amk)	Sähköpostiosoite ulpu.a.remes@edu.karelia.fi, Anni Puruskainen@edu.karelia.fi
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Heli Koponen ja Raija Tanstakan	Ryhmätunnus STH NK16A, STH NK16A
	Toimipaikka ja osoite Tikkariina 9, 80210 Joensuu	Tehtävänimike Lektor
	Puhelin 050 310 9148 (Heli Koponen)	Sähköpostiosoite heli.koponen@karelia.fi, raija.tanstakan@karelia.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Eira Nikkunen	Eira Nikkunen
Tekijä	Ulpun Remes ja Anni Puruskainen	Ulpun Remes ja Anni Puruskainen
Karelia-amk	Heli Koponen ja Raija Tanstakan	Heli Koponen ja Raija Tanstakan

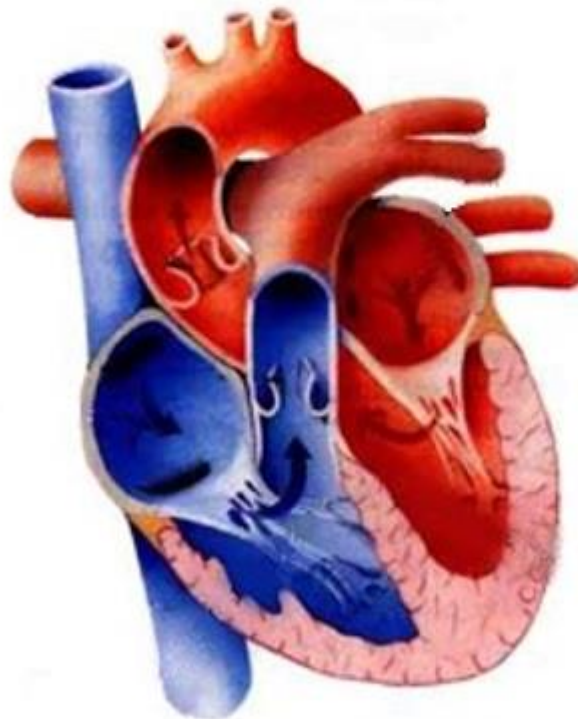
Ohjemateriaali:

Ohjelehtinen:

Suum
SOTE

SYDÄMEN
VAJAATOIMINTAPOTILAAN
ASENTOHOITO

-Ohje hoitohenkilökunnalle



Ohjemateriaali:

29

¶
Kannen kuva: Clip-art-ilmaiskuvat¶

¶
~**Sydämen vajaatoimintapotilaat ovat suuressa riskiryhmässä saada painehaavoja.** Oireet ovat erilaiset riippuen siitä kummalla puolella vajaatoiminta ilmenee. ~¶

¶
~Asentohoito on hoitajien yleisin hoitotoimenpide hoitolaitoksissa ja sairaalassa. Asentohoito on onnistuneen kuntoutumisen perusta. Asentohoidolla edistetään potilaan hengitystä, verenkiertoa ja nivelten virheasentojen sekä ihovaurioiden syntyä. ~ (Iivanainen & Kallio 2011.)¶

¶
~Painehaavojen ehkäisyn perustana on, että asentoa vaihdetaan kahden tunnin välein. ~¶ (Soppi 2016).¶

¶
~**Joanna Briggs** instituutin suositusten mukaan painehaavojen ehkäisevät toimenpiteet jaetaan seuraavasti: riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tunnistaminen, asentohoito, painetta vähentävien alustojen käyttäminen ja ravitsemushoito. ~ (JBI-suositus 2008)¶

Ohjemateriaali:

3

Painehaavojen riskitekijät: Liikkumattomuus, ihon kosteustasapaino, vanhuus, ylipaino tai alipaino, vajaaravitsemus, tuntuuutokset, sairaus, lämpötilan lasku sekä rauhoittavat lääkkeet. (Turtiainen 2018).

**PAINEEHAAVAT LYHYESTI:**

- Kahdeksan tunnin kuluessa hoitoon saapumisesta ihon kunto tulee tarkistaa ja potilaan painehaavariski tulee määrittää.
 - Iho arvioidaan painehaavariskin arvioinnin yhteydessä yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti ja aina potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan tai kotiutuessa.
 - Myös pienet painehaavan alut eli 1-asteen painehaavat kirjataan Mediatriniin ja tehdään HaiPro-ilmoitus.
 - **Vajaaravitsemusriskin arviointi tehdään jokaiselle painehaavariskissä olevalle potilaalle.**
 - Viivästynyt ravitsemuksen tehostaminen vaikuttaa merkittävästi painehaavan syntyyn, erityisesti sydämen vajaatoiminta potilaalla.
 - Ravitsemuksen kartoittamiseen käytetään akuuttihoiossa mm. **NRS 2002-** sekä erityisesti ikääntyneille yli 65-vuotiaille suunnattua **MNA-riskimittaria**.
-

Ohjemateriaali:

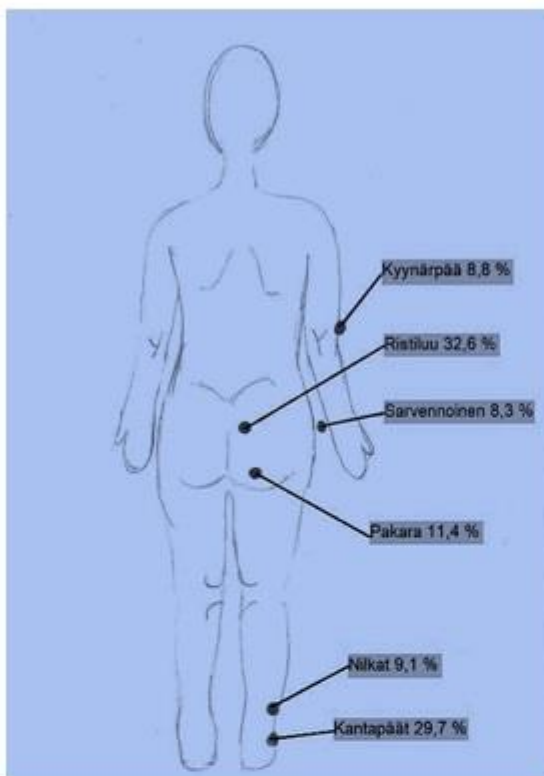
4

ASENTOHOITO LYHYESTI:

- Asentohoito on merkittävässä asemassa painehaavojen ehkäisyssä.
- Asentohoidon tarkoituksena on vähentää paineen kestoa ja voimakkuutta potilaan luisten ulokkeiden kohdalla. Mahdollisimman nopealla kuntoutuksen aloituksella vähennetään yleiskunnon heikkenemistä, joka liittyy pitkittyneeseen vuodelepoon.
- ***Liikuntakyvottomän potilaan asentoa vuoteessa vaihdetaan 2 tunnin välein, jos painetta keventäviä apuvälineitä ei ole saatavilla.***
- Asentoa siirtäessä varmistetaan, etteivät katetrit ja letkut jää puristuksiin ja aiheuta painetta potilaan iholle.
- Happi-, CPAP- ja NIV- naamarin ja hihnojen aiheuttamien painehaavaumien syntyminen estetään, kun pehmustetaan nenänselkä, posket ja korvat. (Katso Mepilex®-haavasidosten leikkausvinkit.)
- Vuodelevossa olevan potilaan toimintakyky arvioidaan siten, että potilasta avustetaan käyttämään jäljellä olevaa toimintakykyään aktiivisesti.
- Vuodepotilaan korvan- ja niskan alueen painehaavojen ehkäisy on erittäin tärkeää. Niitä ehkäistään hyvällä asentohoidolla.

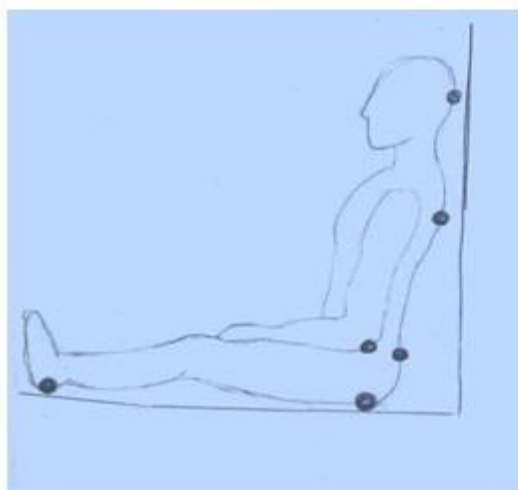
Ohjemateriaali:

5

**Painehaava pisteet:**

➤ Kuva 1: Potilas selkä kuvan suuntaan (selinmakuu- asento).

- Käytetyin painehaavamittari on **Braden -riskimittari**.
- Braden tehdään potilaan saavuttua hoitoon tai viimeistään 8 tunnin kuluttua.



➤ Kuva 2: Potilaan istuva/puoli-istuva asento.

Kuvat: mukailen [Dealey](#) 2008, 125-139.

Ohjemateriaali:

6

VUODEPOTILAAN ASENTOHOITO**SELINMAKUU- ASENTO**

- Potilaan pää on keskiasennossa sekä niskan alla on pieni tyyny tukemassa kaularangan notkoa.
- Alaraajat pidetään suorana ja polvet pienesti irti toisistaan.
- Kantapäät pidetään irti vuoteesta erilaisten tynnyjen avulla painehaavojen syntymisen estämiseksi.
- Vuoteen jalkopäässä suositellaan pidettävän tynnyä.
- Lyhytkestoinenkin selinmakuu saattaa aiheuttaa painumia ihoon, jolloin takaraivo, lapaluut, kyynärpäät, ristiluu ja kantapäät tulisi suojata apuvälineillä. (katso painehaava pisteet.)

Ohjemateriaali:

7

**PÄINMAKUU-ASENTO:**

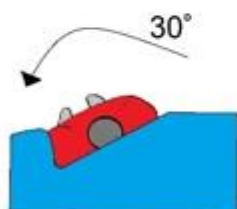
- Estää lonkkaniveliä koukistumasta ja aktivoi selänlihaksia.
- Potilaan kasvot on käännetty sivulle, jotta hengittäminen onnistuu.
- Selkärangan normaalinomaiset mutkat säilytetään laittamalla pään alle pieni tyyny.
- Potilaan vatsan alle laitettu pieni tyyny estää lannerangan liiallisen notkon. Huolehdi, että se ei vaikeuta potilaan hengittämistä.
- Varmista aina lääkäriltä, että päinmakuu- asento sopii käytettäväksi potilaalle.

Ohjemateriaali:

8

**30 ASTEEN KYLKIASENTO:**

- Toteutetaan kallistettuna tyynyjen avulla noin 30 asteen kylkiasentoon, jotta paine jakautuu lantion kohdalla mahdollisimman laajalle alueelle.



- Asentoa vaihdetaan molemmille kyljille ja vatsalleen vuorotellen, jos potilaan tila sallii.

Ohjemateriaali:

9

- Tyynyillä estetään raajojen painuminen toisiinsa. (30 asteen kallistus, mukailen Hietanen 2012. 319.)

**PSOAS- ASENTO:**

- Jalkojen kohoasento on hyvä asento esimerkiksi hengitysvajaus potilaalle. Kohoasennon avulla voidaan lievittää myös jalkojen turvotuksen oireita.
 - Kohoasennossa tehdään koukistus lonkka- ja polviniveliin. Psoas-asennossa jalat asetetaan 90 -asteen kulmaan, käyttäen apuna psoas-tyynyä tai tyynypinoa.
 - Psoas-asento eli kohoasento on niin kutsuttu selän lepoasento. Lepoasentoissa ollaan noin 10-15 minuuttia kerrallaan.
-

Ohjemateriaali:

10

**PUOLI-ISTUVA ASENTO:**

- Selkänöjan nostamisen ja polvitaiteiden kohdalta sängyn taittaminen estää kehon valumisen jalkopään suuntaan. Tämä vähentää kudosten venymistä.
- Kantapäihin kohdistuu helposti liikaa painetta. Riskinä on, että potilaan kantapäät haavautuvat, etenkin jos potilas pyrkii kantapäillään työntämään itseään ylemmäksi.
- Kantapäiltä tulee poistaa paine laittamalla säären alle vaahtomuovisen tyynyn kulman, jotta se ei paina akillesjännettä.
- Voi käyttää myös geelityynyjä kantapäiden alla.
- Lievä kohoasento riittää, kunhan kantapäät ovat irti alustasta.

Ohjemateriaali:

11

LIIKEHOITO:

• **Asentohoidon rinnalla tehdään liikehoitoa potilaalle säännöllisesti.**

• Aktiivisissa liikeharjoituksissa potilas osallistuu harjoituksiin tai tekee ne itse.



• Hengitysharjoitukset PEP-pullon puhaltamisen avulla ovat myös aktiivisia liikeharjoituksia.

PEP-pulloon puhallus:

• Puhalluksia tehdään 10–15 kertaa peräkkäin. Kunkin puhallussarjan jälkeen yskäistään muutamia kertoja, niin että limaa irtoa. Pidetään muutaman

minuutin tauko ja toistetaan puhallussarja 2–3 kertaa.

• Puhalluksia tehdään useita kertoja päivässä, esim. 3–5 kertaa muutaman tunnin välein.

Ohjemateriaali:

12

**YLÄRAAJAN AKTIIVINEN LIIKEHARJOITUS:**

- Olkanivelen koukistus tapahtuu peukalo edellä hartiaa nostamatta. Kädet viedään alhaalta ylös.
- Aktiivisissa liikeharjoituksissa potilas osallistuu harjoitukseen tai tekee ne itse. Voi tehdä myös vuoteessa istuen.

Ohjemateriaali:

13

**NILKKOJEN OJENNUS JA KOUKISTUS:**

- Vuodepotilaalle ohjataan nilkkojen koukistus ja ojennus.
 - Koukistaessa tai ojentaessa nilkkoja verenkierto vilkastuu.
 - Nilkkaa koukistetaan kevyesti ja polvitaivetta painetaan alustaa vasten reisilihasta jännittämällä. Jännitystä pidetään noin 5 sekuntia ja rentoutetaan.
-

Ohjemateriaali:

14



JALKOJEN LOITONNUS:

- Reisilihasta jännitetään kevyesti painamalla polvitaive alustaan, ja koukistetaan samalla nilkkaa.
- Alaraajaa liu'utetaan sivulle.
- Varpaiden tulee osoittaa ylöspäin liikkeen ajan.

Ohjemateriaali:

15

LÄHTEET:

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö – sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 1.painos 2012.
- Dealey, C. 2005. The Care of Wounds ; A Guide for Nurses. John Wiley & Sons Incorporated. 3. painos 2008. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/pkamk-ebooks/reader.action?docID=351527&query=pressure+ulcer>. 22.3.2018.
- Heikkinen H. 2018. Painehaavapäivä-koulutus. Sjun Sote. Kliinisen hoitotyön asiantuntija.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. Hoitosuositus – tutkimusnäytöllä tuloksiin. Ahtiala M., Hynninen N., Iivanainen A., Kinnunen U-M., Seppänen S., Tervo-Heikkinen T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen ai-kuispotilaan hoitotyössä. <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>. 26.1.2018.
- Iivanainen, A. & Kallio, H. 2011. Artikkel. Julkaistu Haava-lehdessä 3/2011. <http://docplayer.fi/16482165-Toiminnallisuuttayllapitava-asentohoito.html>. 13.3.2018.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012 b. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Kustannus-osakeyhtiö Tammi. 7. uudistettu painos 2012.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) 2013. Teoksessa Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, R. 2016. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084. 1.11.2017. & http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00149. 6.3.2018.
- Lumio, J. 2017. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313. 18.1.2018.
- Mölnlycke. 2013. Mepilex®-leikkausvinkit. <http://www.molnlycke.fi/tietoa/ohjeet-haavanhoitotuotteet/mepilex-leikkausvinkit/>. 25.4.2018.
- Selkäliitto ry. Selän lepoasennot. <http://selkakanava.fi/selan-lepoasennot>. 5.4.2018.
-

Ohjemateriaali:

16

- Siun Sote 2017. Lonkan tekonivelleikkaus, potilaan opas. 1/2017. Pohjois-Karjalan keskussairaala.
- Soppi, E. 2016. Painehaavan ehkäisy ja hoito. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00352&p_haku=asentohoito. 18.1.2018.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Helsinki: Otavan Kirjapaino.2013.
- Teikari, M. 2016. Pulloon puhallus (vesi-PEP) Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01179. 14.4.2018.
- Turtiainen. K.2018. Paianehaavapäivä-luentomateriaali. Siun Sote. Auktorisoitu haavahoitaja.
-

**Tämä opas on toteutettu osana
opinnäytetyötä vuonna 2018.**

Opinnäytetyö: SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA
SAIRASTAVAN ASENTOHOITO JA PAINEEHAAVOJEN
EHKÄISY.



Sairaanhoitaja koulutus

Tekijät:

**Sairaanhoitajaopiskelijat
Anni Puruskainen ja Ulpu Remes**

Asentokuvien mallit: Anni Puruskainen ja Ulpu Remes

Ohjemateriaali:

Laminoidut A3-kokoiset kuvat:



30-ASTEEN-KYLKIASENTO



30-ASTEEN-KYLKIASENTO

Ohjemateriaali:



30 ASTEEN KYLKIASENTO



PUOLI-ISTUVA ASENTO

Ohjemateriaali:



PÄINMAKU-ASENTO



SELINMAKU-ASENTO

Ohjemateriaali:



PSOAS- ELI KOHOASENTO

Palautelomake

Tämä palaute tulee vain opinnäytetyön raporttiin tuotoksen arviointiosioon.

Palautelomakkeet tuhotaan analyysin jälkeen.

Vastaukset pyydetään anonyymisti!

1. Lisäsikö ohjemateriaali valmiuksiasi asentohoidosta? Millaisia valmiuksia koit sen lisäävän?

2. Onko opas hyödynnettävissä työssäsi? Millä tavalla?

3. Vapaa sana: Risut ja Ruusut!

Kiitos palautteestasi! 😊