

MAAHANMUUTTAJASAIRAANHOITAJAOPISKELIJOIDEN  
TIETOA PAINEHAAVASTA,  
PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISYSTÄ JA HOIDOSTA

Ljudmila Oksanen ja Yialemis Elvino

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Oksanen, Ljudmila & Elvino, Yialemis. Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta, painehaavan ennaltaehkäisyistä ja hoidosta. Helsinki, kevät 2010, 87 sivua, 5 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK) pätevyyskoulutus.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kyselylomakkeiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada selville, millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisyistä ja sen hoidosta sekä miten painehaavapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää.

Opinnäytetyötä varten kerättiin aineisto Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan pätevyyskoulutuksessa olevilta maahanmuuttajasairaanhoitajilta. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeilla. Aineiston keruumenetelmäksi valitsimme avoimet esseekyselylomakkeet. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla.

Tavoitteena oli jäsennellä tietoa painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoidosta ja lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta siitä sekä laajentaa omaa näkökulmaa tästä aiheesta, jotta osaamme hyödyntää tietoa eri työpisteissä, joissa työskentelemme tulevaisuudessa. Tämä opinnäytetyömme on hyödyksi alan opiskelijoille ja hoitohenkilökunnalle nostattamaan keskustelua ja herättämään huomiota painehaavan ennaltaehkäisyä osana hoitotyötä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan pätevyyskoulutuksessa olevat maahanmuuttajasairaanhoitajat ovat tietoisia painehaavan ennaltaehkäisyistä ja hoidosta.

Johtopäätökseenä opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan sanoa, että vastaajilla oli kokemusta ja riittävä käsitys painehaavan ennaltaehkäisyistä ja hoidosta. Mielestämme olisi kehitettävä sairaanhoitajien nestehoidon osaamista painehaavan hoitamisessa, jotta he kykenisivät hyödyntämään tietoa asiantuntevasti.

Asiasanat: painehaava, ennaltaehkäisy, painehaavahoito, maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET .....	8
3 MAAHANMUUTTAJASAIRAANHOITAJIEN KOULUTTAMINEN DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUSSA.....	11
4 TERVE IHO JA PAINEHAAVA .....	13
4.1 Ihon hoito ja hygienia.....	16
4.2 Painehaavan määrittely.....	17
4.3 Painehaavojen esiintyvyys (prevalensi) ja painehaavan etiologia .....	17
4.4 Riskitekijät.....	19
4.5 EPUAP–Painehaavojen luokittelujärjestelmä (HIV aste) .....	19
4.6 Riskiluokitusmittarit.....	22
5 PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISY .....	23
5.1 Potilaan tukeminen ja ohjaaminen .....	23
5.2 Asentohoito ja asentohoidon periaatteet.....	23
5.3 Asentohoidon eri muodot .....	24
5.3.1 Selin makuu .....	24
5.3.2 Kylkimakuu .....	25
5.3.3 Päänmakuu .....	26
5.3.4 Puoli-istuva asento.....	26
5.4 Apuvälineet .....	27
6 PAINEHAAVAN HOITO .....	30
6.1 Kivun hoitotyö ja arviointi .....	30
6.2 Painehaavojen arviointi ja hoito .....	32
6.3 Painehaavojen diagnostiikka .....	33
6.4 Painehaavan hoito.....	34
6.5 Kirurginen hoito .....	35
6.6 Hoidon porrastus .....	36
6.7 Ravitseminen .....	36

6.8 Nesteytyksen arviointi .....	38
7 TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	39
7.1 Tutkimuskysymykset .....	39
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	39
8.1 Tutkimusmenetelmä .....	39
8.2 Tutkimusaineiston keruu .....	41
8.3 Tutkimusympäristö ja tutkimushenkilöt .....	42
8.4 Taustatiedot .....	43
8.5 Aineiston analyysi .....	43
9 TUTKIMUSTULOKSET .....	46
9.1 Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisyssä .....	46
9.1.1 Asentohoito .....	47
9.1.2 Ihon hoito .....	47
9.1.3 Apuvälineet .....	48
9.2 Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitaja-opiskelijoilla on painehaavan hoidosta. ....	49
9.2.1 Potilaan aktiivisuus ja omatoimisuus .....	50
9.2.2 Potilaan ravitsemushoito .....	50
9.2.3 Nestehoidon merkitys .....	51
9.2.4 Nestehoito .....	51
9.3 Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden kehittämissuositukset painehaavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa .....	52
9.3.1 Psykofyysinen hoito .....	53
9.3.2 Omaisten osuus hoitamisessa .....	54
9.3.3 Kuntouttava hoitotyö .....	54
10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUS .....	56
11 TUTKIMUSETIIKKA .....	58
12 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	60
13 POHDINTA .....	68

13.1 Ammatillisen kasvun pohdinta.....	68
13.2 Jatkotutkimusehdotukset .....	71
13.3 Kiitoksia .....	71
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>73</b>

#### LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoille (4 sivua)	
Liite 2 Saatekirje A27MaMuSh ryhmän	
Liite 3 Tutkimuslupa-anomus tutkimusjohtaja Sakari Kainulainen, Diakonia- ammattikorkeakoulu	
Liite 4 Bradenin asteikko	
Liite 5 Pelkistetyt alkuperäiset lauseet	

#### KUVAT

KUVA 1 Ihon kerrokset	
KUVA 2 Kuormituspisteet	
KUVA 3 Ensimmäinen asteen painehaava: Vaalenematon eryteema	
KUVA 4 Toisen asteen painehaava: Rakkula	
KUVA 5 Kolmannen asteen painehaava: Pinnallinen haava	
KUVA 6 Neljäs asteen painehaava: Syvähaava	
KUVA 7 Painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytettävät apuvälineet	
KUVA 8 Kipumittari	

#### TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymykset	
TAULUKKO 2. Teema 1	
TAULUKKO 3. Teema 2	
TAULUKKO 4. Teema 3	

## 1 JOHDANTO

Valitsimme painehaava-aiheen, koska meillä on työkokemusta sairaanhoitajana ulkomailla vuodeosastolla ja siellä olemme nähneet potilaita, joilla on erilaisia painehaavoja. Toinen motiivi aiheelle oli, että vaikka olemme kotoisin eri maista, näimme molemmissa maissa samoja ongelmia painehaavan hoidossa. Kun keskustelimme aiheesta, huomasimme, että tilanne on haasteellinen.

Painehaavojen ennaltaehkäisy ja hoitotyö sekä painehaavoille riskialttiiden potilaiden tunnistamisen keinot ovat vielä monessa sairaalassa riittämättömät ja yksipuolisia. Painehaavojen hoito vaatii asiantuntemusta ja koulutusta. Painehaavat ovat merkittävä ja monimutkainen ongelma eikä niiden ennaltaehkäisyyn riitä pelkään yksi hoitoperiaate. Tieteellisesti tutkittuun tietoon perustuvan hoidon linjat on tärkeä selvittää. Painehaavojen seurauksia ei voi aliarvioida, sillä painehaavat aiheuttavat suuria lisäkustannuksia terveydenhuoltojärjestelmälle ja potilaan elämänlaadun heikkenemistä sekä lisäävät kuolleisuutta. (Hyvinkangas 2008, 1.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kyselylomakkeiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta, millaista tietoa heillä on painehaavan ennaltaehkäisystä ja painehaavan hoidosta, sekä miten painehaavapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää.

Tavoitteena on jäsentää tietoa painehaavoja ennaltaehkäisevästä hoidosta ja laajentaa omia näkökulmia tässä aiheessa. Työssä haluamme keskittyä ennaltaehkäisyyn ja hoidon prosessiin. Kerromme, mikä on painehaava, sen oireista, synnystä, riskitekijäistä, luokituksesta, ehkäisyistä, apuvälineistä, konservatiivisesta ja kirurgisesta hoidosta sekä ravitsemuksesta.

Terveydenhuollon keskeinen tehtävä on tarjota mahdollisimman tehokasta, laadukasta ja taloudellisesti edullista hoitoa potilaille. Painehaavojen osalta se tarkoittaa tarkoituksenmukaista ennaltaehkäisevää hoitoa ja painehaavojen tunnistamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Helsingin kaupunki terveystieteiden tutkimuskeskus 2002.)

Tässä tutkimuksessa tarkoitamme Diakilla Diakonia-ammattikorkeakoulun Etelän yksikön, Helsingin toimipaikkaa, jossa opiskelimme ja jossa suoritimme tutkimuksemme.

Diakonia-ammattikorkeakoulun keskeinen tavoite on kouluttaa monitaitoisia, eettisesti vastuullisia ja työelämäkehittäviä ammattilaisia. Koulutuksessa tuetaan opiskelijoiden ammatillista ja persoonallista kasvua sekä heidän aktiivista osallistumistaan opetukseen ja sen kehittämiseen. Koulutuksen toteutuksessa painotetaan yhteisöllisyyttä, monikulttuurisuutta ja kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä. (Koistinen, Mäkitalo, Miettinen, Uusipaikka, Pesari & Rantanen 2003, 7.)

Diakonia-ammattikorkeakoulun järjestelmän maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien (AMK) pätevyyskoulutuksen opetussuunnitelman lähtökohtana on aikaisemmin ulkomailla hankitun terveydenhuoltoalan koulutuksen pätevyttämisen vastaamaan suomalaisen sairaanhoitajatutkinnon vaatimuksia. Koulutus perustuu Diakin hoitotyön koulutusohjelman hoitotyön suuntautumisvaihtoehtoon. Keskeistä koulutusohjelmassa on opintojen henkilökohtaistuminen, missä huomioidaan opiskelijan aikaisempi koulutus ja työkokemus. (Partanen-Rytilahti 2007.)

Tämä opinnyttö on osa kasvuamme sairaanhoitajaksi Suomessa. Saimme monipuolista tietoa painehaavan ennaltaehkäisystä ja -hoidosta. Uskomme, että tulevassa ammatissamme meille on suurta hyötyä siitä, että olemme perehtyneet niin tarkasti painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Opinnyttöön myöskin olemme saaneet myös arvokkaan kokemuksen oppimisesta.

Väestön ikäntyy ja sairauksien aiheuttamat muutokset saattavat lisätä painehaavojen määrää, ellei toimenpiteisiin ryhdytä. Kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä on kiinnitettävä erityisesti huomiota potilaiden riskiin saada painehaava. Suurin osa painehaavoista voidaan estää, ja on tärkeää, että on käytettävissä ohjeet sekä painehaavojen ehkäisyä että henkilökohtain koulutusta varten. Näiden on perustuttava parhaaseen saatavilla olevaan tutkimusaineistoon. Painehaavojen ehkäisyn tavoitteet ja keinot tulee kirjata, jotta tavoitteisiin päästään. (Koskimies, Lahtinen, Niura & Palmgren 2009.)

## 2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Maahanmuuttajien kokemuksista ja elämästä suomalaisessa yhteiskunnassa on saatavilla paljon erilaista tutkimustietoa (Partanen-Rytilahti 2008, 93). Juuri meidän valitsemamme aiheista maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavan ennaltaehkäisystä ja painehaavan hoidosta tutkimusta ei löydy Suomessa lainkaan.

Minna Partanen-Rytilahden (2008), Pro gradu -tutkielman aiheena oli: Maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillinen kasvu ja kehitys. Sillä on yhteys meidän opinrytetyömme aiheeseen, jossa tiedonantajina ovat maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat. Painehaavan ennaltaehkäisy ja hoidosta otimme huomioon Piia Hyvänien (2008), Pro gradu -tutkielman, jonka aihe oli: Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastoilla 1 ja 2. Käytimme tätä tutkielmasta tietoa omassa tutkimuksessamme.

Minna Partanen-Rytilahti, Pro gradu -tutkielma, maaliskuu 2008. Maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillinen kasvu ja kehitys. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata pätevyyskoulutuksessa olevien sairaanhoitajien ammatillista kasvua ja kehitystä edistävää ja estävää tekijää Suomessa suoritetun ammattikorkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen aikana. Aineisto kerättiin (Diakonia-ammattikorkeakoulun) kymmeneltä (N=10) vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuneelta opiskelijalta, jotka olivat suorittaneet sairaanhoitajan, väliskärin tai kätien tutkinnon Pohjoismaiden ulkopuolella. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimuksen tulosten mukaan maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillinen kasvu ja kehitys oli prosessi, joka alkoi jo omassa kotimaassa, ammatinvallinnan yhteydessä Suomessa suoritetun pätevyyskoulutuksen aikana ammatillista kasvua selkeimmin edistyneiksi tekijöiksi muodostuivat opiskelijoiden oma kiinnostus ja motivaatio sekä opettajien antama tuki ja ohjaus. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa maahanmuuttajille tarkoitettuja hoitotyön koulutuksia. (Partanen-Rytilahti 2008.)



Piia Hyvärinen, Pro gradu -tutkielma, huhtikuu 2008: Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastoilla 1 ja 2. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Piia Hyvärinen (2008) kartoittaa ja kuvailee Oulun yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja tehoyksikön teho-osastojen painehaavojen ennaltaehkäisevän hoitotyön menetelmää ja painehaavojen esiintyvyyttä. Tarkoituksena oli myös tarkastella tehohoitotyön luokitusjärjestelmän (THLJ) kirjattujen terveysongelmien yhteyttä painehaavojen syntyyn ja tätä kautta THLJ:n soveltuvuutta tehohoidossa käytettäväksi painehaavojen riskiluokitusmittariksi.

Teho-osastoilla 1 ja 2 painehaavojen ennaltaehkäisevän hoidon menetelmiin kuuluvat potilaan ihon kunnon arviointi, painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitotyön dokumentointi, potilaan perushoito, potilaan ravitsemus- ja nesteytystilan arviointi sekä ihoon kohdistuvaa painetta vähentävien makuualustojen käyttö. Teho-osastoilla 1 ja 2 ei käytetä painehaavojen riskiluokitusmittareita painehaavojen ennaltaehkäisevässä hoitotyössä. THLJ:stä on mahdollista kehittää painehaavojen riskiluokitusmittari, sillä terveysongelmilla hengitysmekaniikka, kaasujenvaihto, kudospesuusio ja ravitsemus on yhteyttä painehaavan syntymiseen tehohoitopotilaalla. THLJ mittaa painehaavan riskinäillä osa-alueilla, jotka ovat olennaisia tehohoitotyössä. Painehaavojen esiintyvyys teho-osastoilla oli vähäistä. Teho-osastoilla 1 ja 2 oli syntynyt painehaava vain yhdelle prosentille potilaista tehohoitajakson aikana vuosina 2005-2006. Tutkielman tietoa voidaan käyttää hyväksi tehohoitotyön tutkimuksessa sekä painehaavojen ennaltaehkäisevän hoitotyön kehittämisessä ja koulutuksessa. (Hyvärinen 2008.)

Tutustuimme myös kahteen Metropolia AMK:n opinryhteytiin:

Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen – interventiotutkimus: potilasasiakirjojen sisällön analyysi. Opinryhteytämme aiheena oli painehaavojen hoidon kirjaamisen analysointi. Tekijät: Jenni Koskimies, Minna Lahtinen, Virve Niura ja Petra Palmgren. Valmistunut keuhkokuume 2009.

Opinryhteytön tarkoituksena oli analysoida hoitotyön dokumenteista sitä, miten intervention toteuttaminen näkyi hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimusaineisto saatiin 62 potilaasta. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä käyttäen intervention osa-alueiden pohjalta tehtyä luokittelurunkoa. Luokittelurungot oli jaettu interventiotutkimuksen osa-alueiden mukai-

sesti painehaavariskin kartoittamiseen, kudoseheyden säilymiseen, ravitsemustilan korjautumiseen, henkiseen vireyteen/orientoitumiseen ja vuorovaikutukseen. (Koskimies, Lahtinen, Niura & Palmgren 2009.)

Tuloksien pohjalta kävi ilmi, että osastolla suoritettu interventio ei ilmene juurikaan hoitajien kirjaamisissa. Hoitosuunnitelmissa oli parhaiten kirjattu ihon kunto, liikkuminen ja asentohoito. Päivittäisissä kirjauksissa eniten kirjauksia oli edellä mainituiden lisäksi virtsaamisesta, syömisestä ja henkisestä vireydestä. Yhteenvedoissa eniten oli kirjauksia ihon kunnosta, liikkumisesta ja ravitsemustilasta. Painehaavariski- ja vajaaravitsemuspisteet oli yleisesti laskettu, mutta niiden pistemäärä ei oltu avattu kirjauksissa. Peseytymistä ja puhtautta ei ollut kirjattu tarpeeksi hoitosuunnitelmiin ja yhteenvetoihin. Kaikissa potilasasiakirjoissa oli liian vähän kirjauksia potilaan ja omaisen ohjauksesta, vuorovaikutuksesta sekä painehaavan ehkäisyn apuvälineiden käytöstä ja niiden vaikutuksesta hoitoon. (Koskimies, Lahtinen, Niura & Palmgren 2009.)

Painehaavojen ehkäisy ja varhaisen tunnistamisen ilmeneminen hoitotyön kirjaamisessa.  
Tekijät: Lea Havukainen, Riitta-Leena Kauppinen. Valmistunut syksyllä 2009.

Tutkimusprojektin tarkoituksena on kehittää kustannustehokas hoitotyön interventio painehaavojen ehkäisyyn, toimeenpanna se ja arvioida kehitettyä interventiota ja sen vaikutuksia. Tavoitteena on tutkimuksen tuoman tiedon avulla painehaavojen varhainen tunnistaminen ja ehkäisyn kehittyminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on analysoida potilasdokumenteista sitä, miten intervention osa-alueet ilmenevät hoitotyön kirjaamisessa vertailuosastolla. Tulokset osoittivat, että kirjaaminen painottui selvästi muutamaankin intervention osa-alueeseen sisältyvään luokkaan ja valtaosin se oli puutteellista. Hoitosuunnitelmissa kirjaaminen oli puutteellista, vain liikkumista kirjattiin melko usein. Omaisten ohjauksesta, asento- ja hoidosta, puhtaudesta, hikoilemisesta, painon seurannasta ja ravinto-ohjauksesta ei valtaosin kirjattu. Potilaan vuorovaikutuksesta omaisten ja toisten potilaiden kanssa oli myös vähän kirjauksia. (Havukainen & Kauppinen 2009.)

### 3 MAAHANMUUTTAJASAIRAANHOITAJIEN KOULUTTAMINEN DIAKONIA-AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Koskimäen (2004) mukaan maahanmuuttajien yleinen koulutustoiminta ja ammatillinen koulutus yleistyivät voimakkaasti 1990-luvulla, maahanmuuttajien määrän kasvaessa. Yhä useammat maahanmuuttajat siirtyvät Suomessa suoritetun perusvalmiudet antavan koulutuskoulutuksen jälkeen ammatilliseen koulutukseen, tavoitteena hankkia ammattiin johtava tutkinto, joka puolestaan helpottaa työllistymistä. (Koskimäki 2004, 10.)

Karhian (2005) mukaan Diakonia ammattikorkeakoulun järjestämien maahanmuuttajille suunnatun orientoivan koulutuksen kokemukset on koottu raporttiin, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa järjestettävien koulutusten kehittämisessä. Raportin mukaan kielitaidon ongelmat ja kulttuurierot koettiin haastaviksi. Oppimisvaikeudet vaikuttivat raportin mukaan opiskelijoiden motivaation. Maahanmuuttajien kouluttamisessa oppimisvaikeuksien selvittämisen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Kulttuurien väliset ristiriidat vaikuttavat ryhmän toimintaan. Maahanmuuttajataustaiset opiskelijat tarvitsevat kannustusta koko ympäröivästä opiskeluyhteisöstä. (Karhia 2005.)

Maahanmuuttajasairaanhoitajien hoitamaan oppimisessa tärkeimmiksi oppimista edistäneiksi tekijöiksi havaittiin korkea motivaatio, käytännön harjoittelu ja taustaltaan yhtenäinen opiskelijaryhmä. Eniten opiskelua haittasi puutteellinen suomen kielen taito ja ennako-odotuksista poikkeava opiskeluprosessi. (Soinne 2005.)

Maahanmuuttajien jatkokouluttaminen ja hoitotieteelliseen tutkimustyöhön osallistuminen tutkijoina on tärkeä, jotta hoitotieteen kehittämiseen saadaan mukaan monikulttuurinen vaikutus. Maahanmuuttajasairaanhoitajien rohkaiseminen jatko-opintoihin ja sopivien tutkimusprojektien järjestäminen heille lisää heidän kiinnostustaan hoitotiedettäkohtaan. Pitkän ajan tavoitteena tulee olla maahanmuuttajataustaisen tutkijajoukon kasvattaminen hoitotieteellisen tutkimuksen alalla. (Leeman, Goepfinger, Funk & Roland 2003.)

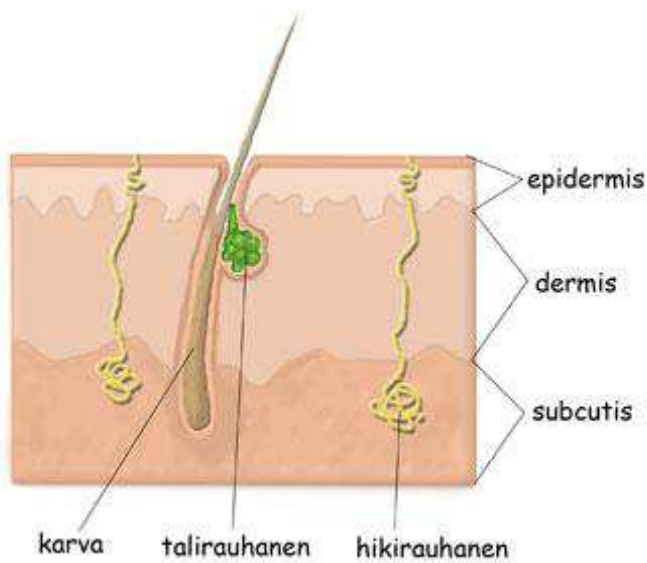
Pätevyyskoulutus, jossa tutkimukseen osallistujat olivat, käynnistyi elokuussa 2009 ja päättyi maaliskuussa 2011. Koulutus toteutetaan rekrytointikoulutuksena, jonka Helsin-

gin työvoimatoimisto ja Helsingin kaupungin henkilökeskus hankkivat työvoimapoliittisen aikuiskoulutuksen yhteishankintana.

Opiskelijavalinnoissa etusijalla ovat helsinkiläiset. Hakijoiden suomen kielen taidot on oltava riittäviä, jotta koulutuksesta pystyi suoriutumaan. Opetus tapahtuu suomen kielellä. Koulutuksella opiskelijat saavat täyden aikaisemman sairaanhoitajan, välkärin tai kätilön koulutuksensa Suomen vaatimusten mukaiseksi AMK-tutkinnoksi. Koulutus koostui sekä teoriaopetuksesta että työoppimisesta.

#### 4 TERVE IHO JA PAINEHAAVA

Iho (*cutis*) on rajapinta elimistön ja ulkomaailman välillä. Se on ihmisen suurimpia elimiä, ja sillä on ratkaiseva merkitys elintoiminnoille. Ihon rakenteessa erotaan kolme kerrosta: orvaskesi (*epidermis*), verinahka (*dermis*) ja ihonalainen kerros (*subcutis*). Epidermis ja dermis painovat yhdessä noin 4 kg, joka on noin 5 % koko kehon painosta. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 9.)



KUVA 1 Ihon kerrokset (Solunetti 2006.)

Epidermiksiin ja dermiksiin paksuus on 1-4 mm. Aikuisen ihmisen ihon kokonaispinta-ala on 1,5-2m<sup>2</sup>. Ihon keskimääräinen pH on 5,5. Epidermis on ihon uloin kerros, jossa ei ole verisuonia. Epidermiksiin kuuluu pääasiassa viisi eri kerrosta: sarveis-, kirkas-, jyväis-, oka- ja tyvisolukerros. Epidermiksiin paksuus vaihtelee sarveis- eli keratiinikerroksen esiintyvyyden mukaan suuresti kehon eri kohdissa. Keskimääräinen epidermiksiin paksuus on 0,1-0,2 mm. Epidermis uusiutuu jatkuvasti. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 10.)

Uloimmassa epidermiksiin kerroksessa, sarveiskerroksessa, solut ovat kuolleita ja poistuvat ihon pinnalta. Ihosolun elinkaari on noin neljä viikkoa. Normaalissa tilanteessa epidermis uusiutuu kokonaan 45–75 päivässä. Sarveiskerros (*stratum corneum*) muodostuu useista kerroksista litteitä, kuolleita, keratiiniin täynnä soluja, jotka ovat sarveistuneet. Ne sisältävät liukenematonta proteiinia, joka suojelee ihoa pH:n ja ympäristön muutoksilta ja te-

kee siten ihosta vesitiiviin ja vastustuskykyisen. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen. 2002, 10.)

Kirkassolukerros (*stratum lucidum*) muodostuu tumattomista ja jyvättömistä litteistä soluisista, jotka sisältävät eleidiiniä, sarveisaineen muodostuksen välivaiheessa syntyvää ainetta, joka koostuu keratohyaliinista. Kirkassolukerrosta on vain niissä kohdin kehoa, joissa epidermis tarvitsee erityistä tukea ja vahvistusta, kuten kämmenissä ja jalkapohjissa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen. 2002, 10.)

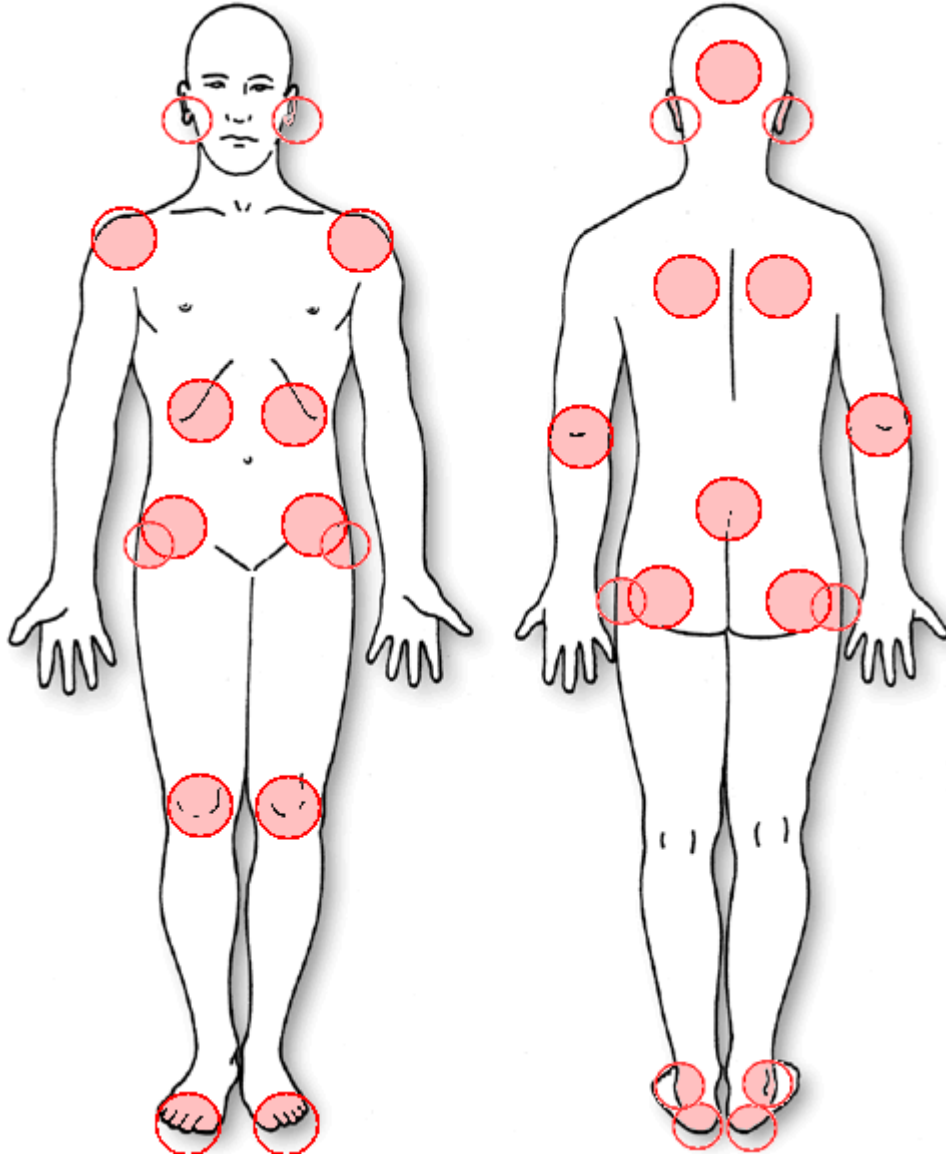
Oksasolukerroksessa (*stratum spinosum*) solut liittyvät toisiinsa pienillä ulokkeilla, jotka muistuttavat toisiinsa pienillä ulokkeilla, jotka muistuttavat piikettä tai väkää. Tyvisolukerros eli membrana basalis (*stratum basale eli stratum germinativum*) rajoittuu verinahkaan, jonka pienet, sänöllisen muotoiset nystyt tunkeutuvat siihen. Tyvisolukerros muodostuu vain elivärsoluista. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen. 2002, 10.)

Epidermis saa ravintonsa dermiksestä, jossa sijaitsee tyvikalvo eli membrana basalis. Vain tyvisolukerroksessa on verisuonia, minkä vuoksi ylemmät epidermisen kerrokset saavat ravintoainetta ja happea tyvisolukeroksen soluvälinesteestä diffundoitumalla eli 'ühkumällä'. Soluvälineste vaihtaa hiusverisuonista happea, hiilidioksidia ja ravinto- ja kuona-aineita. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen. 2002, 10.)

Painehaava (*decubitus, makuuhaava, pressure sore, bed sore*) tarkoittaa paikallista vauriota iholla tai ihon alla olevassa kudoksessa. Se voidaan määritellä myös kudospuristuksen aiheuttamaksi kudoksen kuolioksi eli nekroosiksi. Vaurion taustalla vaikuttavat paine, ihon venyminen, hankaus tai kaikki nämä yhdessä (Hietanen 1999.)

Painehaavat (aiemmin makuuhaavat, nimi vaihdettu painehaavaksi, sillä niiden syntyyn vaikuttaa nimenomaan paine ei niinkään makuuasento) syntyvät erityisesti potilaille, jotka joutuvat makaamaan pitkiä aikoja aloillaan vuoteessa. Liikkumattomuuden lisäksi niiden kehittymiseen vaikuttavat mekaaninen kuormitus, inkontinenssi ja potilaan korkea ikä. Ravitsemuksellakin on epäilty olevan vaikutusta painehaavojen kehittymiseen. (Huovinen 2009.)

Sellaisissa painehaavoissa, jotka syntyvät potilaan ja makuu- tai istuinalustan välisestä kontaktista, haava kehittyy tyypillisesti kohtaan, jossa on luinen uloke; lantion seutuun sakraalisesti, trokanterin alueelle tai istuinkyhmyn seudulle. (Kuva 2.)



KUVA 2. Kuormituspisteet

Lähde: [www.puclas.ugent.be/puclas/sf/](http://www.puclas.ugent.be/puclas/sf/)

Jalkateen alueella kantapää ja keuhkujen kohdat ovat yleisimmin rikkoontuvia. Lisäksi ulkoisen painevaurion taustalla voi olla moni muukin tekijä, kuten kipsi, ortoosi tai muu hoitoväline. Kroonisen painehaavan kanssa eläminen on raskasta potilaalle ja hänen omaisilleen. Lisäksi painehaavanhoito vie paljon hoitohenkilöstön aikaa ja on kallista sekä yhteiskunnalle että potilaalle. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 186.)

Painehaava ei ole haava, jonka aiheuttaa tulehdus, mutta se voi muuttua tulehdukseksi ajan kuluessa. Haava syntyy, kun paine kohdistuu kehoon, erityisesti ihon alaiseen kudokseen. Kun veri ei kiertä, puristuksiin ja kudosalue puuttuu ja tulee kipeäksi, kudostuho alkaa ja syntyy kudostuho. (Hietanen 1999.)

#### 4.1 Ihon hoito ja hygienia

Ihon kunnan tarkkailu on yksi tärkeimmistä toimenpiteistä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Ihon tarkkailua suoritetaan aina potilasta käsitellessä ja muutokset ihossa ja ihon alaisessa kudoksessa tulee kirjata potilaan hoitokertomukseen. Riskialueet tarkastetaan mitä ovat ristiselkä, istuinkyhmy, lonkkaluut, kehäluut, kantapäät, siluu, takaraivo, korvalehdet, kyynärpäät, lapaluiden riskialueet ja selkäranka. Ihon tarkkailuun kuuluu ihon kunnan, kosteuden, kuivuuden ja kimmoisuuden seuranta. Ihossa on kiinnitettävä huomiota kohtiin, joiden punoitus ei palaudu asennon vaihdolla. Punoittavaa aluetta ja luu-ulokekohtia ei saa hieroa. Painauma alueilla saattaa iholla tuntua kuumotusta, joka on myös merkki ihon normaalin toiminnan häiriintymisestä. (Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 303.)

Ihon hoitoon kuuluu hyvän hygienian ylläpito, johon kuuluu muun muassa ihon puhdistus pesuvoiteella tai vedellä, kuivaus ja rasvaus. Uloste- ja virtsainkontinenssista kärsivien potilaiden hoidossa on huomioitava pintakuivien vaippojen käyttö ja vaihto aina, kun vaipan imukyky on äyhtynyt. Kostuneet vaatteet ja vuodevaatteet vaihdetaan. Ihoa voi suojata rasvaamalla öljymäisellä tai sinkkipitoisella voiteella muutaman kerran päivässä. Tarvittaessa potilaalle laitetaan kestopatruuna, jos haava sijaitsee inkontinenssialueella ja iho on hautunut. (Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 303-304.)

#### 4.2 Painehaavan määrittely



Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai ihonalaisen kudoksen paikallista vauriota, jonka on aiheuttanut paine, ihon venyminen ja/tai hankaus. Nämä tekijät voivat aiheuttaa painehaavan yhdessä tai erikseen. (Lepistö 2004.)

Painehaava on paikallinen vaurio iholla tai sen alla olevassa kudoksessa. Vaurion on aiheuttanut paine, ihon venyminen, hankaus ja kitka tai ~~niitä~~ ~~kaikki~~ yhdessä varsinkin luisien ulokkeiden ~~paikalle~~. Luisia ulokkeita ovat korvat, takaraivo, olkapää, lapaluut, kyyriäpä, ristiluut, kylkiluut, lonkat, istuinkyhmyt, polvet, kantapäät ja varpaat (Kuva 2) Paineen kohdistuessa ihoa vasten verenkierto ~~häiriintyy~~, josta seuraa paikallinen hapenpuute. Se aiheuttaa iholle ja ihonalaiseen kudokseen nekroosia. Painehaavat voivat syntyä sisäisten ja ulkoisten riskitekijöiden yhteisvaikutuksesta, kuten liiallisesta mekaanisesta kuormituksesta, inkontinenssista ja ihon liiallisesta kosteudesta. Myös potilaan korkea ikä saattaa altistaa painehaavoille, ihon ohentumisen ja kimmoisuuden ~~vähentymisen~~ vuoksi. Painehaavojen syntymisriskiin vaikuttavat myös potilaan ~~riittävän~~ ravitsemus ja sairauksista johtuva potilaan liikkumattomuus ja aktiivisuuden puute. Painehaavoja voi olla kaiken ikäisillä ihmisillä (Koskimies, Lahtinen, Niura & Palmgren 2009.)

#### 4.3 Painehaavojen esiintyvyys (prevalensi) ja painehaavan etiologia

Erityisen alttiita painehaavoille ovat sellaiset potilaat, jotka ~~ovat~~ akuutin sairauden tai vamman takia vuodepotilaaksi. Tällaisia ovat mm selkivammaiset, lonkkamurtumapotilaat ja teho-osastohoitoa vaativat potilaat, joilla painehaavojen ilmaantuvuus vaihtelee 20-50 %. Ikääntymiseen liittyvä sairastavuuden ~~lisäntyminen~~ ja vitaalitoimintojen heikkeneminen ovat syytä sille, että yli 70 % painehaavoista syntyy yli 65-vuotiaille. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 186-187.)

Painehaavan etiologisista tekijöistä tärkein on pitkittynyt, kohtisuora, staattinen ulkoinen paine kehon luisen ulokkeen kohdalla. Pitkittynyt kudospaineen nousu, joka ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, johtaa kudoksen iskemiaan ja edelleen palautumattomaan kudoksen nekroosiin 4-12 tunnin kuluessa. Pinnalla oleva iho ~~sietää~~ ~~pitkittyneitä~~ paineen nousua paremmin kuin syväällä oleva lihaskudos. Kokeellisissa painealtistuksissa on myös todettu, että kudospaine on syväällä luisen ulokkeen tuntumassa suurempi kuin ihon tasolla. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 187.)

Liikkumattomuus on painevaurion tärkein riskitekijä. Terve ihminen kääntyy ja vaihtaa asentoaan makuulla ollessaan nukkuessaankin, jolloin jatkuvaa pitkittynyttä painevaikutusta ei pääse kehittymään. Liikkumattomuus voi johtua liikuntakyvyttömyydestä (vamma tai sairaus) tai tuntehärästä, jolloin paineiskemiasta johtuva kipuryöky ei ole muistuttamassa kääntymisen tarpeesta. Ihon pitkittynyt kosteus johtaa maseroitumiseen, mikä puolestaan altistaa pinnallisille haavoille ja infektiolle. Ihon kosteus myös lisää kitkaa, jolloin tangentiaalisten voimien merkitys kasvaa. Haitallinen kosteus voi johtua hikoilusta, inkontinenssista ja haavaeritteestä. Se voi liittyä myös haavan paikallishoitoon, kuten kosteiden keittosuolakompressien käyttöön. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 188.)

Vajaaravitsemus liittyy vaikeimpiin painehaavoihin ja huonoon toipumiseen. Painehaavapotilaiden seerumin proteiiniarvot ovat alentuneet sitä enemmän, mitä vaikeammasta haavaongelmasta on kyse. Lisäksi on todettu, että näillä potilailla on yleisesti sinkin ja askorbiinihapon vajausta. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 188.)

Tutkittaessa leikkausten aikana syntyneitä painehaavoja on todettu, että pitkiin leikkauksiin liittyvä kehon lämpötilan lasku lisää myös painehaavan syntymisen riskiä. Täähavaintoa tukee myös se, että lämmityshoidolla on pystytty vähentämään leikkauksen aikaisten painehaavojen syntymistä. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 188.)

Vanhan ihmisen kudokset ovat todennäköisesti alttiimpia painevaurioille kuin nuoren ihmisen. Vanhuksen ruumiinrakenne voi myös olla altistamassa painehaavalle. Lihasten atrofioiduminen ja lonkkien sekä polvien lievätkin liikerajoitukset voivat johtaa siihen, että lantion ja jalkaterien alueella syntyy herkästi paikallisia ylikuormituksia makuulla oltaessa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 188.)

Painehaavan etiologian selvittelyssä tulisi kartoittaa haavalle altistavat ulkoiset tekijät ja toisaalta potilaaseen liittyvät sisäiset tekijät. Kuinka kauan potilas on maannut paikallaan liikkumatta ja millaisella alustalla? Mikä on potilaan sairaustausta ja psyykinen sekä fyysinen kunto? Millainen on ollut potilaan liikuntakyky ja onko tietoa mahdollisesta ravitsemushäiriöstä? (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 188.)

#### 4.4 Riskitekijät

Ensimmäinen riski on pitkäaikainen asento joka ei muutu. Kriittisiä tilanteita ovat pitkäaikainen vuodelepo tai pyörätuolissa istuminen, lisäksi lihavuus, heikko ravitsemustilanne, runsas laihtuminen, nestehukka, krooniset sairaudet, kuiva iho ja pidätyskyvyttömyys nostavat riskiä. Myös pitkäkestynyt leikkaus lisää painehaavaa riskiä (Hietanen 1999).

Keskeisiä riskitekijöitä ovat liikkumattomuus, kosteus (hikoilu, haavaerite), inkontinenssi, vajaaravitseminen, anemia ja kehon lämpötilan lasku (Lepistö 2004).

Painehaavan syntymiselle altistavia tekijöitä ovat korkea ikä, ja sairauksista muun muassa dementia ja diabetes, jossa esiintyy alaraajojen neuropatiaa ja MS-tauti, joka aiheuttaa liikuntarajoitteisuutta, tuntuu puutosta ja virheasentoja. Painehaavan ennaltaehkäisy täytyy huomioida potilailla, joilla on alentunut tajunnan taso, halvaus, huono hapetus, nestevaajaus tai matala verenpaine. Ulosteen ja virtsan inkontinenssi eli pidätyskyvyttömyys aiheuttavat iholle maseroitumista eli hautumista, joka puolestaan altistaa pinnallisille haavoille ja infektioille. Lisäksi on huomioitava hoitoon liittyvät liikunta- ja asentorajoitukset esimerkiksi leikkauksen jälkeen. (Hietanen ym. 2002, 186-188; Mustajoki, Maanselkä, Ali-la & Rasimus 2005, 302.)

#### 4.5 EPUAP–Painehaavojen luokittelujärjestelmä (HV aste)

Painehaavaluokitukset kuvaavat haavan syvyyttä kudoksessa. Ensimmäinen painehaava-asteluokitus on julkaistu Shean luokituksen nimellä (Shea 1975). Shean I-IV-asteiden luokituksen pohjalta kehitettiin yksityiskohtaisempi, Yhdysvalloissa yleisesti käytetty luokitus, jossa asteet määritellään ihon anatomiaan perustuen (NPUAP, AHCPR). Samaa asteikkoa (I-IV) käytetään EPUAPin luokituksessa (Havukainen & Kauppinen 2009; Hietanen ym. 2002, 189).



KUVA 3 I ASTE

Lähde: [www.puclas.ugent.be/puclas/sf/](http://www.puclas.ugent.be/puclas/sf/)

Ensimmäisen asteen painehaava: *Vaalenematon eryteema*

Ihon punoitus, joka ei häviä asentoa vaihdettaessa. Myös ihon värin muutos, kuumotus, turvotus sekä ihon ja ihonalaisen kudoksen kovettuminen voivat olla merkkejä painevauriosta. Värimuutoksen havaitseminen saattaa olla vaikeaa erityisesti tummaihoisilla ihmisillä.



KUVA 4 II ASTE

Lähde: [www.puclas.ugent.be/puclas/sf/](http://www.puclas.ugent.be/puclas/sf/)

Toisen asteen painehaava: *Rakkula*

Pinnallinen, ihon tasossa oleva haava. Ulottuu epidermikseen, dermikseen tai molempiin saakka. Haava on pinnallinen, ja kliiniseltäkuvaltaan se edustaa nirhaumaa, rakkulaa tai pinnallista punaista haavaa.



KUVA 5

III aste.

Lähde: [www.puclas.ugent.be/puclas/sf/](http://www.puclas.ugent.be/puclas/sf/)

Kolmannen asteen painehaava: *Pinnallinen haava*

Ihon ~~li~~pi. Ihonalaiseen rasvaan ulottuva haava, joka ei ~~li~~vistä faskiaa. Ihon ~~li~~vistä haava, jossa ihonalainen rasvakudos voi olla nekroosissa. Haava saattaa ulottua alla olevan lihaksen peitinkalvoon eli faskiaan saakka mutta ei lihakseen.



KUVA 6 IV aste.

Lähde: [www.puclas.ugent.be/puclas/sf/](http://www.puclas.ugent.be/puclas/sf/)

Neljännenn asteen painehaava: *Syvä haava*

Syvä, lihakseen tai luuhun ulottuva haava. Laaja kudostuho, jossa nekroosi tai vaurio ulottuu lihakseen, janteisiin, luuhun tai niveleen asti. Vaurion pinnalla oleva iho on vaurioitunut, mutta voi olla silti ehjäkin. (Hietanen ym. 2002, 189-190.)

#### 4.6 Riskiluokitusmittarit

Riskiluokitusmittarin (*risk assessment scale*) avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat. Mikään riskiluokitusmittari yksistään ei kykene ennustamaan 100-prosenttisesti potilaan vaara saada painehaava. Riskiluokituksen käyttöönotto on lisännyt painehaavaongelman tiedostamista ja puuttumista siihen. Riskiluokitusmittareita on kehitetty sekä pitkäaikais- että akuuttihoitossa oleville potilaille. Tunnetuimmat ja käytetyimmät mittarit ovat Bradenin, Nortonin ja Waterlovin asteikot. (Hietanen ym. 2002, 190.)

## 5 PAINEHAAVAN ENNALTAEHKÄISY

Ehkäisy on parasta painehaavan hoitoa. Se on vähemmän työllistävä ja taloudellisempaa kuin syntyneen haavan hoito. Terve iho on paras suoja, joten sen kunnossa pidosta on huolehdittava. Painehaavoja voidaan ehkäistä liikkumisella, oikein toteutetulla asentohoidolla ja oikeanlaisella apuvälineiden käytöllä.

### 5.1 Potilaan tukeminen ja ohjaaminen

Potilasinformaatiolla ja opetusmateriaalilla saadaan kuitenkin potilaille sekä omaisille selvitettyä yksipuolisesti ja ymmärrettävästi hoitotoimenpiteiden tarkoitus ja merkitys sekä suullisesti että kirjallisesti. Samalla myös hoitomyönteisyys voi kasvaa, kun potilas ymmärtää painehaavan kehittymisen riskit ja sen aiheuttamat muutokset elimistössä sekä hyvinvoinnissa.

Hoitotyöntekijöiden painehaavojen ennaltaehkäisyyn metodeiksi tutkimustuloksissa nousi potilaille ja omaisille annettava informaatio, asentohoito sekä ihon hoito ja hygienia. Aiemmissä tutkimuksissa oli mainintaa potilasinformaatiosta, vaikkakaan tulosten mukaan potilasinformaation tai opetusmateriaalin anto potilaalle ja omaisille ei ollut kovin yleisiä (Lepistö 2004). Asentohoitoa ja sen painehaavoja ennaltaehkäisevää vaikutusta tukevat useat eri tutkimukset. Tutkimukset kehottavat suorittamaan asentohoitoa kaikille niille potilaille, joilla painehaavojen riski on kohonnut jossain määrin. (Lehtiranta 2007.)

### 5.2 Asentohoito ja asentohoidon periaatteet

Asentohoidossa on käytettävissä erilaisia apuvälineitä poistamaan ja jakamaan painetta, poistamaan kitkaa, ihon venyttymistä ja hankausta. Erikoisapuvälineitä ovat muun muassa potilaan omatoimimiseen siirtymiseen tarkoitettut välineet, erikoispatjat, sänkyjärjestelmät, istuintyyny, pehmusteet, siirtolevyt ja -kankaat, henkitorit, asentohoitotyyny ja lastat sekä pintapainemittarit. (Hietanen ym. 2002, 197.)

Hyvällä asentohoidolla pyritään välttämään ihoon kohdistuvaa pitkäaikaista painetta.

Potilaan asento valitaan siten että ihoon kohdistuva paine jakautuu mahdollisimman laajalle alueelle. Hyvän asentohoidon merkitys korostuu vuodepotilailla, jotka eivät pysty liikuttamaan itseään, kuten vanhukset, tajuttomat ja halvaantuneet. Ihon altistumista pitkäaikaiselle kosteudelle pystytään rajoittamaan inkontinenssitapauksissa imukykyisillä vaipoilla ja virtsakatetrilla. Kun potilas hikoilee, tulee hänen hygieniastaan erityisesti huolehtia. (Hietanen ym. 2002, 186-188.)

### 5.3 Asentohoidon eri muodot

Asentohoitoa voidaan toteuttaa monissa eri asennoissa: selin makuulla, kyljin makuulla, päänmakuulla sekä puoli-istuvassa asennossa. Lisäksi potilas voi istua tuolissa, pyörätuolissa sekä vuoteen laidalla.

Asennonvaihdossa tulee aina huomioida potilaan tuntemukset. Asennon täytyy olla mukava ja rento. Fysioterapeutin kanssa on hyvä kartoittaa potilaan ongelmat ja asentohoidon tavoitteet. Jokaisella potilaalla on asentohoidossa joitakin tiettyjä erityispiirteitä, jotka täytyy huomioida. (Kukkonen & Piirainen 1990, 72.)

#### 5.3.1 Selin makuu

Selin makuu on eniten käytetty asento. Potilaan ollessa selin makuulla hänen päänsä on keskiasennossa ja niskan alla on pieni tyyny tukemassa kaularangon notkoa. Yläraajat ovat hieman irti vartalosta, jotta verenkierto on mahdollista kainalossa ja olkanivel voi rentoutua. Kyynärniveliä voidaan pitää vuoroin koukussa ja ojennettuna. Kyynärnivelen alla voidaan pitää pieniä tyynyä, joka tukee kyynärniveliä sekä helpottaa käden liikuttelua. Potilaalla, jolla on kädet puristuneet nyrkkiin, voidaan kämmeniin laittaa esimerkiksi siderulla, joka estää kynsien painumista ihoon. Näin ehkäistään myös ihon hautumista kämmenistä irikki.

Alaraajat pidetään suorina ja polvet hieman irti toisistaan. Polvien alla voi pitää pieniä tyynyä tai pyyhettä, yleensä se tuntuu potilaasta miellyttävältä. Ajoittain olisi polvia hyvä koukistaa verenkierron vilkastuttamiseksi, mutta vain lyhyitä aikoja kerrallaan. Liiallisesta koukistelusta aiheutuu pehmytkudoksen venymistä sekä koukistussykkistymistä.



Selin makuussa täytyy huomioida reisien ulkokiertoa, esittä voi esimerkiksi kiilatyynyillä. Kantapäät pidetään irti vuoteesta esimerkiksi karvatuella, näin ehkäistään painehaavauman muodostumisen kantapäihin. Ajoittain on hyvä pitää vuoteen jalkopäissä tyynyä, joka tukee jalkateitä lhas suoraan kulmaan. Selin makuun yhteydessä on hyvä jumppauttaa potilaan jalkoja ja käsiä, koska asento on sopiva ja raajat hyvin liikuteltavissa. (Kukkonen & Piirainen 1990,72.)

### 5.3.2 Kylkimakuu

Kylkiasento on potilaalle toiminnallisempi asento kuin selin makuu. Potilas voi katsella ulos ikkunasta ja nähdä mitä ympäristössä ja ympärillä tapahtuu. Tämä tuo enemmän virikettä kuin selin makuu ja päinmakuu.

Potilaan ollessa kyljellään on hieman patjaan päin kallistuneena, näin asento on helpompi säilyttää. Päin alla oleva tyyny täyttää olkapään ja pään väliin jään tyhjän tilan, tämä takaa, että kaularanka pysyy edestäkatsoen suorana.

Alimmainen käsi on potilaan tuntemusten mukaan joko koukussa pään vieressä tai suorassa vartalon edessä. Kädestä tulee lisää tukipintaa, joka helpottaa asennon säilyttämistä. Tyyny päällimmäisen käden alla tukee olkavartta ja olkanivelä sekä estää hartianseudun liiallista kiertoa. Täytyy kuitenkin huomioida, ettei tyyny saa estää potilaan hengitystä.

Potilaan selän takana voidaan pitää tyynyä tukemassa asentoa takaapäin. Alimmaista alaraajaa pidetään lhas suorana, kuitenkin väntämättä jalkaa väkisin suoraksi. Päällimmäinen reisi, säri ja jalkaterä ovat koukussa alemman raajan etupuolella. Päällimmäisen jalan alle laitetaan yksi tai kaksi tyynyä, jotka estävät lantiota kiertymästä eteenpäin sekä pitävät polven ja jalkaterän oikeassa asennossa. (Kukkonen & Piirainen 1990, 73.)

### 5.3.3 Päinmakuu

Päänmakuuasennon etu on lonkkien jäykistymisen estyminen koukkuasentoon. Se korvaa osittain pystyasennon puutetta, koska siinä ekstensiotonus eli ojennus lihasjänteys lisääntyy. Tosin tässä asennossa varsinkaan vanhukset eivät voi pitkiä aikoja olla, koska rintakehä painuu alustaan ja hengitys saattaa vaikeutua. (Kukkonen & Piirainen 1990, 73.)

Päänmakuuasennossa kasvot ovat käännetty sivulle, jotta potilas voi hengittää. Pään alle voi laittaa joko pienen tyynyn tai ei ollenkaan. Näin saadaan selkärangan normaalit mutkat säilymään. Yläraajoja voidaan pitää alhaalla vartalon vieressä tai ylläkoukussa jos potilaan muu vointi sen sallii. Käsiet ei saa pitää yhtäjaksoisesti pitkiä aikoja ylläkoukussa, koska ne voivat puuttua olkapäiden anatomisten rakenteiden vuoksi.

Pieni tyyny vatsan alla estää lannerangan liiallisen notkon, mutta tyynyt ei saa estää tai vaikeuttaa potilaan hengittämistä. Päänmakuussa potilaan jalkateet ja sormet ovat koukussa, jotta veri kiertäisi paremmin pohkeissa. Pieni tyyny sormien alla estää varpaita painumasta patjaan, jonka vaarana on verenkierron heikkeneminen. (Kukkonen & Piirainen 1990, 74.)

#### 5.3.4 Puoli-istuva asento

Puoli-istuva asento vuoteessa saadaan aikaan siten, että tuetaan potilas sängyn pätyyn. Puoli-istuvaa asentoa käytetään potilaalla jos muu vointi sen sallii, koska se on toiminnallisesti helpompi asento kuin kyljin makuu. Tässä asennossa potilaan on helppo käyttää molempia käsiä ja lisäksi sosiaalinen vuorovaikutus on luontevampaa tässä asennossa.

Puoli-istuvassa asennossa paine kohdistuu pakaroihin, istuinkyhmyihin, alaselkään, reisien takapinnoille, pohkeisiin ja kantapäihin. Asentoa muutettaessa täytyy huomioida, ettei edellä mainitut paikat joudu uudelleen kuormitetuksi. Tämän takia potilas on hyvä kääntää puoli-istuvan asennon jälkeen esimerkiksi päänmakuulle. Ristiselän asento sätelee istuma-asentoa. Kun ristiselkä on tuettu tyynyillä, säilyy lannerangan normaali mutka.

Tyynyt kyynävarsiensa alla tukevat kyynärpäät koukkuun ja olkavarret hieman irti vartalosta. Tarvittaessa pienet rullat kämmenissä pitävät kämmenet väliin koukussa ja sormet hieman taipuneina. Tyynyt eivät saa nostaa hartioita ylös tai painaa rintakehää ettei hengitys vaikeudu. Potilaan tuntemuksia täytyy aina kysyä, koska potilaat tuntevat yksipuolisesti eri hoi-

totoimenpiteet. Jos potilas pystyy itse aktiivisesti liikuttamaan jotakin yläraajan osaa, ei liikettä tule esittää tyynyjen avulla.

Jalkateitä tuetaan suoraan kulmaan esimerkiksi jalkalautaa vasten. Tästä huolehditaan jalkateiden oikeasta asennosta, mikä on tärkeää seisomista ja kävelemistä ajatellen. Polvien alla pidetään pieniä tyynyjä, jotka poistetaan ajoittain, jotta polvet voidaan ojentaa suoriksi. Jos potilaan koukistajalihakset ovat kirkeitä, potilas ei pysty istumaan jalat suorina ja ristisellä ojentuneena, vaan lantio kallistuu taaksepäin ja istuma-asento muuttuu C-kirjaimen muotoiseksi. Tällöin ei kannata käyttää puoli-istuvaa asentoa. (Kukkonen & Piirainen 1990, 74.)

#### 5.4 Apuvälineet

Painehaavojen ehkäisyyn on olemassa mm. erityisiä pehmusteita, siirtymiseen käytettävissä olevia apuvälineitä ja asentohoitotyynyjä. Pitkäaikaisilla vuodepotilailla tulisi käyttää painehaavojen ehkäisemiseksi tarkoitettuja patjoja, kuten Decubitus - patjaa. Erilaiset vaahtomuovipohjaiset tai korkeampaa teknologiaa edustavat painetta alentavat erikoispatjat ja paineilmoittavat olevan painehaavapatjojen ja sänkyjärjestelmien vaikuttavuudesta saatujen kliinisten tutkimusten mukaan selvästi parempi vaihtoehto painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa kuin tavanomaiset sairaaloiden peruspatjat. (Hietanen ym. 2002, 199.)

Erikoisapuvälineitä ovat muun muassa potilaan omatoimiseen siirtymiseen tarkoitettut välineet, erikoispatjat, sänkyjärjestelmät, istuintyyny, pehmusteet, siirtolevyt ja -kankaat, henkilönosturit, asentohoitotyyny ja lastat sekä pintapainemittarit. (Hietanen ym. 2002, 197.)

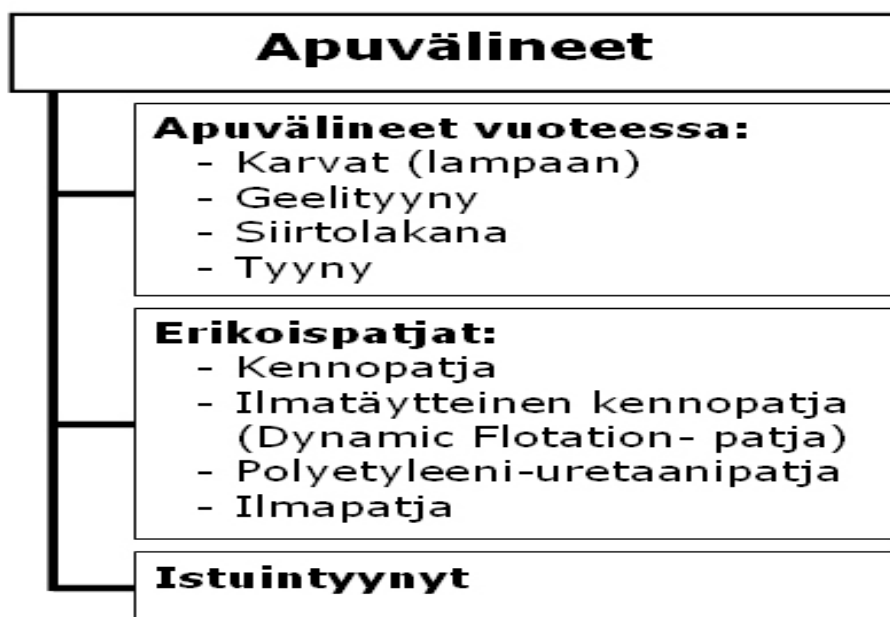
Anu Lehtirannan (2007) mukaan painehaavojen ennaltaehkäisyssä hoitotyöntekijän käytettävissä olevat apuvälineet on jaettu kolmeen eri ryhmään: vuoteessa käytettäviin pieniin patjan päälle asetettaviin apuvälineisiin, istuintyynyihin sekä erikoispatjoihin. Kuviossa 7 on selvennetty hoitotyöntekijän käytettävissä olevat apuvälineet painehaavojen ennaltaehkäisyssä.

Anu Lehtirannan (2007) mukaan vuoteeseen patjan päälle asetettava apuväline on lampaan karvat. Karvoja käytetään kantapäiden alla alentamassa kudokseen kohdistuvaa painetta, potilasmukavuuteen tulee karvoja käytettäessä kiinnittää huomiota muun muassa niiden lämpöisyyden vuoksi. Toinen kantapäiden alla sekä hirtaluun alla käytettävä apuväline ovat geelityy-

nyt, myös tavalliset tyynyt nousivat esille asentohoidon apuvälineinä. Tavallisia tyynyjä käytetään asennon ylläpitämiseen ja asentoa tukemassa potilaan alla tai sivulla. Asentohoidosta puhuttaessa esille aineistosta nousi vielä yksi patjan päälle asetettava pieni apuväline asentohoidon toteuttamiseen, eli siirtolakana. Siirtolakanaa käytetään potilaan asennonmuuttamisen apuvälineinä, kun potilasta halutaan kääntää tai siirtää välttämättä hankausta ja venyttämistä (Lehtiranta 2007.)

Anu Lehtirannan (2007) mukaan oman aihealueensa painehaavojen ennaltaehkäisyssä muodostavat erikoispatjat. Erikoispatjoissa erityisesti ilmatäytteinen ja kennomuotoinen patja nousi esille tuloksista. Kennomuotoinen patja on jaettu segmentteihin, jossa ilma kiertää tasaiseen tahtiin oman moottorin avulla jakaen paineen tasaisemmin koko vartalon mitalle. Vaihtoehtoisena patjana kennopatjoille tuloksissa tuli polyetyyleeni–uretaanipatja, joka on niin sanotusti tavallinen erimaisista kemiallisista sekoitteista muodostettu vaahtopatja. (Lehtiranta 2007.)

Lehtirannan (2007) mukaan oman apuvälineryhmänsä painehaavojen ennaltaehkäisyyn muodostavat tuloksissa vielä istuintyyny. Istuintyyny ovat pyöreäliin ja muihin istuimiin erityisesti suunniteltuja eri tavoin painetta alentavia tyynyjä. (Lehtiranta 2007.)



KUVA 7 Painehaavojen ennaltaehkäisyyn käytettävät apuvälineet (Hoitonetti 2007.)



## 6 PAINEHAAVAN HOITO

Painehaavan alkuvaiheen hoito on yleensä aina konservatiivista. Jos haavan pintaan on kehittynyt paksu kudoksetekroosi, on se poistettava kirurgisesti revidoimalla. Tarvittaessa voidaan konsultoida kirurgista yksikköä. Hoidon tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja saada haava granuloivaan vaiheeseen. (Hietanen ym. 2002, 201-202.) Painehaavan kirurgisella revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka usein voidaan suorittaa ilman anestesiaa potilaan vuodeosastolla tai poliklinikalla veistä ja pinsettejä käyttäen. Tällöin edetään siihen kudoksetekrokseen asti, missä alkaa näkyä verenvuotoa tai alkaa tuntua kipua. (Hietanen ym. 2002, 207.)

### 6.1 Kivun hoitotyö ja arviointi

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoitajan tehtävänä on tukea ja auttaa erilaisin hoitotyön keinoin potilasta selviytymään kivusta ja näin edistää yksilöllistä hyvinvointia. (Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Painehaavanhoito aiheuttaa kärsittelykipua. Haavan mekaanisen puhdistuksen yhteydessä hermopäätteet ärsyntyvät ja potilas aistii tämän kipuna. Kiinni tarttuneet sidokset saavat aikaan kipua, jos ne poistetaan kostuttamatta, irti repimällä. Jotkut haavanhoitotuotteet (esimerkiksi antiseptiset ja entsyymaattiset aineet) saattavat aiheuttaa haavassa kirvelyä ja polttavaa tunnetta.

Haavanhoitoon liittyvä kärsittelykipua voidaan hoitaa tehokkaasti paikallispuudutteilla. Sairaanhoitajat voivat käyttää painehaavanhoidon yhteydessä pintapuudutteita, joita on saatavana geeleinä ja emulsiovoiteina (Emla®, Xylocain®). Pintapuudutteet pystyvät tunkeutumaan ihon läpi epidermiksen hermopäätteisiin ja siten poistavat kivuntunnon ihon pintakerroksessa, mutta paineen ja kosketuksen voi tuntea vaikutusalueella. Pintapuudutteiden käyttöön helppoa, turvallista ja oikein käytettynä niiden vaikutus on tehokas.

Kipu on subjektiivinen kokemus, jota on vaikea kuvata toiselle ihmiselle. Siksi myös sen arviointi on vaikeaa. Kivun mittaamiseen ei ole suoraa menetelmää, vaan se perustuu aina

ihmisen omaan ilmoitukseen kivustaan (Manfredi, Breuer, Meier & Libow 2003; Salanteä 2000). Hoitotyössä on huomioitava, että dementoitunut potilas ei välttämättä pysty ilmaiseemaan kipua sanoin. Ääntelyt ja kasvojen ilmeet voivat kertoa potilaan kivuntuntemuksista. (Manfredi, Breuer, Meier & Libow 2003.)

Lisäksi potilaan käsi, asento, ihon väri, liikkuminen, pulssi ja hengitys kertovat kivun esiintymisestä ja voimakkuudesta. Lisäksi monet potilaat pyrkivät salaamaan kipuaan muilta. Ainoastaan kysymällä ja käyttämällä erilaisia ja monipuolisia kivun arviointiin liittyviä kyselylomakkeita ja mittareita saadaan tietoa kivuliaan potilaan kivun voimakkuudesta ja sen aiheuttamasta haitasta. (Elomaa 2003.)

Tunnetuin kipumittari on visuaalianalogia-asteikko eli VAS (Visual Analogue Scale), joka on 10cm pitkä jana. Janan ääripäät kuvaavat tilannetta ”ei kipua” tai ”pahin mahdollinen kipu” (Kalso 2002, 41). Kipumittarin käyttöä on potilasohje. (VSSH:n ohjepankki: Kipumittari.)



KUVA 8 Kipumittari

Potilas on oman kipunsa asiantuntija ja hänellä on oikeus kertoa omat tuntemuksensa lähti hoitavalle henkilökunnalle. Toisaalta henkilökunnalla on myös velvollisuus aktiivisesti ottaa selville, mitä potilaasta tuntuu (Salmenpeä & Virta 2002). Tiedon saanti omasta hoidosta motivoi potilasta suhtautumaan myönteisesti tuleviin toimenpiteisiin. Tieto vähentää pelkoa, stressiä, ahdistusta ja kipua. Tämä auttaa osaltaan potilasta rentoutumaan.

## 6.2 Painehaavojen arviointi ja hoito

Riskiluokitusmittarien avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat. Mikään riskiluokitusmittari ei kykene ennustamaan 100-prosenttisesti potilaan vaaraa saada painehaava. Mitä tahansa käytetäänkin tulee erityisesti kiinnittää huomiota haavan etiologiaan ja vaikuttaa etiologian mukaisiin tekijöihin. Tunnetuimmat ja käytetyimmät mittarit ovat Bradenin (Liite 4), Nortonin ja Waterlowin asteikot.

Bradenin asteikko koostuu kuudesta osatekijästä. Pisteytys (risk score) vaihtelee 6-23 pistettä. Normaali pistemäärä terveelle ihmiselle ilman riskiä on 23. Kohonneessa painehaavariskissä pisteytys on 18 tai sen alle.

Nortonin asteikko koostuu viidestä osasta ja pisteytys on välillä 5-20. Tämän asteikon mukaan kriittinen raja saada painehaava on 14 tai alempi. Nortonin asteikosta muokattu Waterlowin asteikko koostuu kahdeksasta osatekijästä ja pisteitä saa eri osista vaihdellen, mitä suurempi pistemäärä asteikossa sitä suurempi riski saada painehaava. (Hietanen ym. 2002, 190-191.)

Painehaavoja hoidetaan yleensä konservatiivisin menetelmin. Asentohoitojen ja painehaavapatjojen avulla pyritään vähentämään painetta kuormituskohdalla. Hoidossa on olennaista myös kiinnittää huomiota potilaan yleiskuntoon ja ravitsemustilaan sekä perussairauksien hoitotasapainoon. Jos haavan pinnalle on kehittynyt paksu kudoksetekroosi, poistetaan se kirurgisesti reviuudoimalla. Operaation jälkeen haavaa hoidetaan konservatiivisin keinoin. Tavoitteena on puhdistaa haava kuolleesta kudoksesta ja saada haava granuloivaan vaiheeseen (Hietanen ym. 2002, 202). Hoidossa on tärkeintä poistaa alueelle kohdistuvaa painetta, koska vaarana on, että potilaalle kehittyy useampia painehaavoja.

## 6.3 Painehaavojen diagnostiikka

Painehaavojen diagnostiikassa olisi hyvä käyttää Eurooppalaisen painehaavojen neuvottelukunnan (EPUAP) suosittelemaa syvyysluokitusta (asteet I-IV). Syvyysluokituksessa haavan syvyyden ilmoittamiseen vaikuttaa se, mitkä anatomiset rakenteet ovat tulleet haavan pohjalta esille. Diagnoosista tulisi tulla esille arvio haavan koosta, syvyydestä,



nekroosin ja infektion asteesta. Jotta paranemista voidaan seurata luotettavasti, tulisi haavan koko ja syvyys kirjata ylös piirrosta tai valokuvausta apuna käyttäen. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 188.)

Akuuttivaiheessa ihon väri voi olla punoittavaa tai tumma, mutta ihon pinta on kuitenkin yleensä ehjä. Palpoitaessa vaurioalue on yleensä ympäröivää kiinteämpää ja tuntuu kuumottavalta. Haavautuminen tapahtuu vasta vähitellen, kun kuolioon mennyt kudoks rupeaa hajoamaan. (Hietanen ym. 2002, 188.)

Haavadiagnoosin tulisi sisältää arvio haavan koosta, syvyydestä ja nekroosin sekä infektion asteesta. Haavan koko ja syvyys tulee kirjata ylös, jotta paranemisen seuranta olisi luotettavaa. Valokuvaus on osoittautunut hyväksi apukeinoksi haavan dokumentaatiossa ja paranemisen seurannassa. CRP ja haavan bakteeriviljely kuuluvat alkuvaiheen rutiinilaboratoriokokeisiin. Ravitsemustilan arvioimiseksi olisi hyvä myös näytellä seerumin albumiini tai prealbumiini. (Hietanen ym. 2002, 188.)

Akuutin painehaavan hoidon suunnittelu ei yleensä edellytä minkään kuvantamistutkimuksia. Tarvittaessa haavaan liittyvä luurakenne voidaan tutkia tavallisella natiivillä röntgenkuvauksella. MRI - kuvaus saattaa joskus tulla kyseeseen, jos pelkän kliinisen arvon ja tavallisen röntgenkuvauksen nojalla ei pystytä määrittelemään syvän infektion laajuutta luussa tai pehmytkudoksissa. Fistulografiakuvauksella voidaan tarvittaessa varmistaa, onko haava yhteydessä nivelonteloon, länne- tai lonkkaan. (Hietanen ym. 2002, 188.)

Haavan tarkkailuun kuuluu nekrotisoituminen, onkalo- ja fistelimuodostuksen seuraaminen ja kirjaaminen. Haavaeritteestä seurataan mää väri, hajua ja haavaympäristön kipua, turvotusta, punoitusta, hautumista eli maseroitumista. Haavan koko mitataan 1-2 viikon välein; syvyys mitataan esimerkiksi sondilla ja sen lisäksi ilmoitetaan mihin kudokseen asti haava ulottuu. Pinnallisten haavojen arviivat piirretään ja valokuvataan. (Mustajoki ym. 2005, 303.)

#### 6.4 Painehaavan hoito

Painehaavan hoito on tehokasta mutta kivutonta, mikä edellyttää sitä, että kipu lääkityksellä

ja tarvittaessa haava-alue puudutetaan ennen hoitoa. Vaalenematon punoitus tai pinnallinen ihon irtoaminen hoidetaan poistamalla paine ilmakylyillä, ihon rasvauksella ja iho suojataan kitkan ja kosteuden ehkäisemiseksi haavakalvolla tai ohuella hydrokolloidilla (Mustajoki ym. 2005, 303).

Iho, jossa pintakerros on rikki tai rakkuloilla, hoidetaan poistamalla paine. Ihoalue huuhdellaan keittosuolaliuoksella tai vesijohtovedellä, iho suojataan hankaukselta, kosteudelta ja infektoitumiselta, silikonipintaisilla tuotteilla, hydrokolloidilevyllä, polyuretaanivaahtolevyllä tai laittamalla hydrogeeli avohaavaan. Tulee ottaa huomioon ettei liimakiinnitteisen tuotteen irrottamisesta aiheudu lisävahinkoa iholle joten suojaa iho tarvittaessa suihkutettavalla tai siveltyvällä ihonsuojakalvolla. Vaihtoväli on harva, esimerkiksi kaksi kertaa viikossa. Aluetta on kuitenkin seurattava koko ajan haavan syvenemisen huomaamiseksi. (Mustajoki ym. 2005, 303.)

Ihonalainen kudus voi olla jo nekroosissa, jolloin haava ajankuluessa puhkeaa rikkyville. Ihon läpi ihonalaiseen rasvakudokseen ulottuva haava hoidetaan poistamalla paine ja kuollut kudus, ja käytetään hyvin haavaeritteitä imeviä haavahoitotuotteita. Haava puhdistetaan kuten aikaisemmatkin painehaavan asteet, lisäksi poistetaan kuollut kudus sekä kate mekaanisesti atuloiden, veitsen, saksien tai kauhan avulla. Tärkeä on puhdistaa myös mahdolliset taskut ja onkalot huolellisesti huuhtelemalla keittosuolaliuoksella katetrin ja ruiskun avulla. Tuotteeksi siistiin punaiseen haavaan käytetään hydrofiber, alginaatti, hydrogeeli tai polyuretaanivaahtosidosta erityksen mukaan. Onkaloon laitetaan hydrofobinen sidos.

Siteen vaihtoväli esimerkiksi kolme kertaa viikossa, jos haava on rauhallinen. Jos haavalla on fibriinikudosta, haavaan laitetaan entsyymaattinen valmiste tai hydrogeeli. Entsyymaattinen valmiste vaihdetaan kerran vuorokaudessa. Keltaisen haavan hoidossa käytetään herkästi hopeatuotteita myös infektion ennaltaehkäisyä. Päälimmäiseksi haavaan laitetaan haavatyyny ja polyuretaanikalvo tai kiinnittyvä silikonipintainen haavatyyny. Iho suojataan eritteeltä ja sidevaihdon aiheuttamilta vaurioilta ihonsuoja-aineella. (Hietanen ym. 2002, 206; Mustajoki ym. 2005, 303.)

Onkalohaavan huuhtelu suoritetaan keittosuolaliuoksella katetrin ja ruiskun avulla. Vetyperoksidiliuoksen käytön jälkeen huuhdellaan onkalo keittosuolaliuoksella, kunnes huu-

teluvesi on kirkasta. Vetyperoksidiliuoksen käyttö lopetetaan, kun haava on puhdistunut ja runsas erityys on loppunut. Vetyperoksidiliuosta ei sovi käyttää, jos onkalo on syvä ja kapea, sillä vetyperoksidin kuohuessa ja irrottaessa kuollutta kudosta saattaa onkalo tukkeutua ja aiheuttaa onkaloon ilmataskuja, joissa on ilmaembolian vaara. Huuhtelun jälkeen onkalo yritetään saada mahdollisimman kuivaksi huuhtelunesteestä ja eritteestä. Onkalosidos valitaan haavan syvyyden ja erityksen mukaan ja sidoksella on oltava tilaa toimia. Onkaloon sopivat alginaatti - ja hydrofibertuotteet ja hyvin kapeisiin onkaloihin sopii kangasmainen ja geeliytymään kapea nauha. Nauhamaisista sidoksista täytyy jättä reilusti haava-reunojen yli ja sidos kiinnitetään siten, ettei se valahda onkaloon. Onkalosidosten päälle laitetaan imevä haavatyyny ja/tai haavakalvo. (Hietanen ym. 2002, 206; Mustajoki ym. 2005, 303.)

## 6.5 Kirurginen hoito

Kirurginen haavahoito tulee kyseeseen silloin, kun haava on III-IV asteen syvä ja laaja painehaava, eikä paraneminen edisty selvästi 2-3 kuukauden kuluessa. Painehaavan kirurgisella revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka useinkin voidaan suorittaa yksinkertaisesti ilman anestesiaa potilaan vuodeosastolla tai poliklinikalla veistä ja pinsettä käyttäen. Tällöin edetään siihen kudoksetukseen, missä alkaa näkyä verenvuotoa tai alkaa tuntua kipua. Jos painehaavanekroosiin liittyy vaikea infektio, saatetaan tarvita perusteellisempaa revisiota leikkaussaliolosuhteissa. Revisio tehdään tarvittaessa toistetusti ja haavan jatkopuhdistuminen varmistetaan paikallishoidon keinoin. (Hietanen ym. 2002, 207.)

## 6.6 Hoidon porrastus

Painehaavapotilaan alkuvaiheen hoitopaikka määrittyy paljolti sen mukaan, mihin sairautteen tai vammaan painehaava liittyy. Olisi suotavaa, että esimerkiksi alkuvaiheessa tarvittavat 'bed side'- tyyppiset nekroosien revisiot voitaisiin tehdä siinä hoitopaikassa, missä potilas on muutenkin hoidossa. Tarvittaessa konsultoidaan kirurgista yksikköä. Tavoitteena on, että leikkaukseen valmistava ja muu konservatiivinen hoito, kuten myös leikkauk-

sen jälkihoito, tapahtuisi perusterveydenhuollon piirissä. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 210.)

Rekonstruktivisen kirurgian vaatima hoitajakso sekä polikliiniset asiantuntijakonsultaatit puolestaan kuuluisivat erikoissairaanhoidon (plastiikkakirurgian) vastuulle. Leikattu potilas pidetään erikoissairaanhoidon vuodeosastolla yleensä 5-7 päivää, minkä jälkeen hän siirtyy perusterveyden huollon vuodeosastolle, mikäli alkuvaiheen paraneminen on edennyt normaalisti. Jo etukäteen on varmistettava, että jatkohoitoaikassa on korkeanriskin potja. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 210.)

Jatkohoidosta vastaavalle osastolle tulee antaa yksityiskohtaiset kirjalliset ohjeet asento-ohjauksen, mobilisaation sekä haavanhoidon suhteen. Koska painehaavoilla on taipumus uusiutua, pyritään kuntoutumisvaiheessa arvioimaan kunkin potilaan yksilöllinen painehaavariski. Riskiluokan perusteella tulee kotona tai muussa hoitopaikassa toteuttaa tarvittavat ennalta ehkäisevät toimet. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2002, 210.)

## 6.7 Ravitsemus

Ravitsemuksen arviointi tulisi tehdä yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa.

Ravitsemustila vaikuttaa monella tapaa, sillä huono ravitsemus ja puutostilat vaikuttavat ihon kuntoon ja paranemiskykyyn. Huono ravitsemustila altistaa iho rikkeymille ja haavoille. Laihalla ihmisellä on myös 'luisia' kohtia paljon enemmän kuin ihmisellä, jolla on normaalikerros rasvakudosta. (Hietanen ym. 2002, 186-188.)

Useissa tutkimuksissa on selvitetty ravitsemustilan ja ravintoaineiden yhteyttä painehaavauksien kehittymiseen ja hoitoon.

Kaikista ravintoaineista tutkimukset painottuvat pääasiassa vitamiineihin, sinkkiin, proteiiniin ja energiansaantiin (Mojtahedi 2005.)

A -, C- ja E-vitamiineilla on osoitettu olevan rooli sydän- ja verisuonisairauksissa sekä syövässä. Nämä vitamiinit ovat antioksidantteja, eli aineita, jotka suojaavat elimistön soluja ja kudoksia hapettumiselta. Ravinnosta saatavat vitamiinit siis vähentävät riskiä sairastua sydän-

ja verisuonisairauksiin ja syöpään. Nämä vitamiinit saattavat suojata myös ihoa. Eri tutkimuksen mukaan selläkin vammaisilla, joilla oli painehaavauma, oli alhainen A-, C- ja E-vitamiinien verenpitoisuus, mikä todennäköisesti johtui vitamiinien pitkäaikaisesta väheisestä saannista ravinnosta. Lisäksi B1- ja B2-vitamiinien sekä kivennäisaineiden, sinkin, verenpitoisuus on osoitettu olevan matala henkilöissä, joilla on painehaavauma. (Mojtahedi 2005, 11.)

Elimistö tarvitsee esimerkiksi A-vitamiinia solujen uusiutumiseen, joten nopeasti uusiutuvat kudokset, kuten iho, käyttävät A-vitamiinia. Jos elimistö ei saa riittävästi A-vitamiinia pitkällä aikavälillä, saattaa se vaikuttaa ihon kuntoon. Iho tarvitsee myös C-vitamiinia kudoksen uusiutumiseen ja haavan paranemiseen. Kivennäisaineista sinkillä on onnistuneesti hoidettu ihon haavoja. On syytä kuitenkin huomioida että A- ja E vitamiineja ei kannata syödä liikaa vaikkapa lisävalmisteina, sillä nämä ovat rasvaliukoisia vitamiineja: niiden liika annostus aiheuttaa kertymisen elimistöön ja jopa myrkytystilan. Samaten sinkkilisävalmisteita tulee syödä varoen, sillä sinkin liika-annostus estää muiden kivennäisaineiden imeytymistä suolesta elimistöön. Jatkuva, monipuolinen ruokavalio ( kasvikset, hedelmät, maitotuotteet, lihatuotteet, leipä) takaa riittävän saannin. (Mojtahedi 2005, 11.)

Suurin osa painehaavaumia koskevista tutkimuksista keskittyy proteiinin saantiin. Nämä ovat osoittaneet, että henkilöillä, joilla on painehaavauma, on alhainen proteiinin saanti ruokavaliosta (liha, kala, kana, kananmuna, soijatuotteet), ja veren proteiinipitoisuudet ovat alhaisia. Normaali proteiinisaannin suositus on 0,8-1,0 g/ kg kehon painoa kohden/vrk. Joidenkin tutkimusten mukaan, proteiinin lisääntynyt saanti edistää painehaavauman paranemista, ja riittävä proteiinisaannin pitäisi olla 1,2-1,5 g/ kg kehon painoa kohden/vrk. Tämän mukaan henkilö, joka painaa 70 kg, ja jolla on painehaavauma, tulee saada proteiinia 84–105 g/vrk. Esimerkiksi yhdestä 100 g:n naudanfileepihvisästä saa noin 21 g proteiinia, yhdestä kananmunasta saa noin 12 g proteiinia, ja yhdestä lasillisesta kevytmaista saa noin 12 g proteiinia. (Mojtahedi 2005, 11.)

Toisinaan yhtäkkiäinen tahaton laihtuminen (>10% painosta kuukaudessa) lisää riskiä painehaavauman kehittymiseen. Tällöin hoidon tulee keskittyä vitamiinien, kivennäisaineiden ja proteiinin lisäksi ennen kaikkea riittävään energiansaantiin. Painehaavauma itsessään kasvattaa kehon energiantarvetta, sillä elimistö on tulehdustilassa ja kuluttaa tavallista enemmän energiaa. Joidenkin tutkimusten mukaan, jos painehaavauma on tulos yhtäkkiä laihtu-

misesta, tulee energiansaannin olla tavallista suurempi, jotta painehaavauma paranee, eli 25-35 kcal/ kg kehon painoa kohden/vrk. Noin 70 kg painoisella henkilöllä tämä energian määrä vastaa 1750-2450 kcal/vrk. Energiansaanti riippuu myös liikunnan määrästä, sillä liiallinen energiansaanti voi johtaa liialliseen lihomiseen. (Mojtahedi 2005, 11.)

## 6.8 Nesteytyksen arviointi

Piia Hyvärinen (2008, 22) mukaan optimaalinen nestetasopaino on turvattu, jotta elimistön solujen toiminta on mahdollista. Nestevajasta esiintyy yleensä vahaaravitsemuksen yhteydessä. Optimaalista nesteytys on silloin, kun potilaalle tarjotaan yhtä paljon nestettä kuin hänellä sitä erittyä tai haihtuu elimistöästä pois. Riski painehaavojen synnylle kasvaa nestevajauksen yhteydessä, koska tällöin myös verivolyymin määrä ja aineisverenkierto vähenee. Näin ollen potilaan pinnallisten kudosten ravinnon ja hapen saanti estyy.

## 7 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämä opinrätetyö käsittelee tietoa painehaavasta ja painehaavojen ennaltaehkäiseviä hoitotyömaahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmasta.

### 7.1 Tutkimuskysymykset

#### Tarkoitus

Opinrätetyön tarkoituksena on kuvata kyselylomakkeiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta, painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoidosta.

- Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisystä?
- Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan hoidossa?
- Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden kehittämisehdotukset painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoidossa.

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus on toteutettu Diakonia-ammattikorkeakoulussa, maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijan pätevyyskoulutuksen ryhmässä A 27MaMuSh. Opiskelijat ovat suorittaneet sairaanhoitajan, välkärin ja kään tutkimon Suomen ulkopuolella.

### 8.1 Tutkimusmenetelmä

Valitsemamme aihe: ”Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta ja painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta”, toteutettiin kuin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa tutkimusaineisto kerättiin avoimella esseekyselylomakkeella.

Eräs tärkeistä tiedonkeruu- ja tarkastelumenetelmistä on kyselytutkimus. Sen avulla voidaan kerätä aineistoa muun muassa erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Tämän tyyppiset kiinnostuksen kohteet ovat sekä moniulotteisia, että monimutkaisia. Kyselytutkimuksessa tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä (Vehkalahti 2008, 11.)

Opinnäytetyömme on kyselytutkimus ja tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen etuna useimmiten on laajan tutkimusaineiston saanti ja mahdollisuus useampien asioiden kyselyyn samanaikaisesti. Kyselytutkimuksen heikkoutena pidetään tutkimuksen pinnallisuutta ja vaatimattomuutta teoreettisesti. Kyselytutkimuksessa aika-tila on mahdollisuus arvioida melko tarkasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 184-192.)

Opinnäytetyötä tehdessä tulee miettiä miksi työ tehdään ja mihin tutkimuskysymyksiin sillä aiotaan vastata. Tutkimusasetelman tulee soveltua tutkimuskysymyksiin. (Kaila, Kuoppala & Mäkelä 2007, 78.)

Tieteellisessä tutkimuksessa voidaan käyttää kahta erilaista lähestymistapaa, jotka molemmat täydentävät toisiaan. Tutkimuksissa voidaan käyttää laadullista eli kvalitatiivista menetelmää tai vaihtoehtoisesti numeerista eli kvantitatiivista menetelmää. Molempien tutkimusmenetelmien perimmäinen tavoite on tietopohjan kehittäminen (Tuomi & Sarajärvi 2003, 66-72). Opinnäytetyössämme käytimme laadullista eli kvalitatiivista menetelmää.

Laadullisella tutkimuksella saadaan tuotettua tutkittavasta ilmiöstä kuvailevaa, selittävä, tulkitsevaa ja ymmärrettävää laadullista tietoa. (Lepola, Nikkonen & Norens 1992; Tuomi & Sarajärvi 2003, 66-72.)

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa se, minkälaista tietoa etsitään ja keneltä tai mistä tietoa on tarkoitus saada. Tutkijan tulee miettiä, mitkä menetelmät soveltuvat tutkimuksen ongelman ratkaisemiseen. Tutkimusta tehdessä tulee olla tietoa eri menetelmien eduista ja niihin liittyvistä rajoituksista. Menetelmän valintaan vaikuttaa myös eettiset seikat. Tutkimuksen tulee edetä niin, että se ei loukkaa tutkittavien yksityisyyttä tai identiteettiä (Hirsjärvi ym. 2004, 173-175.) Kyselylomake Diakonia-ammattikorkeakoulu maahanmuuttaja-sairaanhoitajaopiskelijoille sisältää 10 kysymystä (Liite 1).



## 8.2 Tutkimusaineiston keruu

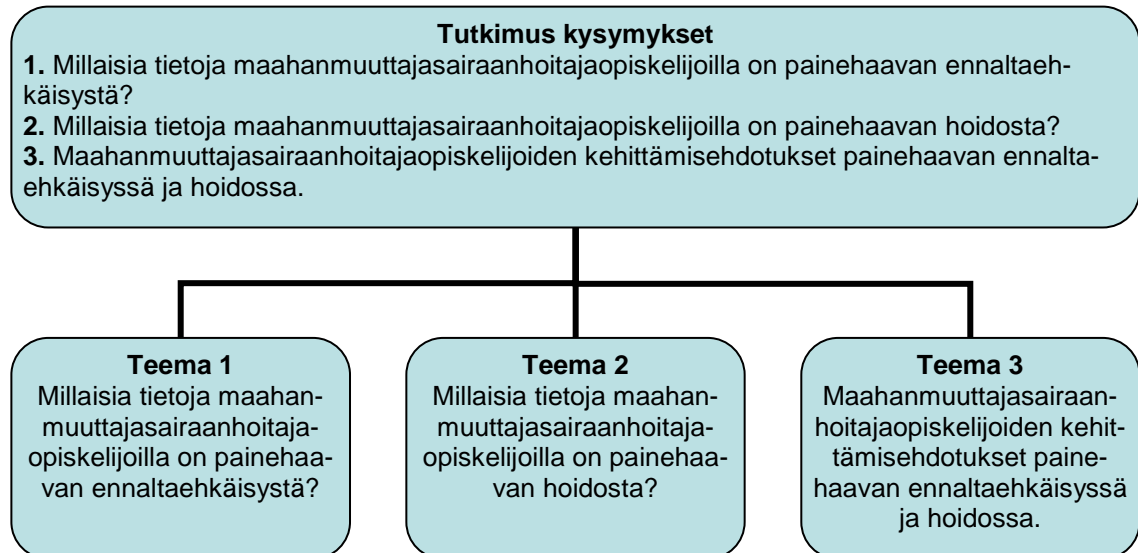
Diakonia ammattikorkeakoulun maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoille oli tehty kysely, joissa tutkimusaineisto kerättiin avoimella essee kyselylomakkeella. Aineiston keruumenetelmäksi valitsimme avoimet essee kyselylomakkeet (Liite 1). Kyselylomake muodostui teorian pohjalta kolmesta teemasta. (TAULUKKO 1)

TEEMA 1: Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisystä? (Kyselylomakkeen kysymykset 1, 2, 3 ks. Liite 1)

TEEMA 2: Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan hoidosta? (Kyselylomakkeen kysymykset 4, 5, 6, 7 ks. Liite 1)

TEEMA 3: Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden kehittämisehdotukset painehaavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa (Kyselylomakkeen kysymykset 8, 9, 10 ks. Liite 1)

TAULUKKO 1: Tutkimuskysymykset



## 8.3 Tutkimusympäristö ja tutkimushenkilöt

Kysely suoritettiin toisille maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoille, jotka opiskelevat Diakonia koulussa. Opinnäytetyön aihe on tarpeellinen maahanmuuttajasairaanhoitajakoulutuksen kehittämisen kannalta. Tammikuussa 2010 saimme tutkimusluvan Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimusjohtaja Sakari Kainulaiselta. (Liite 3.)

Kohderyhmään vuonna 2009 aloittanut A27MaMu ryhmä, johon kuuluu 15 opiskelijaa. Heillä on sairaanhoitajan tutkinto ja hoitotyökokemusta omassa kotimaassaan.

Tutkimusympäristönämme on Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin toimipaikka, jossa aloitti elokuussa 2009 opiskelun 15 pätevyyskoulutuksessa olevaa maahanmuuttajasairaanhoitajaa. Kyseisen ryhmän koulutus on suunniteltu ja toteutettu yhteistyössä Helsingin terveystieteiden keskuksen toimijoiden kanssa erillisessä yhteistyöhankkeessa. Ryhmässä on sairaanhoitajia monesta eri kulttuurista ja kaikilla on kokemuksia ja koulutusta sairaanhoitajan työstä omassa maassaan. Ryhmässä on sairaanhoitajia Virosta, Venäjältä, Afganistanista ja Bosniasta.

Kysely toteutettiin Diakonia-ammattikorkeakoulun opetustiloissa Helsingissä 25. tammikuuta 2010. Tutkimuksen kyselyyn osallistui yksitoista maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijaa. Mikäli opiskelijoilla oli ongelmia kysymyksen ymmärtämisen kanssa, opiskelijalle voitiin kääntää kysymykset tarvittaessa englanniksi ja myös venäjäksi.

Kyselylomakkeet jaettiin pätevyyskoulutuksessa oleville maahanmuuttajasairaanhoitajille luokassa oppitunnin alussa tammikuun 25. päivä. Ennen kyselylomakkeiden jakamista kerroimme ryhmälle, mistä tutkimuksesta oli kyse, sekä ohjeistimme kyselylomakkeen käyttämiseen. Opiskelijat vastasivat kyselylomakkeisiin nimettömästi. Ryhmässä oli läsnä 11 maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijaa.

Ennen kyselylomakkeiden jakamista opiskelijoille kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistuneille kerrottiin myös tutkimuksen ehdottomasta luottamuksellisuudesta ja siitä, kuinka materiaalia säilytetään, käytetään tutkimuksen eri vaiheissa ja että se hävitetään tutkimuksen loputtua. Kysely kesti noin yhden tunnin. Kyselylomakkeet ja saatekirje jaettiin suljetuissa kuoreissa, joissa oli kerrottu, että kyselyyn vastataan nimettömästi.

Kyselyn aikana muutamat opiskelijat esittivät selventäviä kysymyksiä, koska eivät täsmällisesti ymmärtäneet suomen kielellä esitettyjä kysymyksiä. Kyselyä pidettiin ilmapiiri, vuorovaikutus ja aktiivisuus olivat mukavia. Melkein jokainen kyselyyn osallistuva opiskelija toivotti meille hyvää tutkimuksen jatkoa palauttaessa meille kyselylomakkeen kirjekuoressa. Me kiitimme heitä kyselyyn osallistumisesta, omasta puolestamme toivotimme heille hyvää jatkoa opiskelussa. Kyselyn päättyä muutamat opiskelija jäi mielenkiinnolla keskustelemaan koulusta, elämästä, työstä yms.

#### 8.4 Taustatiedot

Tutkimuskysymyksiin vastasi 11 sairaanhoitajan pätevyyskoulutuksessa olevaa maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijaa. Opiskelijoiden ikärakenne oli välillä 27-41 vuotta. Heillä kaikilla omassa kotimaassa oli aikaisempi eri koulutus: 1 väliskäri, 1 kätiö ja 9 sairaanhoitajaa.

Opiskelijoilla oli monipuolinen ja joissain tapauksissa pitkäkin työkokemus hoitoalalta. Omassa kotimaassa heillä kaikilla oli työkokemusta eri paikoissa: ensiapulaitoksessa (ambulanssi), koulussa terveydenhoitajana, synnytyssairaalassa raskauden patologian osastolla, lastensairaalassa, naistenklinikassa, vuodeosastolla sairaaloissa, apteekissa, lasten ja aikuisten poliklinikassa. Heistä yhdestoista osallistuneesta henkilöistä kahdeksalla on työkokemusta Suomessa. Heistä viidellä oli työkokemusta hoitoalalla Suomessa eri paikoissa: vanhainkodissa, kotihoidossa, palvelutalossa, terveyskeskuksessa vuodeosastossa ja hierontatyötä. Kolmella oli työkokemusta esimerkiksi henkilökohtaisena avustajana, apteekissa ja päiväkodissa.

#### 8.5 Aineiston analyysi

Piia Hyvämäen (2008) mukaan laadullisten aineistojen sisällin analyysi voidaan tehdä kahdella eri tavalla, induktiivisesti ja deduktiivisesti. Laadullisella sisällin analyysillä pyritään tiivistettyyn kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin tuloksena muodostetaan tutkittava ilmiö kuvaava käsittekartta tai malli. (Kynge & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002; Piia Hyvämäki 2008, 31.)

Tutkimusaineistomme analyysiin käytimme deduktiivista laadullista sisällönanalyysia. Pullisen ja Savolaisen (2009) opinnytyön mukaan sisällön analyysissä prosessin vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely, sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitysten luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110; Pullinen & Savolainen 2009, 35.)

Aloitimme aineiston analyysin kokoamalla kaikki samalle kysymykselle saadut vastaukset samalle paperille. Me teimme ison taulukon – matriisin – jolle kirjassimme saadut vastaukset. Sen jälkeen luimme kaikki vastaukset useampaan kertaan läpi saadaksemme kokonaiskuvan niistä. Tämän jälkeen kirjoitimme kaikki toisiinsa liittyvät ja samaa tarkoittavat alkuperäiset ilmaukset toiselle paperille kyselylomakkeen teemojen mukaisesti.

Pullisen ja Savolaisen (2009) opinnytyön mukaan pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä. Aineistosta etsitään asia- tai lausekokonaisuuksia, jotka vastaavat tutkimusongelmaan. Nämä asia- tai aihekokonaisuudet ilmaistaan pelkistetyssä muodossa, kuitenkin mahdollisimman tarkkaan käyttäen samoja termejä tai sanoja, joilla asia on aineistossa ilmaistu. Tämä on kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe. (Kynge & Vanhanen 1999, 5-6; Pullinen & Savolainen 2009, 35.)

Seuraavaksi me pelkistimme alkuperäiset lauseet tiiviimpään muotoon eli joko yhdeksi sanaksi tai muuten ymmärrettäväksi ajatukseksi (Liite 5). Tämän jälkeen keräsimme pelkistetyt ilmaisut taulukkoon aiempien teemojen mukaisesti.

Pullisen ja Savolaisen (2009) opinnytyön mukaan pelkistämisen jälkeen tutkija ryhmittelee aineiston yhdistäen pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka tarkoittavat samaa tai kuuluvat yhteen. Ryhmittelyssä on kyse pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien sekä yhtäisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategoria nimeetään sen sisällön hyvin kuvaavalla nimellä. Kategorioita muodostettaessa tutkija käyttää tulkintaansa hyväksi siinä, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan. (Kynge & Vanhanen 1999, 6; Pullinen & Savolainen 2009, 36–37.)

Teemasta 1 muodostettiin kolme kategoriaa: asentohoito, ihon hoito ja apuvälineet.

Teemasta 2 muodostettiin neljä kategoriaa: aktiivisuus ja omatoimisuus, ravitsemushoito, nestehoidon merkitys ja nestehoito.

Teemasta 3 muodostettiin kolme kategoriaa: psykofyysinen hoito, omaisten osuus hoidamisessa, ja kuntouttava hoitotyö.

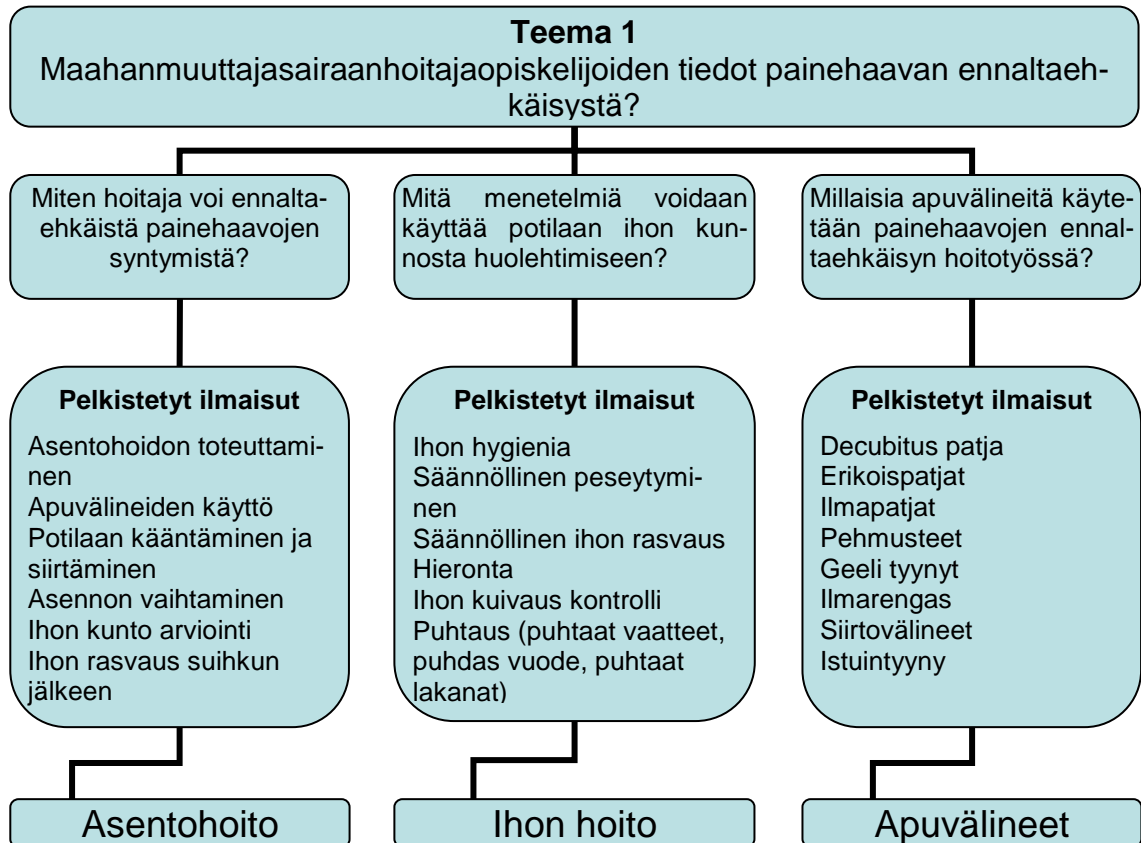
## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli byä vastaus siihen, millaisia tietoja painehaavan ennaltaehkäisystä ja painehaavan hoidosta maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on? Tutkimus tulokset kerrotaan objektiivisesti ilman tulkintoja, ilman omia mielipiteitä. Saadut tutkimustulokset jaettiin 10 kategoriaan: ihon hoito, asentohoito, apuvälineet, aktiivisuus ja omatoimisuus, ravitsemushoito, nestehoidon merkitys, nestehoito, psykofyyminen hoito, oma osuus hoitamisessa, kuntouttava hoitotyö. Taulukossa 2, taulukossa 3 ja taulukossa 4 on tulokset selvennetty kuvion muodossa kategorioittain.

### 9.1 Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisystä

Taulukossa 2 ovat kolmen kysymyksen alkuperäiset vastaukset ryhmitelty 3:n ryhmän.

TAULUKKO 2: Teema 1



Vastauksista tuli ilmi, että vahvimmin painehaavoja ennaltaehkäiseväksi metodiksi nousi asentohoito ja sen toteuttaminen. Asennon muuttamisen lisäksi nähtiin myös hyvä ihon hoito ja hygieniasta huolehtiminen tärkeää. Apuvälineiden käyttö myös ennaltaehkäisee painehaavojen syntymistä.

### 9.1.1 Asentohoito

Tässä kysymyksessä vastaajien kokemuksesta koettiin, että asentohoitoihin kiinnitetään hyvin huomiota. Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat, että asennonvaihto kahden tunnin välein on tärkeää. Apuvälineiden käyttäminen asentohoidossa koettiin myös tärkeää.

Vastauksia asentohoidosta:

*Potilasta käännetään joka 2 tuntia eri asentoon, sängyn pinta oltava sileä, ei saa olla ryppyjä.*

*Käyttää apuvälineitä aina kun siirretään potilasta, potilaan kääntäminen joka 2 tuntia.*

*Jokainen päivä, joka 2 tuntia.*

Vastauksissa tuli ilmi asentohoidon merkitys ja vaikutus tuntuu olevan laajasti ymmärretty sekä tutkittu asia niin painehaavojen ennaltaehkäisyssä kuin hoidossa. Asentohoito on käytännön hoitotyössä myös laajasti käytetty ennaltaehkäisy menetelmä.

### 9.1.2 Ihon hoito

Mitä menetelmiä voidaan käyttää potilaan ihon kunnosta huolehtimiseen?

Tuloksissa tuli esille, että ihon hoito ja hygienia ovat vahvasti esillä oleva hoitomuoto sekä ennaltaehkäisy menetelmä. Vaikutteita tähän asiaan on tuonut se, että ihmisen puhtaus ja hygienia sekä erittäminen ovat tunnettuja hoitotyön osa-alueita ja niitä pidetään perushoidon kulmakivenä sekä potilaan yleisen hyvinvoinnin yhtenä osana. Vastauksissa mainittiin ihon peseminen aamuin illoin, kuivaus, rasvaus, hieronta ja hygienia.

*Ihon hygienia.*

*Peseytyminen ja ihon rasvaus säännöllisesti.*

*Hyvä hoito ja huolehditaan ihosta, ihon oltava siisti.*

*Tarkista onko iho kuiva... - jos iho on kuiva, niin täytyy voidella hyvin. Varsinkin suihkun jälkeen.*

*Hieronta, rasvaus. Pestään aamulla ja illalla ennen nukkumaan menoa.*

Ennaltaehkäisyyn kuuluu myös, että tarkistetaan ihon kuntoa säännöllisesti. Erittäin tärkeä se on, mikäli potilaalla on painehaavan syntymiseen riski.

*Hoitajan täytyy seurata ihon kuntoa, käytetään voiteita, lakanat laitetaan sängyssä aina ihan suoraksi. Decubitus patjan käyttö, asennon vaihto.*

*Tärkeää tiedottaa asiakasta. Jos asiakkaalla on painehaavojen synty vaara, pidetään iho hyvässä kunnossa (rasvaus). Oltava tarkka asentohoito, asiakas ei saa olla koko ajan makuuasennossa, asiallisten patjojen käyttö.*

### 9.1.3 Apuvälineet

Painehaavojen ennaltaehkäisyssä käytettävissä olevista apuvälineistä. Opiskelijat mainitsivat, istuintyyny sekä erikoispatjat. Tavallisten tyynyjen käyttöasentohoidon apuvälineenä on vielä runsasta käytön hoitotyössä. Tuloksissa tuli esille myös istuintyynyjen käyttöpyörätuolissa potilaan istuessa.

*Nosturi, pyörätuoliin istumaan, rengastyyny.*

*Erikoispatjat otetaan käyttöön.*

*Pehmusteet, erilaisia ja tavalliset tyynyt.*

*Erikoispatja otetaan käyttöön, käännetään potilas 2 tunnin välein, siirretään potilas sängystä pyörä tuoliin.*

*Ilmapatja, ilmatyyny, Decubitus patjat.*

Asentohoidosta kysyttäessä tuli esille vielä yksi patjan päälle asetettava pieni apuväline asentohoidon toteuttamiseen, eli siirtolakana. Siirtolakanaa käytetään potilaan asennonmuutta-



misen apuvälineitä, kun potilasta halutaan kääntää tai siirtää vatsaan ihon hankausta ja venytymistä.

*Käytetään siirtolakanaa.*

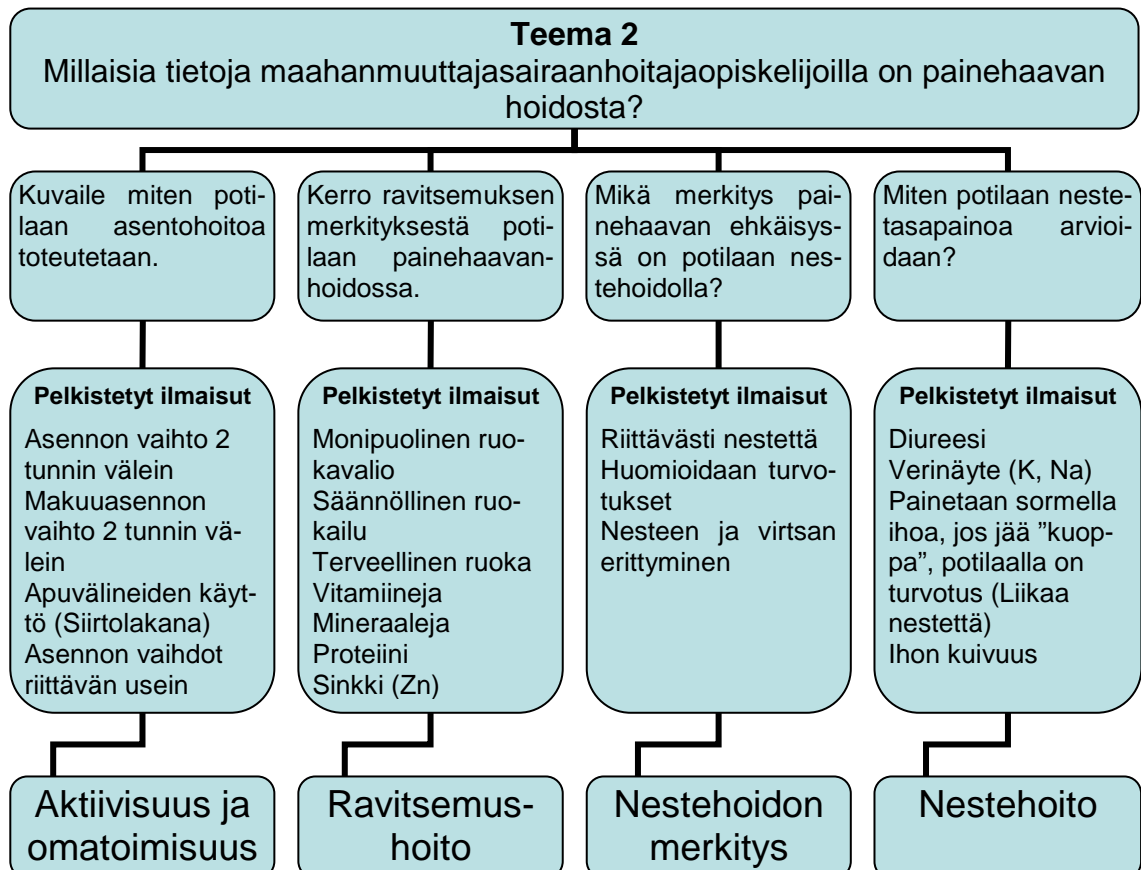
*Siirtolakanaa, erilaisia tyynyjä, geelityynyjä, rengastyyny.*

Vastauksissa tuli ilmi, että painehaavojen ennaltaehkäisyyn apuvälineitä maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden näkökulmasta ovat vuoteeseen asetettavat pienet apuvälineet, kuten tyynyt ja geelityynyt, rengas tyynyt, siirtolakana sekä Decubitus patjat, erikoispatjat, ilmapatja.

9.2 Millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitaja-opiskelijoilla on painehaavan hoidosta.

Taulukossa 3 ovat neljän kysymyksen alkuperäiset vastaukset ryhmitelty neljän ryhmän.

TAULUKKO 3: Teema 2



### 9.2.1 Potilaan aktiivisuus ja omatoimisuus

Tässä kysymyksessä vastaajien kokemuksesta koettiin, että painehaavapotilaan hoidossa asentohoitoihin kiinnitetään hyvin huomiota. Vastaajat kuvasivat, että hoidossa toteutetaan potilaan asentohoitoa.

Kuvaile miten potilaan asentohoitoa toteutetaan.

*Täytyy useita kertoja kääntää potilasta, esim. hyvä vaihtaa asento joka 2 tuntia ja käyttää apuvälineenä pehmeitä tyynyjä.*

*Laitetaan potilas eri asentoon.*

*Joskus laitetaan potilas istumaan, muutetaan makuuasento 2 tunnin kuluttua, jalkojen alle laitetaan tyyny tai koroke.*

*Hoitaja kääntää potilasta tarvittaessa, vaikka jopa 2 tunnin välein. Asentohoito, siirtää potilasta esim. pyörä tuoliin. Tarkista ja suorista potilaan vaatteet.*

*Käyttää apuvälineitä aina kun siirretään potilasta, potilaan kääntäminen joka 2 tuntia.*

*Vaihdetaan asentoa noin 2 tunnin välein, käytetään apuvälineitä tarvittaessa.*

Asentohoidossa käytetään apuvälineitä.

### 9.2.2 Potilaan ravitsemushoito

Kysymykseen ravitsemuksen merkityksestä painehaavapotilaan hoidossa, opiskelijat vastasivat sen vaikuttavan merkittävästi. Monipuolinen ja terveellinen ruoka, joka sisältää vitamiineja, hivenaineita ja rasvoja, on tärkeä painehaavapotilaan hoidossa.

*Ravitsemus merkitsee hyvin paljon, täytyy potilaan syödä terveellistä ruokaa.*

*Terveellinen ruoka on tärkeä, koska hyvä ravitsemus pitää kehon terveenä, nestetasapaino säilyy, ei tule ylimääräistä rasvaa, eikä sokeria.*

*Terveellinen ruokavalio on tärkeä, vitamiineja A,C,D,E, proteiineja, Zn-sinkki, rasvahapot, omega 3,6,9.*

*Riittävästi proteiineja.*

*Monipuolinen ruoka ja säännöllinen.*

### 9.2.3 Nestehoidon merkitys

Nesteiden saannin riittävyys oli vastaajien mielestä tärkeä. Osa vastaajista ilmaisi, että nestetasapaino tulisi olla kunnossa.

Mikä merkitys painehaavan ehkäisyssä on potilaan nestehoidolla? Opiskelijat kirjoittivat:

*Nestehoito on tärkeä, koska nesteitä ei pitäisi olla liian vähän eikä liian paljon.*

*Nestehoidossa pitää tarkistaa, että on riittävästi nesteitä.*

*1,5 l. nestettä , riittävästi nestettä.*

Jotkut mainitsivat, että nesteiden saantia on hyvä rajoittaa.

*Nesteen erittymisen ja käyttämisen kontrolli.*

*Ei saa juoda paljon nestettä.*

*Jos potilaalla on turvotuksia, pitää ottaa huomioon nesteen ja virtsan eritys.*

### 9.2.4 Nestehoito

Miten potilaan nestetasapainoa arvioidaan? Tähän kysymykseen melkein kaikki vastasivat samanlaisilla vastauksilla.

Nestetasapainon arvioimiseksi ilmoittivat vastaajat nestelistan.

*Tarkista Diureesi, paljonko juo ja paljonko erittää.*

*Seurata kuinka paljon potilas juo vuorokaudessa.*

*Diureesi, paljonko nesteitä sai, paljonko virtsaa tulee, kuiva iho, turvotukset.*

Verinäytteiden ottamisen ja potilaan tarkkailua.

*Painetaan sormella ihoa jalassa, jos iholla jää kuoppa, silloin on potilaalla turvotus (liikaa nestettä).*

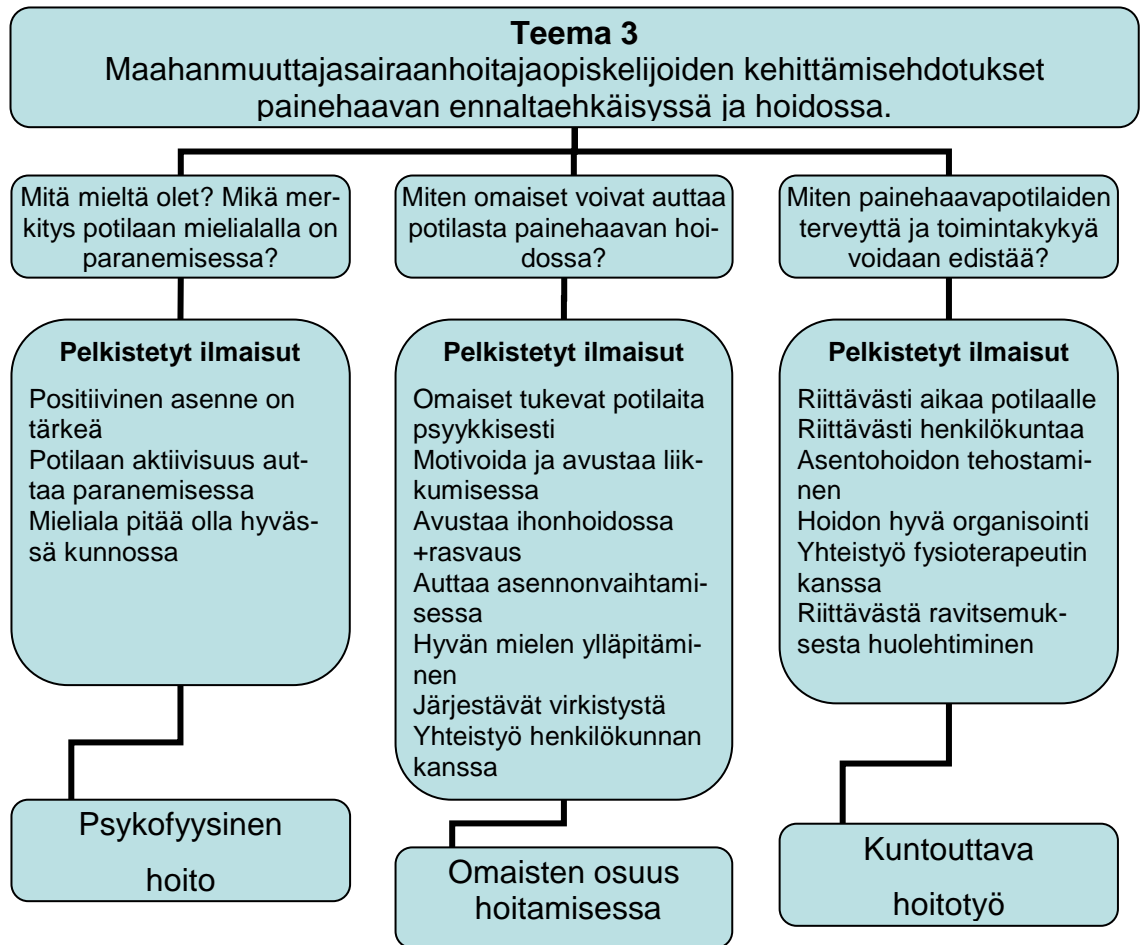
*Ihon kunto, verinäyte, Diureesi.*

9.3 Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden kehittämissuhteet painehaavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa

Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat vastasivat kysymykseen monipuolisesti.

Taulukossa 4 ovat kolmen kysymyksen vastaukset ryhmitelty kolmeen ryhmään.

TAULUKKO 4: Teema 3



### 9.3.1 Psykofyysinen hoito

Kysymykseen: Mitä mieltä olet? Mikä merkitys potilaan mielialalla on paranemisessa? Opiskelijat vastasivat seuraavasti:

Positiivinen mieliala

*Mieliala pitää olla positiivinen, sillä jos potilas on aktiivinen, hän parantuu nopeammin.*

*Mieliala on tärkeä asia, koska jos potilaalla on positiivinen mieliala, hän pystyy hoitamaan itseään.*

Omatoimisuuteen kannustaminen

*Positiivinen asenne on tärkeää, potilas pystyy itse auttamaan itseään enemmän.*

*Aktiivisuus oman hoidon osallistumisessa.*

### 9.3.2 Omaisten osuus hoitamisessa

Miten omaiset voivat auttaa potilasta painehaavan hoidossa? Kysymykseen opiskelijat vastasivat:

Virkistys positiivinen mieliala.

*Virkistys ohjelmia ja liikkumista.*

*Olla tukena, hoitaa ja auttaa hoitamisessa, kävelyttää vaikka pyörätuolilla.*

*Omaiset voivat osallistua aktiivisesti potilaan hoidossa, auttaa potilasta olla hyvässä kunnossa fyysisesti ja psyykkisesti.*

*Virkistää potilasta, tekevät yhteistyötä hoitavan henkilökunnan kanssa.*

Perushoito

*Omaiset voivat tehdä hyvää ja oikeaa perushoitoa.*

*Antamaan potilaalle motivaatiota tehdä jotain tai kääntyä itse jos pystyy. Rasvata iho, auttaa peseytymisessä, auttaa siirtymisessä jne.*

*Omaiset voivat kääntää tai auttaa kääntämään potilasta.*

*Hyvä perushoito.*

*Omaiset voivat rasvata potilaan ihoa, vaihtaa asentoa.*

### 9.3.3 Kuntouttava hoitotyö

Viimeiseen kysymykseen: Miten painehaavapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää? Maahanmuuttajasairaanhoidajaopiskelijat vastasivat:

Riittävästi henkilöä

*Riittävästi henkilökuntaa.*

*Hoito pitää olla järjestetty oikein. Riittävästi aikaa hoitaa jokainen potilas.*

*Hoidon hyvä organisointi.*

*Riittävästi aikaa potilaalle ja yhteistyö.*

*Enemmän aikaa potilaalle.*

#### Yksibllisen hoidon tehostaminen

*Toiminta ja fysioterapeutin avulla potilaalle määrätään ja suunnitellaan sopivat virkistys toiminnot, voimistelua, kuntouttava työ ja hieronta.*

*Hyvä työn järjestäminen, ruokavaliosta huolehtiminen, riittävästi aikaa potilaalle ja yhteistyö.*

*Ravitsemuksen huolehtiminen.*

*Asentohoidon tehostaminen.*

## 10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUS

Tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen on olennainen osa tutkimusprosessia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi tulee kohdistaa koko tutkimusprosessiin, joka sisältää tutkimus aineiston, aineiston analysoinnin ja tutkimuksen raportoinnin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003.)

Olimme pyrkineet varmistamaan, että olemme ymmärtäneet maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden antamaa tietoa oikein. Uskottavuutta lisäi myös oma työkokemuksemme omissa kotimaissa vuodeosastolla, ja niissä tapahtuvan hoitotyön tunteminen ja ymmärtäminen painehaavan ennaltaehkäisyssä ja painehaavan hoidossa.

Käytimme kyselylomake sopi uskomusten, mielipiteiden ja tietojen kartoittamiseen. Yleensä kyselytutkimuksessa vastaajat eivät voi tarkentaa mahdollisia epäselvyyksiä tutkijalta, vaikka heillä olisi epäselvyyksiä kysymysten ymmärtämisessä tai vastaamisessa (Burns & Grove 1995). Kyselyn toteuttamisessa tammikuussa maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoille annoimme avustusta kysymysten ymmärtämisessä.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tutkimusaineisto analyysin valinta ja toteutus ovat merkityksellisiä asioita. Tutkimuksessa on pohdittava, onko analyysin tulos sellainen, että se vastaa alkuperäisen aineiston sisältöä (Krause & Kiikkala 1996, 131). Mielestämme sisällön analyysi sopi hyvin opinnyttelyömme analyysimenetelmäksi.

Opinnyttelyössämme on selitetty analyysin eri vaiheet tarkasti. Luotettavuuden lisäämiseksi analysoinnin vaiheessa palasimme usein alkuperäiseen aineistoon varmistaaksemme, ettemme kadota asiayhteyttä. Olemme käsitelleet aineiston analyysissä luvussa 8.5.

Olimme pyrkineet luotettavuuteen niin kyselytutkimuksissamme kuin myös kyselyjen analysoinnissa. Kyselylomakkeita tehdessämme pyrittiin suunnittelemaan kysymykset sellaisiksi, että saisimme mahdollisimman selkeää ja luettavaa materiaalia opinnyttelyömme. Tutkimuksen sisällön luotettavuudessa tarkastellaan tutkimustuloksia. Opinnyttelyön tulokset vastaavat opinnyttelyön tehtävää, joten tutkimusmenetelmä voidaan pitää onnistuneena. Kysymyksessä olivat maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden mielipiteet ja tiedonanta-



jina oli kokoryhmä, 15 opiskelijasta yksitoista oli paikalla kyselyä tehtäessä. Johtopäätökset teimme yhdistelemällä opinnäytteen tuloksia taustalla vaikuttaviin teorioihin.

## 11 TUTKIMUSETIIKKA

Eettisesti hyvän ja luotettavan tutkimuksen tekeminen on tutkimusetiikan peruspiirre. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa edellytetään tutkimusluvan hankkimista asianmukaisesti joko eettiseltä toimikunnalta tai päteältä viranhaltijalta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006). Olimme saaneet tutkimusluvan Diakonia-ammattikorkeakoulun tutkimusjohtaja Sakari Kainulaiselta (Liite 3).

Tutkimuksen eri vaiheissa on suojeltava tutkittavaa vahingoittumiselta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. Tutkittavalla on oikeus anonymiteettiin ja luottamuksellisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26-33.)

Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kyselylomakkeen voi täyttää nimettömänä, jolloin yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Kerättyä aineistoa käytetään vain tähän tutkimukseen. Opinnäytetyön valmistuttua hävitetään aineiston. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. (Liite 2).

Opinnäytetyö on toteutettu edellä mainittuja eettisiä periaatteita noudattaen. Kyselylomakkeen saate-kirjeessä oli kuvattu minkälaiseen tutkimukseen vastaajat osallistuvat ja kaikki vastaajat osallistuivat kyselyyn vapaaehtoisesti.

Opinnäytetyötehdeissä vastaajien henkilöllisyys ei tullut missään tutkimuksen vaiheessa esille. Kyselyllä saatu aineisto hävitettiin asianmukaisesti analysointivaiheen jälkeen.

Hyvän tutkimusetiikkaan kuuluu oleellisesti myös, että tutkimusasetelma on asiallinen ja tutkijalla on riittävä osaaminen tutkimuksen suorittamiseen. Hoitotieteellisen tutkimuksen odotetaan myös hyödyttävän hoitotiedettä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006). Meillä molemmilla on jo aikaisemmin omasta kotimaasta tutkinto. Toisella on väkärin tutkinto toisella on sairaanhoitajan, sekä molemmilla työkokemusta kotimaassa hoitotyössä.

Eettisissä periaatteissa sairaanhoitajan tulee kehittää ammattitaitoaan, toimia ammatillisesti ja kollegiaalisesti. Leino-Kilpi & Välimäki (2003) huomioi hoitotyöntekijän tutkijana ja tutkimuksen kohteena, korostaen samalla tutkitun tiedon merkitystä. Tutkimusetiikan perus-

teet tulee jokaisen oppia jo ammatillisessa peruskoulutuksessa. Ihmisten ollessa tutkimuskohteena korostetaan vastuu tehtävissä valintoja. Jo tutkimuskohdetta valittaessa on mietittävä, mihin tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 26-33.)

Tutkivalle pitää kertoa ennen tutkimuksen aloittamista rehellisesti siihen liittyvistä seikoista ja näin ollen antaa heille mahdollisuus myös kieltäytyä. Tutkittavilla on oikeus saada tietoa koko tutkimuksen ajan. Tämän opinnoitetyössä tutkimuksen aineiston keräykseen käytettävän kyselylomakkeen mukana on saatekirje A27MaMuSh ryhmän (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tulosten käsittely, korostettiin vastaajien anonyymiutta sekä siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimuksen eettisyyttä tarkasteltaessa on huomiota kiinnitettävä esimerkiksi tutkimusongelman asetteluun, tutkijan ja tutkittavan organisaation suhteeseen sekä aineiston ja tulosten julkaisemista koskeviin seikkoihin. Yleisesti nämä eettisyyden vaatimukset voidaan jaotella tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuseen julkaisemisesta. (Vehviläinen-Julkunen Katri 1997, 26–27.)

Eettisyys näkyy myös kriittisellä asenteella valitsevia käytäntöjä ja tarjottuja tietoja kohtaan. Tutkijan moraalisiin velvollisuuksiin kuuluu lähdekritiikki: tiedon luetettavuus, soveltuvuus ja taustalla olevat motiivit tulee tarkistaa. (Gothóni & Pesonen 2000, 13.) Olemme pyrkineet käyttämään vain ammattikirjallisuutta ja tieteelliseen tutkimukseen pohjautuvaa materiaalia.

Teoriaosassa olemme käyttäneet opinnoitetyöä ja sieltä on suoria lainauksia. Sivulla 27, 28 ja KUVA 7 sivulla 29, on lainattu Anu Lehtirannan opinnoitetyöstä 2007. Sivulla 7, 17 on lainattu Koskimiehen, Lahtisen, Niuran & Palmgrenin opinnoitetyöstä 2009. Sivulla 44 on lainattu Pullisen ja Savolaisen opinnoitetyöstä 2009. Lähteisiin on merkitty kaikkien teosten nimet ja tekijät.

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Painehaavat ovat haasteellinen osa hoitotyötä. Painehaavojen hoito on vaativaa ja kallista yhteiskunnalle sekä potilaalle (Hietanen ym. 2002, 186). Niitä voi kuitenkin ennaltaehkäistä jokapäiväisillä hoitotyön toiminnoilla. Ensimmäinen tutkimuskysymys oli millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisyssä?

Tässä teemassa kysyttiin asentohoidosta, ihon hoidosta ja apuvälineistä. Tutkimuksen tuloksen mukaan voidaan sanoa, että maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden pohjatiedot asentohoidosta, ihon hoidosta ja apuvälineiden käytöstä ovat monipuolisia. Ne pohjautuivat aiempiin ammatillisiin tutkintoihin ja hoitotyön tekemiseen. Asentohoidon merkitys ja vaikutus on laajasti ymmärretty, niin painehaavojen ennaltaehkäisyssä kuin hoidossa.

Asentohoidon merkitys ja vaikutus tuntuu maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilla olevan laajasti ymmärretty, sekä tutkittu asia niin painehaavojen ennaltaehkäisyssä kuin hoidossa. Voidaan sanoa, että maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat vastasivat kysymykseen monipuolisesti. Asentohoito on käytännön hoitotyössä laajasti käytetty ennaltaehkäisy menetelmä. Samoin kuin ihon ja hygienian hoito ovat vahvasti esillä oleva hoitomuoto, sekä ennaltaehkäisy menetelmiä.

Hietasen (2005) mukaan, jos potilas makaa vuoteessa eikä pysty itse kääntymään, tulee hänen asentoaan muuttaa kahden tunnin välein käyttäen tyynyjä hänen asentonsa tukemiseksi. Potilas tulisi tukea asentoon, jossa hänen vartalonsa on 30 asteen kallistuskulmassa paineen alentamiseksi. Tähän suositellaan kiilatyyntyjen käyttöä. Kantapäiden tulisi olla irti patjasta tyyntyjen avulla. Istuessa potilasta olisi myös hyvä tukea tyyntyillä. Tyyntyjen asettamisessa on varmistettava, etteivät nämä heikennä muiden painetta vähentävien apuvälineiden hyötyä (Hietanen 2005.)

Teorian (Mustajoki ym. 2005) mukaan ihon kunnon tarkkailu on yksi tärkeimmistä toimenpiteistä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Ihon tarkkailua suoritetaan aina potilasta käsiteltäessä ja muutokset ihossa ja ihon alaisessa kudoksessa tulee kirjata potilaan hoito-

kertomukseen. Ihon tarkkailuun kuuluu ihon kunnon, kosteuden, kuivuuden ja kimmoisuuden seuranta. Ihossa on kiinnitettävä huomiota kohtiin, joiden punoitus ei palaudu asennon vaihdolla.

Hietasen (2005) mukaan painehaavojen ehkäisyyn on olemassa mm. erityisiä pehmusteita, siirtymiseen käytettävä apuvälineitä ja asentohoitotyynyjä. Pitkäaikaisilla vuodepotilailla tulisi käyttää painehaavojen ehkäisemiseksi tarkoitettuja patjoja, kuten Decubitus-patjaa.

Vastauksissa tuli ilmi, että opiskelijoiden pohjatiedot apuvälineiden käytöstä ovat monipuolisia. Vastaaajien tiedot pohjautuivat aiempiin ammatillisiin tutkintoihin. Opinmäärityksen tekijät ovat myös olleet tässä vuodeosastolla omassa kotimaassa. Tästä pohjalta heillä on hyvä käsitys siitä, miten he voivat ennaltaehkäistä painehaavan syntymistä potilaille. Asentohoito koettiin tärkeäksi terveyttä ja toimintakykyä edistävksi asiaksi.

Toinen tutkimuskysymys oli millaisia tietoja maahanmuuttajasairaanhoidajaopiskelijoilla on painehaavan hoidosta?

Teemaan kuuluu aktiivisuus ja omatoimisuus, ravitsemushoito sekä nestehoidon merkitys ja nestehoito. Aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen kuului kysymys: Kuvaile miten potilaan asentohoitoa toteutetaan. Tulosten perusteella, voidaan päätellä, että vastaajat olivat tietoisia asentohoidon toteuttamisesta.

Asentohoitoa on tehtävä siten, että paineen vaikutukset saadaan minimoitua vartalon luulokekohdilla. Liikuntakyvytön potilas tuetaan vuodelevossa loivaan kylkiasentoon, jotta paine lantion seudulla saadaan jakautumaan mahdollisimman laajasti. Polvien väliin on hyvä laittaa tyyny, sillä näin saadaan polvinivelien koskettaminen toisiansa vasten estettyä. Tyynyjen asettelussa on kuitenkin huomioitava, että ne eivät heikennä muiden mahdollisten hoitovälineiden hyötyä.

Piia Hyvärin (2008) mukaan hoitohenkilökunnan niukkuus on riski asentohoidon suorittamiselle. Potilaan heikko terveydentila on este asentohoidon toteuttamiselle. Monia tehohoitopotilaita ei voida eikä saa liikuttaa esimerkiksi heikon happeutumisen tai verenkierron häiriöiden vuoksi (Hyvärinen 2008, 20).

Kysymyksen tuloksen mukaan voidaan sanoa, että maahanmuuttajasairaanhoidajaopiskelijoiden pohjatiedot aktiivisuudesta ja omatoimisuudesta ovat tuttuja edellisestä ammatti tutkinnosta.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että opiskelijoille ravitsemustottumusten vaikutukset painehaavan paranemiseen ovat tuttuja. Tästä johtopäätökseen, että opiskelijoilla on kattavat pohjatiedot ravitsemuksesta sekä kehitettävää osaamistaan jatkuvasti kyettä hyödyntämään ravitsemustietoa asiantuntevassa.

Kerro ravitsemuksen merkityksestä potilaan painehaavan hoidossa, kysymys kuului ravitsemus hoitoon. Kysymyksen vastausten perusteella voidaan päätellä, että vastaajat ovat tietoisia ravitsemuksen hoidosta.

*Kevyt ja monipuolinen ruokavalio, riittävästi vitamiineja ja mineraalia*

*Terveellinen ruoka on aina tärkeä. Paljon vitamiineja, vettä, vähän suolaa*

Hietasen (2005) mukaan ravitsemus on olennainen osa painehaavanhoitoa ja painehaavan paranemisprosessia. Jos ravitsemuksessa on puutteita, vaikuttaa se painehaavan paranemiseen ja näin ollen painehaavanhoito vaikeutuu.

Hietasen ym. (2002) mukaan vajaaravitsemus liittyy vaikeimpiin painehaavoihin ja huonoon toipumiseen. Painehaavapotilaiden seerumin proteiiniarvot ovat alentuneet sitä enemmän, mitä vaikeammasta haavaongelmasta on kyse.

*Terveellinen ruokavalio on tärkeä, vitamiineja A,C,D,E, proteiineja, Znsinkki, rasvahapot, omega 3,6,9*

Yleensä elimistön proteiinienergiavajaus korjataan antamalla ravintoa suun kautta. (Havukainen & Kauppinen 2009.) Suurin osa painehaavaumia koskevista tutkimuksista keskittyy proteiinin saantiin. Nämä ovat osoittaneet, että henkilöillä, joilla on painehaavauma, on alhainen proteiinin saanti ruokavaliosta (liha, kala, kana, kananmuna, soijatuotteet), ja veren proteiinipitoisuudet ovat alhaisia. Normaali proteiinisääntösuositus on 0,8-1,0 g/ kg kehon painoa kohden/vrk. (Mojtahedi 2005.)

Lisäksi on todettu, että niillä potilailla on yleisesti sinkin ja askorbiinihapon vajausta (Hietanen ym. 2002, 188).

Painehaavan hoidossa nestehoidon merkitys on tärkeä. Kyselylomakkeessa kysyimme opiskelijoilta: Mikä merkitys painehaavan ehkäisyssä on potilaan nestehoidolla? Suurin osa maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden vastauksista oli samantyyppisiä.

Hyvänen (2008) mukaan fyysinen arviointi keskittyykin proteiini- energiavajauksen arviointiin (lihasten surkastuminen), anemian merkkien tarkasteluun sekä nesteytyksen arviointiin. Ihottuma voi olla myös merkki aliravitsemuksesta. Verikokeissa painehaavapotilaiden seerumin proteiini- ja albumiiniarvot ovat alhaiset ja yleensä sitä alhaisemmat mitä vaikeammasta painehaavasta on kyse. Myös sinkki- ja askorbiinihappo arvot ovat usein matalahkoja. (Hietanen ym. 2002.)

Hyvänen (2008) mukaan optimaalinen nestetasopaino on turvattu, joitta elimistön solujen toiminta on mahdollista. Nestevajasta esiintyy yleensä vajaravitsemuksen yhteydessä. Optimaalista nesteytys on silloin, kun potilaalle tarjotaan yhtä paljon nestettä kuin hänellä sitä eritty tai haihtuu elimistöstä pois. Riski painehaavojen synnylle kasvaa nestevajauksen yhteydessä, koska usein myös verivolyymin määrä ja verenkierto vähenee. Näin ollen potilaan pinnallisten kudosten ravinnon ja hapen saanti estyy. (Hyvänen 2008, 22.)

Tutkimuskyselyn vastaajista saimme kahdelta vastaajalta semmoiset vastaukset jotka eivät täsmä teoriaan.

*Ei liikaa nesteitä*

*Ei saa juoda paljon nestettä*

Yllä näkyvät kaksi vastausta eivät täsmä painehaavahoito menetelmän. Teorian mukaan potilaan pitäisi saada riittävästi nestettä painehaavan hoidossa. Omasta kokemuksesta voimme sanoa, oikeaa nestehoitoa pidettiin hyvin tärkeänä potilaan terveyden kannalta.

Kyselylomakkeessa kysyttiin maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoilta myös: Miten potilaan nestetasapainoa arvioidaan? Diureesi tuntuu olevan laajasti tuttu monille maa-

hanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijalle painehaavan hoidossa. Kysymykseen opiskelijat vastasivat seuraavasti:

*Diureesi, paljonko nesteitä sai, paljonko virtsaa tulee, kuiva iho, turvotukset*

*Diureesi, verinäyte ( K, Na)*

*Ihon kunto, verinäyte, Diureesi*

Näistä vastauksista tuli ilmi että maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat huomioivat Natriumionin merkityksestä Natriumionilla on ratkaiseva merkitys elimistön nestetasapainon kannalta. Normaalisti munuaiset sätelevät natriumin erittymistä virtsaan siten, että elimistössä säilyy tasapainotila riippumatta siitä, kuinka paljon ravinnosta saadaan natriumia.

*Verinäyte, Diureesi”*

*Tarkista Diureesi, paljonko juo ja paljonko erittää*

*Painetaan sormella ihoa jalassa, jos iholla jää kuoppa, silloin on potilaalla turvotus (liikaa nestettä)*

Kolmas tutkimuskysymys oli: Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden kehittämisehdotukset painehaavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

Tässä teemassa tarkasteltiin, mitkä asiat edistivät potilaan itsenäistä paranemista ja kuntoutumista. Oli kysymys. Mitä mieltä olet? Mikä merkitys potilaan mielialalla on paranemisessa?

Vastauksista tuli ilmi, että maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat korostivat potilaan omaa aktiivista kuntoutumista edistävänä toimintatapana.

Teorian mukaan, pitkään jatkuessaan vaikeahoitoiset krooniset haavat voivat johtaa mielialan laskuun ja pahimmillaan mielenterveysongelmiin (Eronen & Kinnunen 2009.)

Sairaanhoidajan tehtävä on ottaa potilaan kanssa puheeksi arkielämään liittyvät haavan aiheuttamat rajoitukset ja etsä yhdessä potilaan kanssa niihin ratkaisuja. On keskeistä tukea poti-



lasta elämään mahdollisimman normaalia elämä ja auttaa häntä jatkamaan esimerkiksi hänelle tärkeitä harrastuksia kroonisesta haavasta huolimatta. Jos entisten harrastusten jatkaminen ei onnistu, tilalle tulisi löytää jotain uutta. Potilaan hoitomotiivatio on parempi silloin, kun elämäntuntuu merkitykselliseltä ja mieliala on hyvä (Eronen & Kinnunen 2009.)

Viriketoiminta mainittiin yhdeksi kuntoutumisen keinoksi. Tietenkin myös potilaalla pitää olla oma osallistumisen halu.

#### *Aktiivisuus oman hoidon osallistumisessa*

Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat vastasivat myös seuraavaan kysymykseen, miten omaiset voivat auttaa potilasta painehaavan hoidossa, seuraavasti:

*Omaiset voivat tehdä hyvää ja oikeaa perushoitoa*

*Omaiset voivat kääntää tai auttaa kääntämään potilasta. Hieronta*

Teorian mukaan, omaisella on aktiivinen rooli kuntoutumisessa. Silloin kun vanhus ei jaksaa tai pysty tekemään päätöksensä itsenäisesti, voi omainen olla hänen puolestaan puhujana. Omaisten osallistuminen mahdollistaa myös itsenäis- ja päätöksentekooikeuden. Vanhuksen kuntoutuminen on parhaimmillaan kuntoutujan, omaisen ja osaston yhteistyötä, jossa tiedon kulkuun ja saantiin kiinnitetään erityistä huomiota. (Routasalo & Lauri 2001; Pietiläinen, Karppi, Heinonen & Huusko 2003.)

*Omaiset voivat osallistua aktiivisesti potilaan hoidossa, auttaa potilasta olla hyvässä kunnossa fyysisesti ja psyykkisesti*

Näiden tulosten perusteella voimme sanoa, että maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat ovat sitä mieltä että potilaan mielialalla on merkitystä paranemisessa. Myös omaiset vaikuttavat potilaan painehaavan ennaltaehkäisyssä ja sen hoidossa huomattavasti.

Tulisi huomioida hoidon ennuste hoitoa suunniteltaessa, sekä moniammatillinen yhteistyö. Henkilökunta resurssit suhteessa potilasmäärään pitäisivät olla riittävät, jotta pystytään antamaan potilaille yksilöllistä aikaa ja tukea kuntoutumiselle. Viimeisessä tutkimuksessa kysymyksenä oli, miten painehaavan potilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää?

Vastajat esittivät seuraavia asioita:

*Riittävästi aika potilaille  
Kuntouttava hoitotyö  
Riittävästi hoitohenkilökunta  
Hoidon hyvä organisointi  
Hyvä työn järjestäminen  
Asentohoidon tehostaminen  
Riittävästä ravitsemuksesta huolehtiminen*

Voidaan sanoa, että maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijan näkökulmasta painehaavapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä käsiteltiin kokonaisuutena, joka liittyy koko hoitotyöhön. Koko hoitotyössä tehdään potilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Terveyden edistäminen on keskeinen lähtökohta nykyisissä terveystieteellisissä linjauksissa sekä Suomessa että kansainvälisesti. Opinnäytetyössä on mukana myös terveyden edistämisen näkökulma.

Painehaavan esiintyvyys (Hietanen ym. 2002) on yksi hoidon laadun kriteeri. Tutkimustulosten, teorian ja oman kokemuksemme mukaan, voidaan sanoa että painehaavan ennaltaehkäisy on osa laadukasta perushoitoa, mutta vaatii joissakin tilanteissa apuvälineitä. Vastaajat olivat samaa mieltä, että painehaavoja voidaan ehkäistä liikkumisella, toteutetulla asentohoidolla ja apuvälineiden käytöllä. Myös terve iho on paras suoja, joten sen kunnossa pitämisestä on huolehdittava.

Tutkimuksen tuloksista tuli ilmi, että painehaavan ennaltaehkäisyssä olisi hyvä toteuttaa moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi fysioterapeutin kanssa, sekä asentohoidon tehostaminen. Omasta kokemuksesta ja opinnäytetyöhön osallistuvien vastauksista voimme sanoa, että painehaavan ennaltaehkäisy ja hoito on laaja asia, johon sairaanhoitaja ei yksin voi vaikuttaa.

Kehittämistarpeita koettiin olevan tiedonkulussa, resursseissa, henkilökunnan määrässä, koulutuksessa. Niin kuin kaikkiin muihinkin hoitotyön osa-alueisiin vaikuttaa kiire ja resurssipula, vaikuttaa se myös terveyden edistämisen toteutumiseen. Todellisuudessa terveystieteellinen näkemys ja hoitotyöntekijöiden realistinen työkuva eivät kohtaa toisiaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 168-171.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat pitävät koulutuksessa olevat maahanmuuttajasairaanhoitajat ovat tietoisia painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta.

Johtopäätökseenä tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että vastaajilla oli kokemusta ja riittävä käsitys painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Mielestämme olisi kehitettävä osaamistaan nestehoidon merkitys painehaavan hoitamisessa kyettäkseen hyödyntämään tietoa asiantuntevasti.

## 13 POHDINTA

Tutkimuksen sisällin luotettavuudessa tarkastellaan tutkimustuloksia. Opinnäytetyön tulokset vastaavat opinnäytetyön tehtävää, joten tutkimusmenetelmä voidaan pitää onnistuneena. Tutkimuskysymykset olivat maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta ennaltaehkäisyä ja painehaavan hoidosta.

Kysymyksessä olivat maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden mielipiteet ja tiedonantajina oli kokoryhmä, 15 opiskelijasta yksitoista oli paikalla kyselyä tehtäessä. Johtopäätökset teimme yhdistelemällä opinnäytetyön tuloksia taustalla vaikuttaviin teorioihin. Johtopäätökset teimme yhdistelemällä opinnäytetyön tuloksia taustalla vaikuttaviin teorioihin ja aikaisempiin tutkimuksiin. Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tiedot painehaavan ennaltaehkäisyä ja painehaavan hoidosta ovat monipuolisia samoin kuin tiedot ravitsemuksesta painehaavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

### 13.1 Ammatillisen kasvun pohdinta

Ammatillinen kasvaminen jatkuu läpi elämän. Ammatillinen kasvu on sekä työyhteisön että yksittäisen työntekijän ja työyhteisössä harjoittelevan opiskelijan kasvua ja kehittymistä työssä ja työtä kohti asiantuntijuutta. Kasvun haasteet kohoavat työtehtävistä ja niiden onnistunut ratkaisu kehittää niin hoitajaa ja hoitotyön opiskelijaa kuin myös toimintakäytäntöjä ammattia. Asiantuntijuudella tarkoitetaan hoitajan ammattiin kiinnittyvä ja hoitotieteeseen perustuva erityisosaamista, joka kehittyy koulutuksen ja työkokemuksen myötä.

Ora-Hyytiäinen (2004) kuvaa sairaanhoitajaksi kehittymistä opiskelijoiden ammatillisena kehittymisenä opiskeluaikana. Hän on jakanut kehitysprosessin viiden ylikategorian muodostamiin luokkiin. Sairaanhoitajan identiteetti sisältää roolin sairaanhoitajana ja kuuluminen määriteltyyn ryhmään. Sairaanhoitajan toiminnan päämäärä ja arvot – kategoria sisältä nimensä mukaisesti toiminnan päämäärät ja sairaanhoitajan arvotuksen eli sen mitä hoitaja pitää tärkeänä ja arvokkaana. Sairaanhoitajan toiminnan suhde potilaaseen sisältä potilaan kohteluun liittyvien tekijöiden lisäksi hoitajan ja potilaan välisentoiminnallisen vuorovaikutussuhteen. Toimintaympäristön Ora - Hyytiäinen on sisällyttänyt fyysisen, sosiaalisen ja symbolisen

ympäristön. Sairaanhoidajan toimintaa määrittelevän kategoriaan sisältyvät lohduttaminen, perushoitaminen, sairauden hoitaminen, toisten hoitajien auttaminen, yksikön toiminnan toteuttaminen ja reflektiivinen hoitaminen. (Ora-Hyytiäinen 2004.)

Ammattikasvatus on organisoitua kasvatustoimintaa, toteaa Ruohotie (2000, 284) ja jatkaa: 'Sen avulla nuoret ja aikuiset voivat toteuttaa tavoitteisesti etenevää oppimista päänäisiä ammatissa tarvittavien valmiuksien hankkiminen ja kehittäminen sekä edellytysten luominen itsenäiselle ammatilliselle toiminnalle ja jatkuvalle kehittymiselle ammatissa'.

Ammatillisen kasvun tukeminen kohti asiantuntijuutta on erityisesti, mutta ei ainoastaan, ammattilaiselle korkeakoulutukselle asetettu haaste. Sen vuoksi juuri ammattikorkeakouluissa on syytä pohtia, kuten Eteläpelto (1994, 19) toteaa, 'millaisia pätevyyskäsityksiä koulutuksella tuotetaan ja miten nämä pätevyudet ovat suhteessa tulevaisuuden yhteiskunnasta ja työelämästä nouseviin haasteisiin'.

Ammattikorkeakoulun tavoitteet ovat laajentaneet ammatillista koulutusta opiskelijoiden peruskoulutuksen aikaisesta oppimistapahtumasta elinikäisen oppimisen ja urakehityksen tukemiseen sekä työelämän kehittämiseen.

Tämä opinrytetyö on ollut osa kasvuamme sairaanhoitajaksi Suomessa. Opinrytetyön tekemisen prosessin aikana saimme monipuolista tietoa painehaavan ennaltaehkäisystä ja sen hoidosta. Uskomme, että tulevassa ammatissamme meillä on suurta hyötyä siitä, että olemme perehtyneet niin tarkasti painehaavojen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Opinrytetyön myötä olemme saaneet myös arvokkaan kokemuksen oppimisesta.

Ammatillisen kasvumme kriittiset pisteet opinrytetyöömme liittyen oli tutkimusaineiston keruu. Syksyllä 2009 ei onnistunut saada riittävästi vastauksia (vain 23 %), hoitohenkilökunnalta Gaius-sairaan Puotilan palvelutalossa. Helmikuussa 2010 tutkimustulosten analysointi sisällin analyysimenetelmällä oli kohtalaisen vaativaa, mutta oivalsimme menetelmän tarkoituksen ja onnistuimme mielestämme nostamaan keskeiset tulokset esiin.

Ammattitaidosta puhutaan seuraavilla käsitteillä: työn vaatimat tiedot ja taidot, osaaminen, pätevyys (eli kompetenssi) ja kvalifikaatiot, joskaan kaksi viimeksi mainittua eivät Heikkisen (1993, 73-75) mukaan sisälly perinteiseen suomalaiseen ammattikasvatuskäsitteistöön. Jotkut pitävät ammatillista pätevyyttä ja kvalifikaatiota synonyymeinä ja ammattitaitoa nii-

den arkikielisenä vastineena, kun taas toiset määrittelevät ammattitaidon eettiseksi kattokäsitteeksi, jonka alle sekä pätevyys että kva­lifikaatiot sijoittuvat.

Pätevyys eli kompetenssi on Heikkisen (1993, 75-76) mukaan kva­lifikaatiota sisällillisempi ja spesifisempi käsite: ”Sillä ilmaistaan toiminnan tyy­pin ja laadun sopivuutta asetetun tehtävän suori­tukseseen”. Ellström (1992, 21) määrittelee päte­vyyden yksilön potentiaalisiksi kyvyk­si suhteessa tiettyyn tehtävään, tilanteeseen ja kontekstiin. Vaikka pätevyys on selkeästi yksi­lön ominaisuus, se on kuitenkin aina päte­vyyttä johonkin ja jonakin aikana.

Minna Partanen-Rytilahden (2008) mukaan opin­näytetyön merkitys tärkeimpänä kirjallisena työ­nä oli selkeä. Opin­näytetyökoettiin yleisesti työksi ja laajaksi kokonaisuudeksi. Opin­näytetyön merkitys siirtymisessä opiskelijan roolista alkavaan sairaanhoitajuuteen oli tärkeä. Opin­näytetyö auttoi opiskelijoita käytännön hoitotyön ja hoitotieteen tuottaman teorian yhdis­tämisessä, opin­näytetyön avulla henkinen kasvu sairaanhoitajan ammattiin vahvistui. Opin­näytetyötä tehdes­sä opiskelijat joutuivat perehtymään valitsemansa aiheen teoreettiseen tie­toon ja yhdistämään aikaisemmat tutkimustulokset omaan tutkielmaansa. Opin­näytetyön merkitys sairaanhoitajaopiskelijan kehitysprosessissa oli merkittävä, koska opiskelijat jou­tuivat itsenäisesti pohtimaan saamiensa tutkimustulosten yhteyttä hoitotieteen tuottamaan tietoon ja käytännön työelämässä vallitseviin käsityksiin. (Partanen-Rytilahti 2008, 64.)

Koko opin­näytetyön prosessi on opettanut pitkäjänteisyyttä ja ahkeran työskentelyn palkitse­vuutta. Koemme, että olemme saaneet tämän opin­näytetyön prosessin aikana hyvät valmiuksia tulevaan Suomessa työ­elämässä sairaanhoitajana ja toteuttaa laadukasta hoitoa potilaille.

### 13.2 Jatkotutkimusehdotukset

Opin­näytetyössä olemme tutkimme maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoidosta.

Jatkotutkimusaiheina olisi mielenkiintoista selvittää, mitä tietoja hoitohenkilökunnalla on painehaavan ennaltaehkäisyä ja sen hoidosta.

Voisi olla myös mielenkiintoista selvittää toisen ryhmän, esimerkiksi seuraavana vuonna aloittavien maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavan ennaltaehkäisystä ja sen hoidosta. Uudella tutkimuksella saatua tietoa voitaisiin verrata tämän opinnytetyön tuloksiin.

### 13.3 Kiitoksia

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kyselylomakkeiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta ja painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta.

Meidän tutkimuksen tulokset eivät ole mitenkään yleistettävissä, sillä otos on pieni ja koskee vain yhtä maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden ryhmää Diakonian ammattikorkeakoulussa. Tutkimuksen luotettavuutta toi kyselyjen tarkka purkaminen. Kyselylomakkeiden analysoinnissa tuotiin esille kaikki vastaukset selkeästi. Ei ole pyritty tekemään mitään tulkintoja tai pyritty lukemaan rivien välistä. Johtopäätökset sekä tulkinta on tehty vasta kyselylomakkeen loppupuolella.

Kiitämme kaikkia henkilöitä, jotka osallistuivat opinnytetyömme tekoon antamalla arvokasta tietoa. ERITYISKIITOKSET ansaitsevat tutkimusaineiston opinnytetyötä varten meille antaneet maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijat Diakonia-ammattikorkeakoulusta.

Erinomaisesti kiitämme LEENA SUNDQVISTia suomen kielen ja tietotekniikan lehtoria opetuksesta ja suuresta avusta opinnytetyössämme!

Tutkimuksemme ohjaavat lehtorit MARIANNA ZOTOW ja EVA LAINE ovat olleet apunamme koko opinnytetyöprosessin ajan ja kannustaneet meitä tutkimuksessamme eteenpäin. Ilman teitä emme olisi onnistuneet. Olemme todella KIITOLLISIA! Tästä haluammekin kiittää IÄMPIMÄSTI meidän ohjaajiamme. Myös Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulua kiitämme tilaisuudesta viedä opintojamme eteenpäin sekä mahdollisuudesta suoriutua sairaanhoitajaksi Suomessa.





## LÄHTEET

- Burns, N. & Grove, S. 1995. Understanding Nursing Research. W. B. Saunders Company. Philadelphia.
- Ellström, Per-Erik 1992. Kompetens, utbildning och lärande arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Stockholm: CE Fritzes AB, 21.
- Elomaa, M-B. 2003. Krooninen kipu osana elämää Kipuviesti 2. 12-15.
- Eronen, Pia & Kinnunen, Pirjo. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 2.2.2010.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja\\_lehti/11\\_2009/asiantuntijaartikkeli/kroonista\\_haavaa\\_sairastavan\\_pot/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja_lehti/11_2009/asiantuntijaartikkeli/kroonista_haavaa_sairastavan_pot/)
- Eteläpelto, A. 1994. Tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittäminen. Teoksessa J. Ekola (toim.) Johdatusta ammattikorkeakoulupedagogiikkaan. Helsinki: WSOY, 19.
- Gottóni, Raili & Pesonen, Marja (toim.) 2000 Tutkiva ammattikäyttö opas DIAKin päätöksiä ja kehittämishankkeita varten. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Havukainen, Lea & Kauppinen, Riitta-Leena 2009. Painehaavojen ehkäisyn ja varhaisen tunnistamisen ilmeneminen hoitotyön kirjaamisessa. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö2009.
- Heikkinen, A. 1993. Taidon, kompetenssin ja kvalifikaation käsitteistä Teoksessa A. Heikkinen & U. Salmi (toim.) Puheenvuoroja käsityön ja ammattikasvatuksen filosofiasta. Tampereen yliopisto. Täydennyskoulutuskeskus, 73 - 76.
- Helsingin kaupunki terveysvirasto 2002. Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen. Kehittämishanke3.
- Hietanen, Helvi 1999. Haavan luokittelu ja haavan paranemisen arviointi. Sairaanhoidaja 3/99, 30-32.
- Hietanen, Helvi 2005. Painehaavojen ehkäisy ja hoito. Teoksessa Marianne Mustajoki, Seija Maanselkä & Anja Alila (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna. Duodecim, 303-304.
- Hietanen, Helvi; Iivanainen, Ansa; Seppänen, Salla & Juutilainen, Vesa 2002. Haava. Helsinki: WSOY.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004, s. 152-192, Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Helsinki
- Hoitonetti 2007. Painehaavojen ehkäisy.  
[http://hoitonetti.turkuamk.fi/Hoitonetti/2007\\_Painehaavaumat/42.html](http://hoitonetti.turkuamk.fi/Hoitonetti/2007_Painehaavaumat/42.html)  
 painehaavojen ennaltaehkäisy ja ennaltaehkäisyn apuvälineet-katsaus aiempiin tutkimuksiin
- Huovinen, Pentti 2009. Painehaavat. Duodecim. Verkkodokumentti. Viitattu 11.11.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313)
- Hyvärinen, Piia 2008. Tehohoitotyön luokitusjärjestelmä osaksi painehaavoja ennaltaehkäisevää hoitotyötä Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastoilla 1 ja 2. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto
- Kaila, Minna, Kuoppala, Jaana & Mäkelä, Marjukka 2007. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Teoksessa Marjukka Mäkelä, Minna Kaila, Kristian Lamp. & Martti Teikari (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Duodecim, 78.
- Kalso, Eija 2002. Kipu tutkimuskohteena. Teoksessa Eija Kalso & Anneli Vainio (toim.) Kipu. 2.painos. Duodecim, 41.
- Karhia, Marjaana 2005. Kokemuksia maahanmuuttajien ammattikorkeakouluopintoihin orientoivista opinnoista. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Koistinen, Paula; Mäkitalo, Maija; Miettinen, Sari; Uusipaikka, Sanna; Pesari, Kirsti & Rantanen, Eija 2003. Diakonia-ammattikorkeakoulun opinto-opas 2003-2004. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Koskimies, Jenni; Lahtinen, Minna; Niura, Virve & Palmgren, Petra 2009. Painehaavojen ehkäisy ja varhainen tunnistaminen - interventiotutkimus: potilasasiakirjojen sisällön analyysi. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 16.1.2010.  
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3362/yhditetty.pdf?sequence=1>
- Koskimäki, T. 2004. Maahanmuuttajien ammatillinen koulutus.. Teoksessa Ulla Aunola (toim.) Maahanmuuttajat ammattia oppimassa. Helsinki: Opetushallitus 10-21
- Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä Helsinki: Kirjayhtymä

- Kukkonen, Sirkka & Piirainen, Arja 1990. Ihmisen perusliikkuminen ja sen edistäminen. Helsinki: Kirjayhtymä
- Kyngäs, Hanna & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällin analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3-12.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällin analyysi. Teoksessa: Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Leeman, J., Goepfing, J., Funk, S. & Roland, E. J. 2003. An Enriched Research Experience for Minority Undergraduates—A Step Toward Increasing the Number of Minority Nurse Researchers. *Nursing Outlook*, 51 (1) 20-24.
- Lehtiranta, Anu 2007. Painehaavojen ennaltaehkäisy ja ennaltaehkäisyn apuvälineet, Opinriäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki Marita 2003. *Etiikka hoitotyössä*. Porvoo: WSOY, 2003, 168-171.
- Lepistö, Mervi 2004. Pressure Ulcer Risk Assessment in Long-term Care. Developing an instrument. *Annales Universitatis Turkuensis D*, Turun yliopisto, Turku.
- Lepola, Irja; Nikkonen, Merja & Nores, Tuula 1992. *Hoitotieteen laadullisia tutkimuksia*. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Manfredi, P., Breuer, B., Meier, D. & Libow, L. 2003. Pain Assessment in Elderly Patients with Severe Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management* 25(1),
- Mojtahedi, Mina 2005. Ravinnon merkitys painehaavaumien ehkäisyssä ja hoidossa. *Selkädinvamma* 2005/1, 11. Saatavana myös [www.muodossa:www.invalidiliitto.fi/selkaydinvamma](http://www.muodossa:www.invalidiliitto.fi/selkaydinvamma)
- Mustajoki, Marianne; Maanselkä, Seija, Alila, Anja & Rasimus, Mirja 2005. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Duodecim.
- Ora-Hyytiäinen, Elina 2004. Auttajasta reflektiiviseksi sairaanhoitajaksi. Ammattikorkeakouluopiskelijan kasvu ja kehittyminen ammattiin. *Acta Universitatis Tamperensis* 1032.
- Partanen - Ryttilähti, Minna 2008. Maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillinen kasvu ja kehitys. Pro gradu -tutkielma. *Hoitotiede*., 64-93.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.

- Pietiläinen, Sari; Karppi, Pertti; Heinonen, Maarit & Huusko, Tiina M. 2003: Lonkkamurtumapotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus geriatrisella osastolla. *Hoitotiede* 15(4), 191-197.
- Pullinen, Biljana & Savolainen, Viiu 2009.. Sairaanhoidajan pätevyyskoulutuksessa olevien maahanmuuttajasairaanhoitajien kokemuksia ja käsityksiä moniammatillisesta tiimityöstä. *Opinrättyö*. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki.
- Ruohotie, Pekka 2000. Ammattikasvatuksen yliopistollinen opetus ja tutkimus. Teoksessa A. Rajaniemi (toim.) *Suomalaisen ammattikasvatuksen historia*. OKKA-säätiön julkaisuja & Tampereen yliopiston ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskuksen julkaisuja, 284.
- Routasalo, Pirkko & Lauri, Sirkka 2001: *Ikään henkilön kuntoutumista edistävähoidon työn malli*. *Gerontologia* 3. 207-216.
- Salanterä, Sanna 2000. *Näytön perustuva kivun hoitotyö*. Mitä se on, miten sitä etsitään ja bytyykö sitä?
- Salmenpeä, Ritva; Tuli, Sinikka & Virta, Maarit 2002. *Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö*. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Soinne, Leena 2005. *Satu-projekti. Sairaanhoitajia Turkuun maahanmuuttajista. Maahanmuuttajasairaanhoitajien hoitamaan oppimista estävät ja edistävät tekijät*. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Solunetti 2006. *Ihon kerrokset*. Viitattu 5.5.2009.  
<http://www.solunetti.fi/fi/histologia/iho/>
- Suomen Sairaanhoitajaliitto 1996. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. Saatavilla [www.muodossa.fi](http://www.muodossa.fi):  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajanty/ohjeita\\_ja\\_suosituksia/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajanty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/).
- Vehkalahti, Kimmo 2008, 11. *Alkusanat ja johdanto*. Viitattu 12.2.2010.  
[http://www.tammi.fi/files/files/Alkusanat%20ja%20johdanto\\_1.pdf](http://www.tammi.fi/files/files/Alkusanat%20ja%20johdanto_1.pdf)
- Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY, 26-34.

## LIITE 1

Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki

KYSELYLOMAKE (4 sivua)  
Ryhmä A27MaMuSh

Tammikuu 2010

HYVÄOPISKELIJA, KOLLEEGA!

Tutkimuksen onnistumisen ja luotettavuuden kannalta on tärkeää, että vastasit huolellisesti kysymyksiin.

TAUSTATIETOKYSYMYKSÄ

1. Ikäsi

\_\_\_ vuotta

2. Mikä on aikaisempi koulutuksesi?

a) Omassa kotimaassa

b) Suomessa

3. Kauanko olet työskentelyt omassa maassasi ja mitä olet tehnyt?

---

---

---

4. Onko sinulla työkokemusta Suomessa? Missä?

---

---

---

---

---

---



4. Kuvaile miten potilaan asentohoitoa toteutetaan.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Kerro ravitsemuksen merkityksestä potilaan painehaavanhoidossa?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Mikä merkitys painehaavan ehkäisyssä on potilaan nestehoidolla?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Miten potilaan nestetasapainoa arvioidaan?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Mitä mieltä olet? Mikä merkitys potilaan mielialalla on paranemisessa?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Miten omaiset voivat auttaa potilasta painehaavan hoidossa?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Miten painehaavapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PALJON KIITOKSIA ARVOKKAASTA YHTEISTYÖSTÄ!**



LIITE 2  
SAATEKIRJE

Diakoinia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä,  
Sturenkatu 2  
00530 Helsinki

Tammikuu 2010

**HYVÄOPISKELIJA-KOLLEGA !**

Opiskelemme sairaanhoitajaksi A 25MaMu- ryhmässä Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Opintomme ovat loppusuoralla ja teemme parhaillaan opinnäytetyötä. Valmistumme sairaanhoitajaksi (AMK) maaliskuussa 2010. Valitsemamme opinnäytetyön aihe:  
'Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta'

Toivomme, että kirjoitat omista ajatuksistasi ja kokemuksistasi painehaavasta ja painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta. **Sinun mielipiteesi on meille arvokas.**

Toivomme, että vastaat kyselylomakkeeseen 25.01.2010 järjestetyssä tilaisuudessa. Vastauksesi palautetaan meille suljetussa kirjekuoressa

Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kyselylomakkeen voitte täyttää nimettömänä, jolloin yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Kerättyä aineistoa käytetään vain tähän tutkimukseen. Opinnäytetyön valmistuttua hävitämme aineiston.

Osallistuminen tutkimukseen tiedonantajaksi on vapaaehtoista.

**OLEMME TODELLA KIINNOSTUNEITA TEIDÄN OSALLISTUMISESTA MEIDÄN OPINNÄYTETYÖN.**

**OLEMME KIITOLLISIA, KUN OSALLISTUT!**

Sairaanhoitajaopiskelijat A25MaMu

Ljudmila Oksanen

Yialemis Elvino

Ohjaavat lehtorit:

Eva Laine

Marianna Zotow

## LIITE 3

Tutkimusjohtaja

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Sakari Kainulainen

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Sturenkatu 2

00530 Helsinki

15.01.2010

## TUTKIMUSLUPA OPINNÄYTETYÖÄVARTEN

Opiskelemme sairaanhoitajaksi MaMu08 ryhmässä Diakonia-ammattikorkeakoulun, Diak Etelän Helsingin toimipaikassa. Opintomme ovat loppusuoralla ja teemme opinnäytetyötä. Valmistumme sairaanhoitajaksi (AMK) maaliskuussa 2010.

Valitsemamme opinnäytetyön aihe: ”Maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta ja painehaavan ennaltaehkäisyä ja hoidosta”

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia siitä, millaisena he kokevat potilaan painehaavan ennaltaehkäisyn, mitä kehitystarpeita siinä on sekä miten painehaavapotilaiden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää. Tutkimuksemme tavoitteena on saada maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoiden tietoa painehaavasta ja painehaavan ennaltaehkäisystä ja hoidosta, sekä löytää kehitysehdotuksia painehaavoja ennaltaehkäisevän hoitoon hoitotyön opetuksessa.

Opinnäytetyön aihe on tarpeellinen maahanmuuttajasairaanhoitajakoulutuksen kehittämisen kannalta. Opinnäytetyön kohderyhmää on vuonna 2009 aloittanut A27MaMu ryhmä, johon kuuluu 15 opiskelijaa. Heillä on sairaanhoitajan tutkinto ja hoitotyökokemus omassa kotimaassaan.

Saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Kerättyä aineistoa käytetään vain tähän tutkimukseen. Opinnäytetyön valmistuttua hävitämme aineiston.

Pyydämme kohteliaimmin lupaa kyselyn tekemiseen kyseisessä A27MaMu ryhmässä Dia-konia-ammattikorkeakoulun Diak Etelän Helsingin toimipaikassa ja tämän aineiston käyttämiseen opinnäytetyössämme.

Kunnioittaen:

Sairaanhoitajaopiskelija MaMu08  
Ljudmila Oksanen

Sairaanhoitajaopiskelija MaMu08  
Yialemis Elvino

Ohjaavat lehtorit:

Eva Laine

Marianna Zotow

LIITE 1. Kyselylomake maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoille (4 sivua)

LIITE 2. Saatekirje MaMu09 ryhmään

Taulukko 1. Bradenin asteikko

LIITE 4

osa-alue	1	2	3	4	pisteet
Tuntoaisti kyky reagoida tarkoituksen mukaisesti paineesta aiheutuvaan epämukavuuteen	Täysin rajoittunut ei kykene reagoimaan kivuliaaseen ärsykkeeseen, koskatietoisuus (taju) alentunut tai psyykkisesti kykemätön. Kyky tuntea kipua on rajoittunut suurimmalla osalla kehon pintaa. Esim. tajuton potilas.	Hyvin rajoittunut reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen. Ei osaa ilmaista epämukavuuttaan paitsi valittamalla tai levotytomuutena. Ihon tunto heikentynyt, mikä rajoittaa tuntea kipua tai epämukavuuttaan osassa kehoa. Esim. dementoitunut, lonkkamurtumapotilas, kestopuudutus, esim. epiduraalipuudutus, neuropatia, hemiplegia.	Hieman rajoittunut reagoi suullisiin kehotuksiin. Ei aina kykene ilmaisemaan epämukavuuttaan tai tarvetta vaihtaa asentoa. Esim. masentunut, sairaudesta uupunut, vahvasti kipulääkitty, täsmä puudutus esim. pleksus puudutus.	Normaali, ei tuntoaisti vajausta	
Ihon kosteus ihon altistuminen kosteudella	Jatkuvasti kosteaa iho lähes koko ajan kostea hiestä, virtsasta, ulosteesta, dreeni/haavaeritteestä esim. askitesdreeni juuri vuotaa totaalli virtsan tai ulosteen inkotiennessi, ummetus/vatsan toimitus säännöllisesti, korkea kuume	Lähes aina kosteaa iho on unen kostea, muttei kuitenkaan koko päivää. Lakana, poikkilakana, vaippa haava sidos vaihdetaan 2-4 x vrk. Esim. runsas hikoilu, kuumeen aletessa.	Ajoittain kostea. Iho on ajoittain kostea. Lakana/pyjamavaihdetaan kerran päivässä. Potilas hikoilee.	Harvoin jkosteaa iho on yleensä kuiva. Lakana pyjämä vaihdetaan hoitokäytännön mukaan. Esim. lääkityksen aiheuttamana.	
Aktiivisuus fyysinen toimintakyky	Vuodepotilas täysin liikunta kyvytön. Ei kykene istumaan edes autettuna. Esim. pitkälle edennyt alzheimerin tauti, tujuton, pitkälle edennyt osteoporoosi.	Istuu ajoittain. Kykenee ottamaan muutaman askeleen. Ei kykene kannattamaan omaa painoaan. Tarvitsee runsaasti apua/apuvälineitä siirtyessä tuoliin. Esim. hemiplegia, vanhuuden haikkous, luutumaton lonkkamurtuma, toimenpiteen takia asento tai liikuntarajoituksia, esim. tibia tai kallo-veto, akuuttikieleke siirto.	Kävelee ajoittain. Kävelee päivittäin muutaman kerran lyhyen matkan hoitajan/apuvälineen kanssa yksin. viettää suurimman osan päivästä vuoteessa tai tuolissa.	Kävelee toistuvasti. Kävelee huoneensa ulkopuolella ainakin kahdesti päiväaikaan ja huoneessaan päivisin ainakin kerran kahdessa tunnissa.	
Liikkuminen kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa.	Täysin liikunta kyvytön ei kykene laisinkaan muuttamaan asentoaan ilman apua. Esim. tajuttomuus.	Hyvin rajoittunut. Pystyy muuttamaan asentoaan joko vähän tai tahattomasti. Kynemätön itsenäisesti muuttamaan asentoa säännöllisesti tai tiettyyn asentoon. Esim. dementoitunut	Jonkin verran rajoittunut kykenee itsenäisesti usein vaihtamaan asennosta toiseen. Esim. vahvasti lääkityspotilas kesto	Muuttaa asentoaan. Ei tarvitse hoitajan apua muuttamaan asentoa.	

		lonkkamurtuma potilas, hemiplegia, kalloveto	puudutus.		
	1	2	3	4	pisteet
Ravitsemus ruuan saannin toteutuminen	Erittäin heikko. Ollut syömättä trauman tai yleisen heikkouden vuoksi. Ei syö koskaan kaikkea tarjottua ruokaa. Nauttii päivittäin liian vähän nesteitä. Ei nauti lisäravinto valmisteita. Ei ivravitsemusta tai saa vaan perusnesteet iv:sti. Esim saattohoito potilaat, potilas kieltäytyy syömästä. Pitikittynyt odottaminen leikkaukseen kuivumisoireet.	Todennäköisesti riittämätön. Syö harvoin kaiken tarjotun ruuan. Yleensä syö vain noin puolet tarjotusta annoksesta. Nauttii toisinaan lisäravinteita. esim. dementia alkoholisti, nielimis vaikeuksista kärsivä, hemiplegia, edennyt MS-tauti	Riittävä syö enemmän kuin puolet annoksestaan. Toisinaan kieltäytyy syömästä ruokaansa. Saa lisäravinteita . Ravinto annetaan lisäetkun tai gastrooman avulla. Täydellinen parenteraalinen ravitsemus.	Erinomainen syö enimmäns osan ruuastaan. On normaali ruokahalu. Syö toisinaan välipaloja.	
Kudosten venyttyminen ja hankautuminen	Ongelma ei lainkaan lihas voimia tai kykyä vaihtaa asentoa. Tarvitsee hoitajia tai hydraulisia apuvälineitä siirtämisessä tai asennon vaihtamisessa. Esim tajuttomuus, pitkälle edennyt alzheimerin tauti ja MS-tauti, saattohoitopotilaat.	Todennäköinen ongelma on kykyä muttei lihas voimaa liikkua. Tarvitsee hoitajan tuekseen liikkussa. Ei pysty pitämään asentoon istuessaan tuolissa tai vuoteessa. Esim. hemiplegia tai huonokuntoinen potilas.	Ei muodosta ongelmaa Liikuttaa itseään vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. Riittävästi lihasvoimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	Ei muodosta ongelmaa. Liikuttaa itseän vuoteessa ja tuolissa itsenäisesti. On riittävästi lihas voimia korjaamaan asentoa. Säilyttää koko ajan hyvän asennon tuolissa tai vuoteessa.	

Lähde: Hietanen, Iivanainen, Seppinen & Juutilainen 2002, 192.

## PELKISTETYT ALKUPERÄISET LAUSEET

## LIITE 5

Millaisia tietoja maahanmuuttaja sairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan ennaltaehkäisystä	Millaisia tietoja maahanmuuttaja sairaanhoitajaopiskelijoilla on painehaavan hoidosta	Maahanmuuttajasairanhoitajaopiskelijoiden kehittämisehdotukset painehaavan ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.
<p>Ihon kunto arviointi : painehaavojen ennaltaehkäisy hoitotyössä.</p> <p>Ihon hoito</p> <p>Ihon kuivaus kontrolli</p> <p>Peseminen / rasvaus säännöllisesti.</p> <p>Puhtaus / Hieronta</p>	<p>Asentohoito:</p> <p>Psyko-sosiaalinen hoito</p> <p>Ravitsemus:</p> <p>Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio</p> <p>Proteiineja</p> <p>Vitamiineja</p>	<p>Kuntouttava hoitotyö:</p> <p>Riittävästi aikaa potilaalle</p> <p>Hoidon hyvä organisointi</p> <p>Yhteistyö fysioterapeutin kanssa</p> <p>Ravitsemuksesta huolehtiminen</p> <p>Asentohoidon tehokkuus</p>
<p>Asentohoidon toteuttaminen:</p> <p>Potilaan kääntäminen ja siirtäminen</p> <p>Esim.: (Lakanat pitäisi olla aina suorana)</p>	<p>Nestehoito:</p> <p>Riittävästi nesteitä</p> <p>Diureesi</p>	<p>Oma osuus hoitamisessa:</p> <p>Tukea potilaita psyykkisesti</p> <p>Motivoida ja avustaa liikkumisessa</p> <p>Avustaa ihon hoidossa ja rasvauksessa</p>
<p>Apuvälineiden käyttö:</p> <p>Erikoispatja / Decubitus patja</p> <p>Erilaiset ja tavalliset tyynyt</p> <p>Pehmusteet</p> <p>Geeli tyynyt / ilmarengas</p>	<p>Aktiivisuus ja omatoimisuus:</p> <p>Asennon vaihdot riittävän usein</p> <p>Apuvälineiden käyttö</p>	<p>Auttavat asennon vaihtamisessa</p> <p>Auttavat hyvän mielen ylläpitämisessä</p> <p>Psykofyysinen hoito</p>