



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laskimoperäinen säärihaava kotihoitossa: kirjallisuuskatsaus

Metso, Satu; Saastamoinen, Jani

2016 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Yksikkö

Laskimoperäinen säärihaava kotihoidossa:
Kirjallisuuskatsaus

Satu Metso, Jani Saastamoinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu 2016

Metso Satu, Saastamoinen Jani

Laskimoperäinen säärihaava kotihoidossa: kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2016 Sivumäärä 35

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Pihlajamäki 1 lähipalvelualueen kotihoidon työntekijöille kirjallisuuskatsaus, jonka avulla laskimoperäisen säärihaavan hoito yhdenmukaistuu, haavahoidon laatu parantuu ja haavan paraneminen edistyy. Työlle on selkeä tarve, koska tutkimusten mukaan on aliarvioitu laskimoperäisen säärihaavan vaikutus kansanterveyteen ja se on jo nyt yleinen ja kalliiksi käyvä ongelma kaikkialla maailmassa. Kustannusten odotetaan nousevan varsinkin Suomessa, koska väestömme ikääntyy lähivuosina. Suomessa ei ole tehty tutkimusta laskimoperäisen säärihaavan hoidon kustannuksista, mutta Suomessa sitä kuitenkin sairastaa 0.1-0.4 prosenttia väestöstä. Meidän opinnäytetyölle on tilaus, koska sen tavoitteena on lisätä kotihoidon henkilökunnan tietoisuutta laskimoperäisen säärihaavan hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Tutkittua tietoa laskimoperäisen säärihaavan hoidosta nimenomaan kotihoidossa ei löytynyt. Kustannuksia tarkasteltaessa turvotuksen hoito, haavahoidonlaatu ja varhainen hoidon aloitus ovat keskeisessä osassa. Mitä aikaisemmin haava hoidetaan laadukkaasti, sitä nopeammin se paranee ja sitä kustannustehokkaampaa se on.

Aineistoa haettiin kahdesta kansainvälisestä (CINAHL ja Pubmed) ja kahdesta kotimaisesta viitetietokannasta (Medic ja Terveysportti). Tutkimusartikkeleista analysoitavaksi kelpuutettiin seitsemän tutkimusartikkelia, jotka ovat julkaistu vuosina 2007-2015.

Analysoinnin tuloksena tuli selkeästi esille, että laskimoperäisen säärihaavan ensisijainen hoitomuoto on turvotuksen hoito. Kaikissa tutkimuksissa todettiin, ettei yksikään laskimoperäinen säärihaava parane ilman kunnollisia tukisidoksia tai lääkinnällistä hoitosukkaa. Itse haavanhoito tuotteilla ei näyttäisi olevan läheskään niin suurta merkitystä laskimoperäisen säärihaavahoidossa. Edellytyksenä on, että haavaa hoidetaan VPKM -haavahoitoluokituksen (lyhenne sanoista, vaaleanpunainen, punainen, keltainen ja musta) mukaisesti.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella, laskimoperäistä haavaa pitäisi hoitaa heti alusta alkaen intensiivisesti tukisidoksilla, lääkinnällisillä hoitosukilla, tai oikeilla ja laadukkailla paikallishoitotuotteilla sekä lisäämällä mahdollisesti ravintoon täydennysravitsemusvalmiste. Näillä keinoilla edesautetaan laskimoperäisen säärihaavan paranemista ja estetään sen kroonistuminen, joka taas on taloudellisesti katsottuna iso kuluerä muutenkin niukassa kansantaloudellisessa tilanteessa.

Asiasanat: laskimoperäinen säärihaava, turvotus, kotihoito

Metso Satu, Saastamoinen Jani

Venous Leg Ulcers in Home Care - Literature Review

Year	2016	Pages	35
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to compile a literature review of different factors that assist the healing process of venous leg ulcers and its efficient and high quality treatment for Pihlajamäki 1 nearby service areas' home care employees. According to previously done research, venous leg ulcers impact on public health has been underestimated. Venous leg ulcer is a common and expensive problem all over the world. Expenses will increase together with populations' aging. In Finland there has not been done a lot of previously done research on venous leg ulcers even though 0,1-0,4 percent of the population suffer from it.

The aim of this thesis is to awaken home care employees' awareness and to provide knowledge on venous leg ulcers treatment and prevention. Previously done research on venous leg ulcer treatment has been done, but never in home care context. Treatment of swelling, quality of wound care and early start of treatment are major factors impacting the expenses. The earlier the high quality treatment starts, the faster the wound heals and the expenses decrease.

The data was compiled from two international (CINAHL and Pubmed) and two domestic (Medic and Terveysportti) reference databases. In addition, ten research articles published in 2007-2015 were analyzed.

According to the analysis of previously done research a venous leg ulcer's primary treatment is always the treatment of the swelling. Researchers agree that venous leg ulcers do not heal without the support bandages and medical compression stockings. Wound care products have not had as big impact on the healing as the support bandages and medical compression stockings.

According to the literature review's results a venous leg ulcer should always be treated intensively with support bandages or medical compression stockings and with proper and high-class products for local treatment. The healing process can be speeded up by nutritional supplements. These methods support the healing process and help to prevent chronic venous leg ulcers. From an economical perspective a chronic venous leg ulcer is a big expense item in a weak national economical situation we currently are in.

Keywords: venous leg ulcer, swelling, home care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Iho	7
3	Laskimoperäinen säärihaava ja sen syntymekanismi	9
	3.1 Diagnostiikka	10
4	Laskimoperäisen säärihaavan hoito kotihoidossa ja sen tuomat haasteet	10
5	Haavan paranemista edistävät tekijät	12
	5.1 Haavan paraneminen	12
	5.2 Turvotuksen hoitaminen	13
	5.3 Haavanluokitus ja sen mukainen hoito	15
	5.4 Ravitsemus ja liikunta	16
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymys	18
7	Opinnäytetyön toteutus.....	18
	7.1 Kirjallisuuskatsaus	18
	7.2 Tutkimusartikkelien haku	19
	7.3 Tutkimusartikkelien valinta	20
	7.4 Tulokset.....	23
8	Tulosten luotettavuus ja eettisyys.....	25
9	Pohdinta	26
	Lähteet	28
	LIITE 1.....	31
	LIITE 2.....	32
	LIITE 3.....	35

1 Johdanto

Suomessa laskimoperäisestä säärihaavasta kärsii noin 0,1-0,4 % ihmisistä jossain vaiheessa elämäänsä. Kaksi kolmas osaa säärihaavoista johtuu laskimoperäisistä ongelmista ja niiden huonosta kunnosta. Säärihaavat ovat lähinnä ikääntyneiden ihmisten ongelma. Suomen väestö ikääntyy ja sen myötä laskimoperäiset säärihaavat lisääntyvät ja mahdollisesti kroonistuvat. (Hannuksela 2012).

Tutkimusten (Taulukko 2) mukaan vuonna 2010 Australiassa oli 400.000 kroonisesta laskimoperäisestä haavasta kärsivää potilasta ja kustannukset olivat lähes 3 biljoonaa dollaria vuodessa. Tutkimuksessa arvioitiin, että alemman koulutuksen suorittaneiden lihavuuden esiintyvyys tulee kasvamaan 23 prosentista 44 prosenttiin vuosien 2000 ja 2025 välillä. Lihavuuden odotetaan johtavan laskimoiden vajaatoiminnan lisääntymiseen ja myös laskimoperäisten säärihaavojen lisääntymiseen. (Weller & Evans 2014, 68-69). Yhdysvaltain väestöstä 2 % sairastaa laskimoperäistä säärihaavaa ja siellä kustannukset olivat 14.9 biljoonaa dollaria vuonna 2012 (Arenbergerova, Engels, Gkalpakiotis, Dubska & Arenberger 2013, 30.)

Väestön ikääntymisen myötä laskimoperäiset säärihaavat tuovat omat haasteensa myös kotihoitoon. Pihlajamäen kotihoidon työntekijät ovat tuoneet ilmi haavanhoidon haasteet kotihoidossa. Suurimmaksi haasteeksi he ovat kuvanneet epävarmuuden oikeasta laskimoperäisen säärihaavan hoidosta, oikein tehdystä tukisidoksesta (turvotuksen hoidosta) ja haavojen luokittelusta, mikä hankaloittaa oikeiden haavanhoitotuotteiden valintaa ja hoitoa. Haavan oikea hoito oikeilla tuotteilla mahdollistaa haavan nopeamman paranemisen ja on silloin huomattavasti kustannus tehokkaampaa. Usein pieni ja ”vaarattoman” näköinen haava voi nopeasti muuttua suureksi ja kalliiksi. Laskimoperäinen säärihaava luokitellaan krooniseksi, koska sen taustalla on verenkiertosairaus, jolloin happi ja muut haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät kulkeutuvat huonommin haava-alueelle (Juutilainen & Hietanen 2012, 12-28). Haasteita haavahoitotuotteiden valintaan tuo niiden kalleus, koska Helsingissä asiakkaat maksavat lähes kaikki tuotteet itse. Vain edullisimmat kierresiteet, teipit, kuivat taitokset ja imevät haavatyyny saadaan omahoitotarvikejakelusta kaupungin kustantamana. Kotihoidossa olevan potilaan haavojen hoitamisen lisäksi on otettava huomioon itse asiakas, koska hän on sidoksissa tiettyihin päivittäisiin tai useita kertoja viikossa tapahtuviin haavahoitoihin ja tämä rajoittaa asiakkaan vapaata liikkumista, eikä tukisidokset ole aina mukavat pitää (Juutilainen & Hietanen 2012, 13).

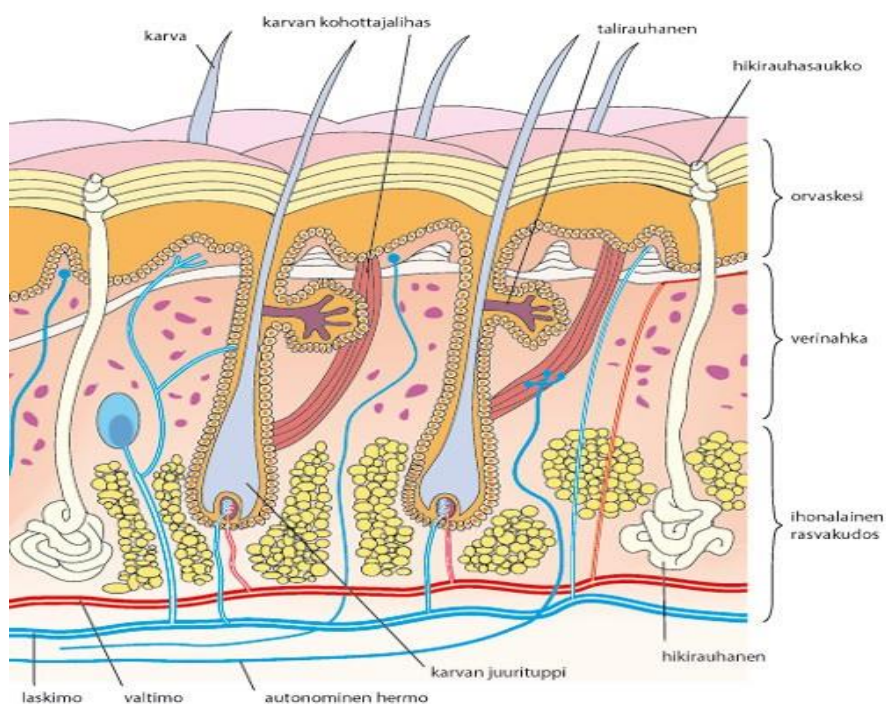
Pihlajamäen kotihoidolla on haavahoidoissa tukena kotihoidon oma haavahoitaja, jota voidaan konsultoida puhelimitse tai Pegasos-postilla. Lääkäri voi laittaa lähetteen haavahoitoklinikalle, mikäli kotihoidon omat keinot eivät ole enää riittäviä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on yhdenmukaistaa laskimoperäisen säärihaavan hoitoa, parantaa haavahoidon laatua ja edistää haavan paranemista. Tavoitteena on löytää tutkittua tietoa laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistävästä tekijöistä.

Tutkimus kysymyksenä on: mitkä tekijät edistävät laskimoperäisen säärihaavan paranemista kotihoitossa?

Opinnäytetyössämme käsittelemme aluksi ihon rakennetta ja sen toimintaa. Tuomme esille laskimoperäisen säärihaavan syntymekanismin ja laskimoperäisen säärihaavan diagnostiikan. Käymme lyhyesti läpi taustalla olevat mahdolliset liitännäissairaudet sekä ravitsemuksen ja liikunnan tärkeyden. Tarkemmin kerromme haavaluokituksesta ja sen mukaisesta haavanhoidosta sekä haavan paranemisesta. Laskimoperäisen haavan paranemiseen liittyviä tekijöitä on monia, mutta tahdomme työssämme tuoda esille ainoastaan ne asiat jotka vaikuttavat mielestämme eniten laskimoperäisen haavan paranemiseen. Työssämme tuomme esille erilaisia haavanhoito menetelmiä kuten ravitsemuksen ja liikunnan merkitystä sekä korostamme laskimoperäisen haavan hoidon kannalta oleellista turvotuksen hoitoa.

2 Iho



(Määttä & Peltonen 2011)

Ihmisen ihon, eli cutiksen, rakenne koostuu kolmesta eri kerroksesta: epidermiksestä, dermiksestä ja hypodermiksestä. Iho on ihmisen suurin elin. Se painaa noin 15-20% ihmisen kokonaismassasta. Iholla on monia tehtäviä, se suojaa ihmisen elimistöä vierailta aineilta, ulko-

puolelta tulevilta fyysisiltä uhkatekijöiltä sekä mikro-organismeilta. Iho osallistuu elimistön lämmönsäätelyyn, iholla olevat karvat sekä kehossa oleva rasva estävät lämmön katoamisen ihmisen kehosta. Verenkierron lisääntyminen ja hikoilu taas aiheuttavat lämmön poistumista kehosta, jolloin kehonlämpötila laskee. Iho suojaa siis ihmistä liialliselta kuumuudelta sekä kylmyydeltä. Ihon tehtävänä on myös estää nesteiden haihtumista kehosta ja se toimii suojana UV-valolta, jota ihminen saa päivittäin esimerkiksi auringosta. Ihminen saa päivittäin auringonvaloa, johon iho reagoi tuottamalla ihmiselle tärkeitä D-vitamiinia. Iho sisältää reseptoreita, jotka toimivat tuntoaistimina. Nämä reseptorit lähettävät signaaleja kivusta, lämmöstä, paineesta sekä kosketuksesta. Iho toimii myös ihmisen rasvavarastona ja ihossa olevien tali- ja hikirauhasten kautta poistuu kuona-aineita, jotka syntyvät elimistön aineenvaihdunnan yhteydessä. Iho on tärkeä osatekijä myös ihmisen nestetasapainon säätelyssä (Yleistä ihosta 2006).

Epidermis eli orvaskesi, on ihon uloin kerros ja se on paksuudeltaan 0,05-0,20 millimetrin paksuinen. Orvaskesi ei sisällä verisuonia, vaan se saa ravintonsa diffuusion välityksellä verinahnan verisuonista. Epidermis koostuu pääsääntöisesti sarveissoluista. Epidermis on hilseilyä kautta uusiutuva kerros ja sen tehtävänä on suojata sen alapuolella olevia kudoksia. Epidermis muodostaa suojapinnan keholle ulkoapäin tulevilta ärsykkeiltä ja riskeiltä. Se suojaa ihmistä muun muassa tulehduksilta ja nestehukalta (Orvaskesi 2006).

Dermis eli verinahka, sijaitsee epidermiksen ja tyvikalvon alapuolella. Dermis on paksuudeltaan 1-4mm. Dermiksen tehtävänä on antaa iholle ravinteita, toimia mekaanisena tukena ja osallistua hermotukseen. Dermis on sidekudosta ja se koostuu pääsääntöisesti I-tyyppin kollageeneista, joita on noin 80-85%. Loput 10-15% koostuu tyyppin III kollageeneista. Kollageeni pystyy uusiutumaan 1-2 vuoden välein. Perussolukkoa ja elastiinia on sidekudoksessa noin 1%. Elastiinin ja kollageenin tehtävänä on pitää huolta ihon lujuudesta joustavuudesta ja kiinteydestä. Perussolukon tehtävänä on sitoa vettä ihmisen kehosta. Verinahasta löytyy myös ihmisen talirauhaset, hikirauhaset, karvatupet ja kynsien tyviosa (Kallioinen & Stenbäck 2012).

Ihon kerroksista alimmaisena on subcutis, eli ihonalaiskerros. Subcutis koostuu side- ja rasvakudoksesta. Koostumukseltaan se on löysää, koska se sisältää suurimmaksi osaksi rasvakudosta. Subcutiksen tehtävänä on toimia siteenä kudosten, ihon, jänteiden ja lihaskalvojen välillä. Subcutis suojaa ihmistä myös ulkoa tulevilta iskuilta. Subcutiksen paksuus vaihtelee ihmisen kehossa sijainnista riippuen. Subcutiksen sijainnin lisäksi paksuuteen vaikuttaa ruokavalio, ikä, sekä hormonaaliset toiminnot. Tässä ihon kerroksessa sijaitsevat myös verenkierron kanalta tärkeät osat kuten valtimot ja laskimot (Kallioinen & Stenbäck 2012).

3 Laskimoperäinen säärihaava ja sen syntymekanismi

Laskimoperäinen haava sijaitsee alaraajoissa säären tai nilkan alueella. Laskimoperäinen haava on yleensä matala eikä syvä. Haavalle tyypillistä on se, että se erittää ajoittain runsaasti kudostettä sekä se on kosteapohjainen. Laskimoperäisen haavan pinnalle muodostuu usein fibriinikatetta, joka on kellertävän väristä. Useimmissa tapauksissa raaja on turvoksissa ja siinä saattaa esiintyä staasiekseemaa. Staasiekseema on säären alueella ilmenevää ihottumaa, joka syntyy alaraajojen huonontuneen laskimoverenkierron ja suonikohjusairauden seurauksena (Liite 1, Kuva 1). Suonikohjut syntyvät laskimoiden vajaatoiminnasta ja pitkään jatkuessaan syvemmällä sijaitsevat suonikohjut voivat aiheuttaa säärihaavan (Liite 1, Kuva 2). Haavaa ympäröivä iho on panssaroitunutta, joka tarkoittaa ihon ja ihonalaisen rasvakudoksen kovettumista, jalat saattavat olla usein myös pigmentoituneita (Liite 1, Kuva 3). Raaja on useimmiten lämmin ja siinä esiintyy atropien blance -muutosta, jolla tarkoitetaan nilkan seudun ihon valkoisia skleroatrofialäiskiä. (Liite 1, Kuva 4); (Krooninen alaraajahaava 2014.)

Laskimoperäistä säärihaavaa arvioidaan Suomessa sairastavan 11 000- 15 000 ihmistä. Sairastamisaika on keskimäärin useita vuosia, mutta on myös potilaita, joilla haava on saattanut olla vuosikymmeniä. Säärihaavaa sairastavien keski-ikä on korkea, mutta se ei kuitenkaan ole ainoastaan vanhusten tauti. Amputointiin ei yleensä tarvitse turvautua laskimohaavoissa.

Yleisin paikka laskimoperäisellä säärihaavalla on säären alakolmanneksen alueella, koska laskimopaine on siellä korkein. Säären ihonalaiskudos ja iho on usein paksuuntunut, kovettunut, pigmentoitunut ja raaja on myös turvoksissa. Haava ei yleensä ole syvä, eikä ulotu jänteisiin, saati luuhun. Haava voi olla kivuton tai kivulias. Potilaat itse kuvaavat haavan alkaneen pienennä vauriona tai itsestään puhkeamisena. Haava ei parane, jos jatkuva patologinen taustamekanismi on voimakkaampi kuin kudoksen normaali paranemispotentiaali. (Krooninen alaraajahaava 2014.) Tuulirannan (2012) mukaan alaraajan laskimopaineen kohoamiseen on kolme yleistä syytä: pinalaskimovajaatoiminta, syvän laskimotukoksen jälkitila ja sairaanlainen lihavuus. Laskimot laajentuvat pinalaskimoviassa, jonka seurauksena laskimoläpät eivät pääse sulkeutumaan tiiviisti. Tämä aiheuttaa sen, että ihmisen noustessa ylös alkaa verta valua alas (laskimorefluksi) läppärajojen kautta ja tämän seurauksena laskimopaine nousee säären ja nilkan alueella. Yleisimmin tämä tila ilmenee suonikohjuina. Harvinaisempi, mutta paljon pahempi tauti on syvänlaskimotukoksen jälkitila, jolloin tukos on arpeuttanut laskimoläpät. Joissakin tapauksissa tukkeutuneet suonet rekanalisoituu (avautuu), mutta läpät jäävät edelleen vuotaviksi. Usein niiden ainoaksi hoidoksi jää turvotusten esto, koska yleensä niitä ei voida korjata kirurgisin toimenpitein. Syvänlaskimotukoksen pahempi muoto on obstruktio, jolloin tukkeutunut suoni ei rekanalisoitu. Tällöin tukkeutunut suoni voidaan joskus avata stentillä. Tällä kirurgisella toimenpiteellä voidaan muuttaa taudin laatuastetta lievemmäksi. Turvotuksen esto on tässäkin hoitomuodossa ehdoton. Sairaanlainen lihavuus on laskimove-

renpainetaudin kolmas ja pahanlaatuisin muoto. Laskimoiden tila on verrattavissa syvänlaskimotukoksen jälkitilan pahempaan muotoon, obstruktion, mutta laskimot itse ovat yleensä terveitä. Sairaanloinen lihavuus saattaa aiheuttaa sen, että polvitaipteen rasvakudos voi puristaa alueen syviä laskimoita (Tuuliranta 2012, 4).

Haava syntyy, kun punasoluja ja makromolekyylejä siirtyy suonien ulkopuolelle kohonneen laskimopaineen seurauksena. Suonien ulkopuolella ne aiheuttavat tulehduksellisen reaktion, joka edelleen lisää kudosturvotusta ja heikentää solujen hapensaantia, jolloin lopulta iholle aukeaa haava pienestäkin traumasta tai jopa täysin spontaanisti. Ellei turvotukseen ja kohonneeseen laskimopaineeseen puututa, haava ei parane vaan pahimmassa tapauksessa suurenee (Juutilainen & Hietanen 2012, 266-269).

3.1 Diagnostiikka

Laskimoperäisen haavan diagnostiikka ei perustu yhteen ainoaan menetelmään, vaan potilaan sairaushistoriaa pitää tutkia yleisesti. Sairaushistorian tarkistamisen lisäksi potilaalta pitää tarkistaa, onko hänellä ollut syviä laskimotukoksia, sääriturvotusta, ihottumaa säärien alueella tai suonikohjuja. Myös mahdollisesti aikaisemmat laskimokirurgiset toimenpiteet tulee ottaa huomioon diagnostiikkaa tehtäessä. Katkokävely tai särky jalassa voi viitata verenkierron vajaukseen. Laskimovajaatoiminnan luokitteluun kuuluvat myös pintalaskimoiden pullistumat eli suonikohjut, joiden diagnosointi on ilmeinen.

Lääkärit kokevat laskimohaavan diagnostiikan helpoksi, koska etiologia on helppo selvittää kliinisten tutkimusten avulla ja ultra äänitutkimus viimeistään varmistaa diagnoosin. Ultraäänitutkimus tehdään pystyasennossa. Valtimovian poissulkuun säärihaava potilaille on hyvä tehdä nilkka-olkavarsipaineen mittausta eli ABI-mittaus pulssipalpaation lisäksi. Potilas voidaan tarvittaessa ohjata varvaspaineiden mittaukseen verisuonilaboratorioon. Varvaspaine mittauksella tarkoitetaan systolisen verenpaineenmittausta isovarpaasta. Ultraäänitutkimuksessa potilaille tehdään puristus- ja vapautustesti, jonka tarkoituksena on tarkkailla ja nähdä lihaspumpun toiminta sekä tunnistaa laskimot, joissa mahdollisesti ilmenee vajaatoimintaa. Tutkimus tapahtuu useimmiten niin, että potilas seisoo korokkeella. Potilaan pohjetta puristetaan joko käsin tai painemansetilla sekä samanaikaisesti laskimoiden virtausta tutkitaan ultraäänilaitteella. Mikäli takaisinvirtaus on yli 0.5 sekuntia saattaa kyseessä olla patologinen ongelma (Vikatmaa 4/2012, 7).

4 Laskimoperäisen säärihaavan hoito kotihoidossa ja sen tuomat haasteet

Laskimoperäisen säärihaavan hoito lähtee hoitosuunnitelman laatimisesta. Hoitosuunnitelmaan määritellään realistinen hoidon tavoite. Säärihaavan tyyppi, sijainti, syvyys, koko, paikalliset ja yleiset paranemiseen vaikuttavat tekijät määrittävät laskimoperäisen säärihaavan

hoitomuodon. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa tulee ottaa huomioon haavaan liittyvät tekijät: turvotus, kudokset ja infektiot sekä potilaaseen liittyvät tekijät, kuten vajaaravitsemuksen hoito, tupakoinnin lopettaminen sekä paranemista heikentävien lääkkeiden käyttö sekä mahdollinen ylipaino. Säärihaavaa voidaan hoitaa konservatiivisesti, jolloin tavoitteena on haavan paraneminen. Säärihaava voidaan myös hoitaa kirurgisin toimenpitein, mikäli haava on kookas yli 5-10 cm:n kokoinen, se on ollut pitkään auki tai konservatiivisella hoidolla ei ole saatu riittävää vastetta aikaiseksi. Potilasta tulee informoida paranemisaikataulusta, joka tulee arvioida realistisesti. Potilaalle tulee myös kertoa suunnitelmista, jotka tehdään mahdollisten vastoinkäymisten ja komplikaatioiden varalle. Lämpimiltään yleensä alle 5 cm:n kokoiset krooniset haavat, joiden arvellaan paranevan kahden kuukauden sisällä, sopivat konservatiiviseen hoitoon (Krooninen alaraajahaava 2014).

Dunder (2004) tuo esille Suomen haavanhoitoyhdistyksen julkaisussa kotihoidon hoitajien haavanhoidon osaamisen haasteet. Kotihoidon tiimejä on pääkaupunkiseudulla satoja ja hoitajien koulutustaso vaihtelee asiantuntijoista noviiseihin. Hän näkee myös suurena haasteena aikaresurssin, koska yhdellä kotihoidon hoitajalla voi olla jopa 15 asiakaskäyntiä työvuorossa, jolloin on mahdotonta perehtyä haasteelliseen haavanhoitoon syvällisesti (Dunder 2004, 10). Suurimpana haasteena kotihoidossa nähdään kuitenkin haavanhoidon kannalta taloudelliset ja organisaatioon liittyvät tekijät, kuten lääkäreiden vähäinen osallistuminen hoitoon. Tällä hetkellä suurimman taloudellisen tuen kotihoidon haavapotilaalle antaa omaisen. Suomi poikkeaa muista pohjoismaista siinä, että potilas joutuu itse maksamaan usein haavanhoitotarvikkeensa. Tämä usein johtaa siihen, että potilaalla ei välttämättä ole varaa ostaa parasta mahdollista tuotetta juuri hänen haavalle, jolloin hoidon laatu kärsii ja haavan paraneminen hidastuu huomattavasti (Castrén, Hjerppe & Hjerppe 2014).

Terveydenhuoltojärjestelmä ja haavojen hoito muuttuu nopeasti, ja se tuo mukanaan erilaisia haasteita haavanhoidon kannalta. Nykypäivän haasteiksi ovat luettu teknologian kehityksen lisäksi, supistuvat budjetit, väestön ikääntyvä profiili, kasvanut eliniän odote, kroonisten sairauksien suurempi esiintyvyys ja perusterveydenhuollon suurempi painoarvo. Kaikki nämä haasteet vaikuttavat kotihoidon käytänteisiin ja ne tuovat mukanaan uusia haasteita hoidon ja palveluiden suunnitteluun sekä koulutuksen ja harjoittelun tarpeisiin. Kotihoidon työntekijät saattavat esimerkiksi työskennellä välillä sellaisten tuotteiden tai teknisten apuvälineiden kanssa, johon he eivät ole saaneet tarpeeksi perehdytystä tai koulutusta. Aseptiikka nousee myös haasteeksi kotihoidon puolella, koska toimintaympäristö, jossa haavoja hoidetaan, on yleensä potilaan koti. Tämä lisää haavan kontaminoitumisen riskiä huomattavasti. Kotihoidon työntekijät kokevat haavojen hoidon haasteelliseksi kotona myös ergonomisista syistä. Tutkimuksen mukaan riittävä ravinnon saanti on edellytys haavojen paranemiselle. Tutkimuksen mukaan ravitsemuksen seuranta ja arviointi on todettu olevan haastavaa koti-

hoidon puolella, koska terveydenhuollon työntekijä saattaa käydä potilaan luona vain kerran viikossa (Castrén ym.2014).

5 Haavan paranemista edistävät tekijät

5.1 Haavan paraneminen

Ihon vaurioituessa käynnistyy automaattisesti haavanparanemisprosessi, jonka tarkoituksena on uusia ihon pintaa. Normaalisti haavan paranemisen prosessissa voidaan nähdä kolme vaihetta, joita ovat: inflammaatio, joka tarkoittaa tulehdusvaihetta, proliferaati, jolla tarkoitetaan uudelleenmuodostumista ja maturaatiovaihe, joka tarkoittaa kypsymistä. Jotta haava lähtisi paranemaan, on jokaisen vaiheen näistä tapahduttava. Haavan paranemiseen vaikuttaa moni tekijä, kuten haavatyypin, haavan sijainti, haavan puhtaus, haavan koko ja verenvuodon määrä, aika haavan synnystä hoitoon tuloon, ikä, elintavat sekä liitännäisairaudet.

Inflamaation päätarkoituksena on puhdistaa haavaa kuolleista soluista ja soluväliaineista ja näin ollen suojella elimistöä. Inflamaatiovaihe on normaali reaktio haavan paranemisen kannalta ja sen merkkejä ovat haavan alueen kuumotus, turvotus, punoitus sekä toiminnalliset häiriöt. Tulehdusvaihe mahdollistaa sen, että haavan alue puhdistuu sopivaksi granulaatiokudoksen alustaksi. Inflamaatiovaihe ilmenee yleensä noin 3-7 vuorokauden sisällä haavan synnystä. Inflamaatiovaihe saattaa pitkittyä, mikäli haavan alueella on liian voimakas tulehdusreaktio, siinä on vierasesine, hematooma tai potilaalla on käytössä kortisonivalmisteita (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2000, Castrén, Korte & Myllyrinne 2012).

Proliferaatiovaiheessa haavan alueelle alkaa muodostua uutta kudosta. Haavan alueelle alkaa muodostumaan uudissuonia, kudos alkaa uusiutumaan, kollageeneja ja valkuaisaineita alkaa muodostua. Nämä muutokset alkavat ilmetä yleensä kolmen vuorokauden jälkeen. Tässä vaiheessa haavan alueelle alkaa muodostua granulaatiokudosta ja haava alkaa reunoilta parantumaan sekä kuroutumaan kiinni, tätä kutsutaan kontraktioksi. Tähän vaiheeseen kuuluu myös epiteelien kasvaminen. Granulaatiokudoksen syntymiseen vaikuttaa haavan pohjalla kasvavat uudet hiussuonet, jotka alkavat syntyä noin kahden päivän aikana haavan synnystä. Epiteelisaatio alkaa muutaman tunnin kuluttua ja kontraktiota alkaa tapahtua muutaman päivän kuluttua. Tyypillistä on, että kontraktion aikana haavat kuroutuvat kiinni noin 0.2 mm päivässä. Kun granulaatiokudos on täyttänyt haavan alueen samalle tasolle kuin ympäröivä terve iho, alkaa epiteelisolukon kasvaminen. Haavoille on tyypillistä, että ne erittävät kudostenestettä näissä vaiheissa, mutta sen on todettu auttavan haavan paranemisprosessissa, koska kudosteneste sisältää ravintoaineita (Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2000).

Maturaatiovaihe alkaa tulemaan noin kolmen viikon jälkeen haavan synnystä ja se saattaa kestää kuukausia tai vuosia. Kun haava on täyttynyt sidekudoksella ja epitelisaatio loppunut,

alkaa maturaatiovaihe. Maturaatiovaiheessa granulaatiokudos kypsyy, kiinteytyy ja vahvistuu lopullisesti sideskudosarveksi. Lopuksi haavalle muodostuu arpikudosta joka ei sisällä aluksi ihokarvoja, verisuonia, hikirauhaisia tai talirauhaisia vaan se muodostuu myöhemmin. Arpikudos on yleensä punainen väriltään ja se on hieman koholla ympäröivästä ihosta. Joillakin potilailla saattaa ilmetä arpikudoksen liikakasvua eli hypertrofiaa tai keloidia. Arpien liikakasvun on todettu olevan perinnöllistä ja sitä ilmenee noin 15 % valkoihoisista ja 5 % tummaihoisista (Hannuksela 2012, Hietanen, Iivanainen, Juutilainen & Seppänen 2000).

Tutkimusten (Taulukko 2) mukaan ei ole näyttöä, että haavahoitotuotteet eroaisivat toisistaan, kun ne valitaan haavatyypin mukaan. Tärkeämpi kriteeri haavatuotteen valinnalle on sen soveltuvuus juuri kyseessä olevalle haavalle esim. kuivalle haavalle kosteuden ylläpitävä tuote ja märälle taas kosteuden imevä tuote (Krooninen alaraajahaava 2014).

Haavahoitotuotetta valittaessa huomion otettavia seikkoja ovat: haavapohja (väri, puhtaus), haavan syvyys, haavan erityyppi, haavan sijainti, haavakipu, allergiat, saatavilla olevat tuotteet ja taloudellisuus. Ihanteellisen haavahoitotuotteen ominaisuudet ovat: haavan kosteuden ylläpitäminen, lämpötilan ja pH:n ylläpitäminen sopivana, granulaation ja epiteelisaation edistäminen, ulkoisilta mikrobeilta ja mekaanisilta vaurioilta suojaaminen, kuolleen kudoksen irrottaminen, taloudellisuus (sidosten vaihtotiheys), helppokäyttöisyys ja että se ei sisällä allergisoivia ainesosia. (Pääkkönen 2016).

Pitkään on jo tiedetty, että haavojen paranemisen kannalta on tärkeitä, että haavat saavat tarpeeksi happea. Hemoglobiini tuotteen teho perustuu siihen, että hemoglobiini sitoo happea ja se vapauttaa hapen, kun tuotetta suihkutetaan haavalle. Haavalla happi diffundoituu solujen sisälle. (Arenbergerova ym. 2013, 25,27).

5.2 Turvotuksen hoitaminen

Laskimoperäisen haavan tärkein paranemista edistävä tekijä on säärissä olevan turvotuksen poistaminen. Säärissä olevaa turvotusta voidaan poistaa monin eri keinoin sekä kotioloissa että sairaaloissa. Kotona tyypillisiä hoitomuotoja on jalkojen koho-asento, tukisidokset ja hoitosukat. Näiden hoitomuotojen rinnalle on kehitetty teknisiä apuvälineitä, joita ovat esimerkiksi jaksottainen painepuristushoito, AV-impulssihoito ja lihaspumpun sähköstimulaatiohoito. Jalkoja tulee lepuuttaa muutamia kertoja päivässä niin, että potilas käy maaten ja nostaa jalat kohoasentoon. Jalkoja ja nilkkoja voi samalla taivutella, jotta laskimoverenkierto lisääntyy jolloin jaloissa oleva paine hellittää laskimoissa. Jalkojen kohoasentoa voidaan tukea asettamalla sängyn jalkojen alle kirjoja tai vaihtoehtoisesti jalkojen alle voidaan laittaa tyyntyjä tukemaan kohoasentoa. Jalkojen kohoasennon tarkoituksena on lisätä veren laskimopuolua (Laskimoperäisen turvotuksen ennaltaehkäisy ja hoito-potilasohje 2011).

Ennen tukisidoshoitoa potilaalta pitää laskea ABI-indeksi eli nilkka-olkavarsipainesuhde. ABImittaus alkaa esivalmisteluilla jolla varmistetaan, että potilas ei ole nauttinut kofeiinia tai nikotiinia kahteen tuntiin ennen verenpaineen mittausta ja verenpaine tasataan siten, että potilas lepää maaten selällään 10-20 minuuttia. ABImittaus suoritetaan jatkuva-aaltoisella ultraäänilaitteella, jossa on kahden 8 MHz:n kynäanturit, sekä käsin pumpattava verenpaine-mittarilla, jossa on yleensä 10-12 cm:n mansetti. Mittaus suoritetaan rauhallisessa ympäristössä siten, että verenpaine mansetti asetetaan olkavarteen, jonka jälkeen etsitään ranteesta arteria ulnaris tai arteria radialis. Valtimokohtaan laitetaan ultraäänigeeliä ja kynäanturi asetetaan valtimon ja geelin päälle noin 45-60 asteen kulmassa valtimovirtausta vastaan ja etsitään vahvin virtausääni. Tämän jälkeen pumpataan verenpainemittariin ilmaa 20-30 mmHg yllä sen arvon, jossa virtausääni lakkaa kuulumasta. Mansetista päästetään ilmaa hitaasti ja systolinen painearvo saadaan, kun virtausääni alkaa taas kuulua. Mittaus suoritetaan molempiin olkavarsiin ja laskennassa käytetään korkeampaa painearvoa. Samalla tekniikalla mitataan molempien nilkkojen systolinen paine. Mansetin oikea kohta on noin 5 cm kehräsluutason yläpuolella. Kynäanturilla etsitään vuorotellen jalkaterän päältä arteria dorsalis peris ja sisäkeh-räsluun takaa arteria tibialis posterior. Mittausta ei voida tehdä, mikäli suoni ei sulkeudu 250 mmHg:n paineella. ABImittauksen korkeampi alaraajapaine jaetaan korkeammalla yläpai-neella ja tulokset kirjataan molempien jalkojen osalta erikseen. (Haavanhoidon periaatteet, 284)

Pihlajamäen kotihoidossa ABImittauksia tekevät siihen koulutuksen saaneet sairaanhoitajat.

ABI tulkinta:

- ABI > 1,2 epäile mediaskleroosia (DM)
- ABI 0,9-1,2 normaali tulos
- ABI 0,6-0,9 alentunut, katkokävelytaso
- ABI < 0,6 kriittinen iskemia

Virheellisiä arvoja voi aiheuttaa kokematon mittaja, kiire, rauhaton ympäristö, runsas turvotus, rytmihäiriöt, ASO- muutokset yläraajassa, matala verenpaine sekä potilaan liikkuminen ja kivuliaisuus mittauksen aikana. (Haavanhoidon periaatteet, 284)

Kliiniset ohjeet suosittavat hoitamaan laskimoperäisen säärihaavan kompressiosidonnalla, kun ABI 0.6> ja <0.9.

Laskimoiden vaajatoiminnan hoidossa käytetään tukisidosten lisäksi lääkinnällisiä hoitosukkia eli kompressiosukkia, varsinkin ennalta ehkäistäessä laskimoperäisen säärihaavan syntyä tai uusiutumista. Lääkinnällisiä hoitosukkia aloitetaan käyttämään yleensä siinä vaiheessa, kun haava-alue on saatu hyvälle hoitotasolle. Hoitosukat otetaan myös käyttöön vasta tukisidosten jälkeen, koska hoidon alkuvaiheessa jalkojen koko muuttuu radikaalisti ja nopeasti. Hoitosukan tarkoitus on sama kuin tukisidosten, mutta sen käyttö on helpompaa potilaalle, hoitajalle

ja ne ovat miellyttävämmät kuin tukisidokset. Lääkinnällistä hoitosukkaa varten potilas tarvitsee lääkärin lähetteen, jolloin potilas saa kahdet sukat vuodessa maksutta käyttöönsä.

Erikoisliikkeessä potilaan jalasta otetaan mitat sukkaa varten. Mitat otetaan valmistajan suosittelemista kohdista, jotta sukka sopii potilaalle ja puristaa oikeasta kohdasta oikealla lujuu-della. Lääkäri määrittelee läheteeseen tukisukan puristusluokan. Sukat ovat yleensä polvipi-tuisia tai niin kutsuttuja puolireisisukkia, jotka ylettyvät juuri polven yläpuolelle. Lääkäri määrittelee myös nämä tiedot läheteessä. Sukat suositellaan laitettavaksi heti aamulla en-nen sängystä ylös nousemista. Sukkaa pidetään jalassa koko päivän ajan ja se voidaan riisua pois jalasta nukkumaan mennessä. Hoitosukkia on neljää eri puristusluokkaa. Laskimoperäisen turvotuksen hoidossa käytetään yleensä puristus luokka II-III hoitosukkia. Tukisukkaa käytetään yleensä turvotuksen estohoidossa ennen kuin haavoja on tullut ja kompressiosidoksia käyte-tään, kun on haavoja jotka erittävät runsaasti, eikä tukisukat mahdu jalkoihin. (Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta 2010).

5.3 Haavanluokitus ja sen mukainen hoito

Haavat luokitellaan ulkonäkönsä perusteella erilaisiin ryhmiin. Ryhmiä on neljä erilaista vaaleanpunainen haava, punainen haava, keltainen haava sekä mustahaava.

Vaaleanpunainen eli epitelisoituva haava on yleensä vaaleanpunainen. Tyypillistä on, että epiteeli kasvaa karvatuppien ympäriltä ja haavan reunoilta. Vaaleanpunainen haava tulee suojata ulkopuolisilta ärsykkeiltä sekä sen venyttämistä tulee välttää hyödyntämällä paikallis-hoitotuotteita, jotka suojaavat haavan aluetta (Liite 3).

Punainen eli granuloiva haava, on yleensä ulkonäöltään kirkkaan punaisen värinen ja siitä pys-tyy erottamaan ryynimäisen pinnan. Punainen haava tulee aina suojata paikallishoitotuotteil-la, jotka pitävät haavan alueen kosteana ja avustavat uuden kudoksen syntymisessä. (Liite 3)

Keltainen eli fibriinikatteinen haava-alueen kate on yleensä väriltään kellertävän vihertävää tai rusehtavan värinen ja tyypillistä on, että haava erittää joko paljon tai vähän. Fibriinikat-teinen haava tulee puhdistaa aina mekaanisesti ennen kuin päälle laitetaan paikallishoitotuote, joka auttaa elimistöä itseään puhdistamaan haavaa. (Liite 3)

Musta eli nekroottinen haava, on aina väriltään tumma. Nekroottinen kudos on tarttunut kiin-ni haavapohjaan, joka voi olla kuiva tai erittävä. Joissakin tapauksissa nekroosin alla oleva haava voi ulottua syvälle kudoksiin. Nekroottinen kudos tulee poistaa mekaanisesti ennen kuin päälle laitetaan paikallishoitotuote, joka auttaa elimistöä itseään puhdistamaan haavaa (Liite 3) (Kallio 2011).

Fibriinikatteinen ja nekroottinen haava voidaan puhdistaa yleensä mekaanisesti parhaiten hyödyntämällä kyrettiä, pinsettiä, saksia, laseria tai veistä. Joissakin tilanteissa joudutaan kuitenkin puhdistamaan haava kirurgisella revisiolla, joka myös on nopein ja tehokkain tapa. Haavan hoidon kannalta ehdottoman tärkeitä on hyvä aseptiikka. Aseptiikkaa voidaan parantaa hyvällä käsihygienialla, suojakäsineillä sekä potilaskohtaisilla välineillä ja haavanhoitotuotteilla, jotka lääkäri tai haavanhoitaja on potilaalle määrännyt. (Krooninen alaraajahaava 2014).

5.4 Ravitsemus ja liikunta

Haavan paraneminen ja uusien kudosten muodostaminen tarvitsevat riittävästi proteiinia ja energiaa, jotta elimistö saisi välttämättömät aminohapot. Mikäli proteiinia ei saada päivittäin tarpeeksi alkaa elimistö hajottaa omaa lihaskudostaan, tärkeiden elintoimintojen ylläpitämiseksi. Ihminen tarvitsee proteiinia päivittäin, koska vain rajallinen määrä aminohapoista varastoituu. Proteiinit tarvitsevat muodostuakseen K-vitamiinia, jota muodostuu ihmisen pakusuolen bakteeristossa. Ihminen tarvitsee päivittäin 1-2.5g proteiinia painokiloa kohden eli noin 80-150g vuorokaudessa. Joissakin tapauksissa proteiinin tarve on jopa lisääntynyt. Mikäli K-vitamiinia ei saada tarpeeksi vaikuttaa se ihmisen hyytymistekijöihin jolloin verenhiyytymisen heikkenee. K-vitamiinin puutteellisuus vaikuttaa siten, että proteiini ei kykene sitomaan kalsiumia itseensä. Proteiinia on monessa eri lähteessä, mutta parhaiten sitä saadaan kalasta, lihasta, maitotuotteista, kananmunista sekä palkokasveista. Proteiinia tulisi nauttia päivässä jokaisella ruokailukerralla. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 6/2015.)

Ihminen tarvitsee rasvaa ja niiden sisältämää rasvahappoa solukalvojen rakentumiseen. Välttämättömiä rasvahappoja kuten linolihappoja tarvitaan ihokudoksen uudistumiseen. Linolihappo on omega 6-rasvahappo, jota saadaan rypsiöljyistä, maissiöljystä, auringonkukkaöljystä sekä soijaöljystä. Rasvat tulisi koostua niin sanotuista hyvistä rasvoista, eli pehmeistä rasvoista. Pehmeitä rasvoja ovat rypsiöljy, margariinit 60-80% myös kalat ja pähkinät sisältävät pehmeitä rasvoja. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 6/2015.)

Hiilihydraattien tehtävänä on tuoda ihmiselle energiaa ja samalla myös kivennäisaineita ja vitamiineja, jotka edesauttavat haavan parantumisessa. Ihminen saa hiilihydraatteja monista eri lähteistä kuten marjoista, hedelmistä, maitotuotteista, ja viljavalmisteista.

Vitamiinit ja kivennäisaineet osallistuvat kudosten uusiutumiseen. Siksi näitä tulee saada monipuolisesti ruosta. Tärkeimpiä vitamiineja ovat A-vitamiini, B- vitamiini ja C-vitamiini. Ihminen tarvitsee A-vitamiinia epitelisaatiassa, eli uuden ihon syntymiseen sekä kollageenisynteesissä. A-vitamiinia saadaan parhaiten kasviksista, porkkanasta, maitotuotteista, vihanneksista ja maksasta. B-vitamiinin tarkoitus on edistää valkosolujen ja vasta-aineiden syntymistä. Valkosoluja tarvitaan puolustamaan ihmisen kehoa taudeilta ja tulehduksilta ne ovat osa immu-

nipuolustusjärjestelmää. Vasta-aineet ovat immuunoglobuliineja, joiden tarkoitus on tunnistaa vieraita organismeja ihmisen kehossa. B-vitamiini on myös mukana kollagiinisynteetissä. B-vitamiineja on monia erilaisia, mutta jokaista niitä saadaan kalasta, kanasta, porsaanlihasta sekä viljatuotteista. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 6/2015.)

C- vitamiinia tarvitaan kollageenisynteetissä, epitelisaatioissa sekä fibroplastien muodostumisessa, eli sidekudoksen perussolun muodostumisessa. C-vitamiini tuottaa sidekudoksensoluväliaineen. Mikäli C-vitamiinia ei saada tarpeeksi haavanhoidon aikana lisää se riskiä sille, että haava aukeaa, umpeutuminen pitkittyy ja granulaatiokudoksesta voi tulla hauraampi. C-vitamiinin lähteitä ovat hedelmät, marjat ja vihannekset. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 6/2015.)

Kivennäisaineita tarvitaan ihon kannalta. Kivennäisaineita ovat kalsium, pii, sinkki, magnaani, kalium ja seleeni. Haavanhoidon ja haavanparanemisen kannalta on tärkeintä huolehtia sinkin riittävästä saannista. Sinkkiä on kaikissa ihmisen kudoksissa ja siksi se on tärkeä osatekijä haavan paranemisen kannalta. Sinkistä 50 % on ihmisen iholla. Sitä tarvitaan epitelisaatioissa, kollageenisynteetissä sekä solun jakautumisessa. Sinkkiä ja seleeniä saadaan parhaiten viljoista, maitovalmisteista, lihasta ja kalasta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 6/2015.)

Kliinisiä täydennysravintovalmisteita voidaan käyttää normaalin ruoan rinnalla tehostamaan ravitsemusta. Täydennysravintovalmisteita käytetään, mikäli ihmisellä on huonontunut ruokahuu, hän kärsii imeytymishäiriöstä tai hänellä on haava. Täydennysravintovalmisteet jaotellaan valmiisiin ja sekoitettaviin valmisteisiin. Haavanhoidossa tyypillisesti käytettävät tuotteet ovat valmiita tuotteita, kuten esimerkiksi Cubitan. Cubitan sisältää pääsääntöisesti proteiinia, energiaa, vitamiinia ja kivennäisaineita. Cubitanin huono puoli on se, että se ei sovelu laktoosi-intolerantikoille. Mikäli potilas ei voi käyttää Cubitania, heille löytyy markkinoilta vaihtoehtoisia tuotteita. (Hytönen 1/2016, 13-15.)

Nesteiden saannilla on myös merkitys haavanhoidossa, ihmisen tulisi nauttia nesteitä vähintään 2 litraa päivässä tai (1 ml/kcal/vrk). Nestevajaus voi kehittyä nopeasti ja se on ikäihmisillä yleisempää ja haitallisempaa kuin nuorilla. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 6/2015.)

Hyvä peruskunto edistää osaltaan sairauksien paranemista, kuten myös haavankin paranemista. Liikkuminen lisää verenkiertoa haavassa ja sen ympäristössä. Liikunnan tarkoituksena on lisätä ja edistää laskimoverenpalautumista sydämeen, mikä ennalta ehkäisee haavojen syntymistä sekä auttaa haavojen paranemisessa. Hyviä harjoitteita ovat pohjelihaksen aktivointi. Pohjelihasta tulee harjoittaa useasti päivässä kävelyn ja erilaisten liikuntamuotojen avulla, jossa pohkeet joutuvat rasitukselle. Pohjelihasta voi myös harjoitella kotona, siten että nousee useamman kerran päivässä varpailleen. (Laskimoperäisen turvotuksen ennaltaehkäisy ja hoito-potilasohje 2011.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymys

Tämän työn tarkoituksena on yhdenmukaistaa laskimoperäisen säärihaavan hoitoa, parantaa haavahoidon laatua ja edistää haavan parantumista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on löytää tutkittua tietoa laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistävästä tekijöistä. Työmme tutkimuskysymys on: mitkä tekijät edistävät laskimoperäisen säärihaavan paranemista kotihoidossa?

On tärkeää yhdenmukaistaa laskimoperäisen haavahoidon laatua, koska sen kansantaloudellinen vaikutus on suuri ja ikääntyvän väestön myötä suurenee, jos laskimoperäisen säärihaavan hoidon laatua ei saada parannettua. Hyödynnämme opinnäytetyömme tuloksia palveluino-vaatiokurssilla, jolla teemme työmme pohjalta selkokielen ja ymmärrettävän oppaan Pihlajamäen kotihoidon työntekijöille päivittäiseen käyttöön.

7 Opinnäytetyön toteutus

Oikean tutkimuskysymyksen löytäminen oli tärkeää, jotta löytäisimme tutkimuksista oikeat vastaukset juuri tähän opinnäytetyöhön. Tutkimuskysymyksen päätettyämme työmme edistyi, koska tutkimuskysymyksen avulla pystyimme rajaamaan hakuja sekä seulomaan tuloksista ne oleellisimmat. Tutkimuskysymyksemme avulla myös työmme tarkoitus ja tavoite konkretisoituivat entistä enemmän.

Työmme tutkimuskysymys on: mitkä tekijät edistävät laskimoperäisen säärihaavan paranemista kotihoidossa?

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on laaja tutkimus ja se tulkitsee kirjallisuutta, joka liittyy johonkin tiettyyn aiheeseen (Aveyard 2014, 2).

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja ajantasaistaa tutkimustietoa (Salminen 2011, 3)

Kirjallisuuskatsauksemme on lähinnä kuvailevaa katsausta. Se on kirjallisuuskatsausten perustyypeistä yleisimmin käytetty, koska siinä ei ole niin tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä, myös tutkimuskysymykset voivat olla väljempää (Salminen 2011, 6). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus koostuu viidestä vaiheesta: tutkimuskysymyksen asettaminen, aineiston keruu, tutkimusaineiston laadun arviointi, aineiston analysointi ja tulkinta ja tulosten esittäminen. (Axelin, Stolt & Suhonen 2015, 6).

Ihan ensimmäisenä laadimme hakustrategian, joka auttoi meitä löytämään vastauksen tutkimuskysymykseemme (Aveyard 2014, 74).

Kirjallisuuskatsaustyypppejä on useita, mutta ne kaikki sisältävät tyypilliset osat. SALSA eli search (haku), Appraisal (arviointi, kriittinen), Syntesis (aineiston perusteella tehty synteesi) ja Analysis (analyysi). (Axelin ym. 2015, 8).

Toteutimme opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksena, koska sen avulla voimme etsiä tutkittua tai näyttöön perustuvaa tietoa, arvioida teoriaa ja rakentaa kokonaiskuvan laskimoperäisestä säärihaavasta sekä siihen liittyvistä tutkimuksista (Salminen 2011, 3).

Kun olimme päättäneet tutkimuskysymyksemme, lähdimme etsimään mitä tutkimuksia aiheestamme on tehty löytääksemme vastauksen tutkimuskysymykseemme.

7.2 Tutkimusartikkelien haku

Kirjallisuuskatsaukseen haimme tietoa Medic-, Chinal- ja terveystietokanta. Medic on suomalainen terveystieteellinen viitekanta arkisto ja terveystietokanta on terveydenhuoltoalan ammattilaisten käyttämä tutkittuun tietoon perustuva tietokanta arkisto. CINAHL on kansainvälinen artikkeliviitetietokanta. Tietojen haku suoritettiin 1.3.2016

Ensimmäisenä tietoa haettiin Medic tietokantahausta sanoilla ”laskimoperäinen säärihaava” and kotihoito or kotihoito, ajanjaksoksi laitoimme 2000-2016, näillä ei tullut yhtään osumaa. Lopulta haku suoritettiin sanoilla ”laskimoperäinen säärihaava” ja tuloksia saatiin 26, joista valittiin 10 tarkempaan tarkasteluun. Lopullisesti mukaan hyväksyttiin 4 julkaisua, joista 2 oli käypähoitosuosituksia ja yksi terveystietokannan Cochrane tutkimusta.

Terveystietokannan haussa käytimme samoja kriteerejä kuin Medicissä ja tuloksia saimme 45, joista tarkempaan selvitykseen otimme 15, joista emme lopulta valinneet yhtäkään, koska kaikki aiheestamme koskevat olivat tulleet jo esille Medicin haussa.

CINAHL tietokanta haussa käytimme ensin hakusanoja ”venous leg ulcers” rajauksiksi laitoimme vuodet 2010-2016, academic journals, aged 65+, full text tuloksia tuli kaiken kaikkiaan 39, joista tiivistelmän perusteella valitsimme työhömmme sopiviksi kolme tutkimus artikkelia. Koikeilimme vielä hakusanoilla venous leg ulcers and homecare ja näillä saimme kaksi artikkelia. Luettuamme tiivistelmän hylkäsimme molemmat, koska toinen käsitteli Islannissa olevien laskimoperäisten säärihaavojen määrää ja toinen lopulta itse haavan hoitoa, joten CINAHL:sta lopullisesti käyttöön jäi neljä tutkimusta/artikkelia. (Taulukko 1)

Tietokanta hakujen ja lähemmän valintaprosessin jälkeen jäi seitsemän artikkelia, jotka otimme opinnäytetyöhömmme. Medic hausta yksi koski laskimoperäistä säärihaavaa, toinen kroonista alaraajahaavaa, kolmas alaraajaturvotuksen hoitoa ja ennalta ehkäisyä. CINAHL hausta mukaan otettiin kolme tutkimusartikkelia, joista ensimmäinen oli EWMA -journalist tutkimus, joka koski hapetuksen parantamista osana modernia haavahoitoa. Toinen tutkimus oli Wound practice & research, joka koski säärihaavojen aliarvioitua vaikutusta kansanterveyteen

ja kolmas tutkimus oli myös EMWA:n, jossa selvitettiin kustannuksia Australiassa ja kompresiohoidon tärkeyttä laskimoperäisen säärihaavan hoidossa.

(Taulukko 2)

Katsauksen tulokset laskimoperäinen säärihaava kotihoidossa, on koottu alla olevaan tauluk-
koon.

Tietokanta	Haku	rajaukset	tulokset	hyväksytyt / abstrakti	lopullisesti hyväksytty
Medic	"laskimoperäinen säärihaava"	2000-2016	26	10	4
Terveysportti	"laskimoperäinen säärihaava"	2000-2016	45	15	0
Cinahl	1. "venous leg ulcers" 2. Venous leg ulcers AND home care	2010-2016 Academic Journals aged 65 + full text	39 2	6 2	3 0 Toinen käsitteli Islannissa olevien laskimoperäisten säärihaavojen määrää ja toinen lopulta itse haavan hoitoa.

TAULUKKO 1: hakusanat ja rajaukset

7.3 Tutkimusartikkelien valinta

Hylätyt tutkimukset olivat rajauksemme ulkopuolelta. Medicin ja terveysportin tulokset olivat joko täysin samoja tai lähes samoja.

Tutkimukset valitsimme ja valintaprosessin teimme yhdessä.

Laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistävästä tekijöistä kotihoidossa emme löytäneet varsinaisesti yhtään suoraa tutkimusta. Haavojen paranemista edistävästä tekijöistä yleisesti oli tehty joitakin tutkimuksia, mutta niitä emme kyenneet hyödyntämään, koska niissä ei ollut eritelty eri haavoja toisistaan. Myöskään laskimoperäisten säärihaavojen kustannuksista Suo-

nessa ei löytynyt yhtään tutkimusta, toisin kuin muutamissa kansainvälisissä tutkimuksissa oli laskettu hoitokustannukset n. vuoden ajalta. Ulkomaisten lähdeartikkelien perusteella, pelkästään Helsingissä vuosittaiset haavanhoito kulut ovat 7-14 miljoonaa euroa. Tietoa etsimme sekä suomeksi että englanniksi.

Valitsemamme artikkelit koskivat joko kansainvälisiä arvioita laskimoperäisten säärihaavojen kustannuksista tai laskimoperäisten säärihaavojen kompressiohoitoa sekä parantavana tekijänä, että ennaltaehkäisevänä. Vain yksi tutkimus koski itse laskimoperäisen säärihaavanhoitoa ja se otettiin mukaan koska hapetuksen parantaminen haavahoidossa on tulevaa modernia haavahoitoa. (Taulukko 2)

Haimme opinnäytetyöhömmä tutkittuja artikkeleita hyödyntämällä Internetiä. Artikkeleita valittaessa paneuduimme siihen, että artikkelit olivat tutkittua tietoa ja ne oltiin tehty tietyn ajanjakson sisällä. Luimme aluksi kaikkien artikkeleiden tiivistelmät läpi, minkä perusteella teimme valinnan siitä mitä artikkeleita tulemme käyttämään työssämme. Kun olimme valinneet artikkelit luimme ne läpi ja karsimme ne artikkelit pois, jotka eivät loppujen lopuksi vastanneet tutkimuskysymystämme. Artikkeleita läpi käydessämme käytimme valinnan apuna tutkimuskysymystämme: mitkä tekijät edistävät laskimoperäisen säärihaavan paranemista kotihoidossa. Lopulliset artikkelit, jotka valitsimme työhömmä käsitteli viittä paranemista edistävää tekijää, jotka olivat: optimaalinen paranemisympäristö, oikea hoito, aseptiikka, turvotuksen hoito ja hemoglobiinihoito.

Tutkimuksen tekijät, tutkimusvuosi	Tarkoitus	Aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. 2014.	Käypä hoito suositus	Useita eri tutkimuksia ja näytönasteita, joista saadaan riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia.	Käypä hoito suosituksissa useita eri tutkimuksia, joista tehdään yleisesti käytössä olevat käypä hoito suositukset. Tämä suositus keskittyy pintalaskimoiden vajaatoiminnan erotusdiagnoosiikkaan, diagnostiikkaan, taudinkuvaan, komplikaatioihin, sekä tällä hetkellä käytössä oleviin konservatiivisiin hoitoihin ja kajoaviin hoitoihin.
Arenbergova, Monika, Engels, Peter, Gkalpa-	Hapetuksen parantamisen avulla pa-	Vertaistutkimus. 36 satunnaisesti valit-	13 viikon aikana hemoglobiinia saaneiden ryhmän

kiotis, Spyros, Dubski, Zora, Arenbergova, Petr, 2013.	ranta ja nopeuttaa haavojen paranemista.	tua kroonista laskimoperäistä säärihaavaa sairastavaa potilasta sai puhdistettua hemoglobiinia ja vertaisryhmän 36 potilasta sai suolaliuosta ilman hemoglobiinia.	nekroottinen peite väheni 48%, fibriinikate 42%, granulaatio lisääntyi 75%, epitelisaatiota tapahtui 78% haavoista. Verrokkiryhmässä vastaavat luvut olivat: nekroottinen 17%, fibriinikate 12%, granulaatio lisääntyi 18% ja epitelisaatio 7%. Myös kipu väheni VAS asteikolla 0 päivänä 5.8 olleen tutkimuksen lopussa 0.1. Verrokkiryhmällä 0 päivänä 4.8 ja tutkimuksen lopussa 5.0.
Baquerizo, N, Katherine, L, Yim, E, Van Driessche, F, Lamel, S, Richmond, N, Braun, L, Kirsner, R 2015.	Laskimoperäisen säärihaavan kustannukset Yhdysvalloissa 2012	Miamin yliopistossa tehty tutkimus, jonka perusteella tehtiin arvio kustannuksista.	Yhdysvaltojen väestöstä vuonna 2012 2% oli laskimoperäinen säärihaava ja sen hoitokustannukset olivat 14.9 biljoonaan dollaria.
Brambilla, R, Aloisi, D, Weingard, I, Fioruzzi, M, Heisterkamp, T, Janthur, E, Kurz, P, Will, K, 2013.	Kompressiosidosten hyöty laskimoperäisen säärihaavan hoidossa.	Kliininen tutkimus: 63 potilasta Saksasta, Italiasta ja Itävallestä, joilla oli laskimoperäinen säärihaava.	Kliiniset tiedot osoittivat, että kompressiosidos yhdessä kostean haavahoidon kanssa nopeutti laskimoperäisten säärihaavojen paranemista. 50% haavoista parani 3kuukauden kuluessa ja 70% parani vuoden kuluessa.
Krooninen alaraajahaava	Käypä hoito suositus	Useita eri tutkimuksia ja näytönasteita, joista saadaan riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia.	Tavoitteena on parantaa ja yhdenmukaistaa kroonisen alaraajahaavan diagnostiikkaa, hoitoa ja hoidon porrastusta. Laskimohaavassa hoidon perusta ovat turvotuksen

			hallinta ja laskimotoinmenpiteet.
Vaalasti, A 2014	Katsauksessa käytiin läpi tutkimuksia kompressiohoidon tehosta kroonisen laskimoperäisen alaraajahaavan paranemisessa.	Terveysportin vuoden 2012 ulottuva Cochrane tutkimus. Näytönaste A.	Kaikissa cochrane tutkimuksissa kompressiosidos/tukisukka paransi laskimoperäisiä säärihaavoja ja ennaltaehkäisi uusien syntyä
Weller, C.D, Evans, S 2014.	Laskimoperäisten säärihaavojen vaikutus kansanterveyteen. Koulutuksen merkitys lihavuuden ja siitä johtuvan laskimoperäisten säärihaavojen lisääntyminen ja kompressiosidosten vaikutus laskimoperäisiin säärihaavoihin.	Kirjallisuuskatsaus	Katsauksessa tulee ilmi, että lisääntyvän lihavuuden odotetaan johtavan laskimoiden vajaatoiminnan lisääntymiseen ja siitä johtuen odotetaan myös laskimoperäisten säärihaavojen lisääntyvän. Tutkimuksen mukaan kompressiosidokset paransivat laskimoperäisiä säärihaavoja 12 viikossa 50% ja 24 viikossa 80%.

TAULUKKO 2: Tutkimuksen tekijät, tutkimusvuosi, tutkimus, aineistonkeruu, keskeiset tulokset

7.4 Tulokset

Käypähoito-sivustolla löytyi paljon hyödyllistä tietoa tutkimuskysymykseemme liittyen, kun haimme tietoa hakusanalla ”krooninen alaraajahaava”. Kuten muissakin lähteissä myös Käypähoito- sivusto suosittelee hoitamaan haavaa tehokkaasti heti sen ilmaannuttua, koska jos haava pääsee kroonistumaan, on sen paraneminen huomattavasti epävarmempaa. Tässä tutkimuksessa todettiin myös laskimohaavan voivan parantua muutamassa kuukaudessa, mikäli turvotushoito on säännöllistä.

Muita laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistäviä tekijöitä Käypähoito-sivuston suositusten mukaan ovat muun muassa optimaalinen paranemisympäristö ja että tavoitelämpötila on sama kuin muun kehon, koska haavan jäähtyminen aiheuttaa paranemisen hidastumisen tai pysähtymisen. Oikea haavan kosteus on toinen tärkeä laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistävä tekijä. Mikäli haava on liian kostea, se hautoo haavan reunat, jolloin myös haava yleensä suurenee. Jos taas haava on liian kuiva, haavan paranemien hidastuu tai pysähtyy.

Puhdaspohjaista haavaa ei tarvitse hoitaa päivittäin, koska joka kerta kun haava avataan, se myös jäähtyy ja jäähtyminen hidastaa paranemista. Myös oikeanlainen puhdistus edistää haavan paranemista, kuten suihkutus vesijohtovedellä, keittosuolaliuoksella tai haavan puhdistamiseen tarkoitettulla liuoksella tai puhdistuspyyhkeellä. Paranemista edistävänä tekijänä myös aseptiikka on tärkeä osa laskimoperäisen säärihaavan hoitoa. Aseptiikka ja toimintaympäristö tuovat omat haasteet haavanhoitoon kotona, sillä kotoa saattaa puuttua haavanhoitotuotteita, joita sairaaloissa käytetään. Terveysasemilla ja sairaaloissa on taas moninkertainen määrä erilaisia bakteereita verrattuna kotioloihin. Käypähoito-sivuilta löytyy myös hyvin muita paranemista edistäviä tekijöitä, jotka tästä työstä on suljettu pois. (Krooninen alaraaja-haava 2014).

Australialaisen kirjallisuuskatsauksen (Taulukko 2) mukaan kompressiosidokset paransivat laskimoperäisiä säärihaavoja 12 viikossa 50 % ja 24 viikossa 80 %- Katsauksessa odotetaan eri tutkimustulosten perusteella laskimoperäistä säärihaavaa sairastavien määrän kasvavan tulevaisuudessa väestön ikääntymisen ja lihavuuden lisääntymisen myötä.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan, vaikka laskimoperäisen säärihaavan parantumista edistävänä tekijänä on jo useissa tutkimuksissa todettu parhaaksi kompressiosidokset, on niiden käyttö edelleen erittäin vähäistä. (Weller & Evans 2014, 69.)

Kliinisessä tutkimuksessa (Taulukko 2) selvitettiin kompressiosidoksen tärkeyttä laskimoperäisen säärihaavan hoidossa. Tutkimukseen osallistui 63 kroonista laskimoperäistä säärihaavaa sairastavaa potilasta Saksasta, Italiasta ja Itävallasta.

Kliiniset tiedot osoittivat, että kompressiosidos yhdessä kostean hoidon kanssa (haavapohja ei saanut kuivua) nopeuttaa laskimoperäisten säärihaavojen paranemista verrattuna potilaisiin, joita ei hoidettu kompressiosidoksilla. 50 % haavoista parani kolmen kuukauden kuluessa ja 70 % haavoista parani vuoden kuluessa. Tutkimusmaissa nämä hoitomuodot eivät kuitenkaan ole käytössä kaikissa laskimoperäisissä säärihaavoissa. (Brambilla ym.2013, 19.)

Vuoteen 2012 ulottuva Cochrane- katsauksessa (Taulukko 2) oli käyty läpi useita tutkimuksia kompressiohoidon tehosta kroonisen laskimoperäisen säärihaavan paranemisessa. Tuloksena oli, että kompressiohoito nopeuttaa laskimoperäisen säärihaavan paranemista. Monikerrossidokset olivat tehokkaampia kuin yksi kerroksiset tukisidokset. Haavan uusiutumista tutkivassa tutkimuksessa todettiin korkean puristusluokan lääkinnällisen hoitosukan (25-35 mmHg, Suomalainen puristusluokka 2) vähentävän merkittävästi haavan uusiutumista kuuden kuukauden kuluessa. Tämän laajan tutkimuksen lopputulos oli: kun on jo olemassa laskimoperäinen säärihaava, paras haavan paranemista edistävä tekijä on kompressiosidos ja ennaltaehkäisevänä keinona tukisukat ovat parhaat.

(Vaalasti 2014).

Kaikissa tutkimuksissa (Taulukko 2) turvotuksen hoito kompressioilla tai mittojen mukaan tehdyillä hoitosukilla todettiin parhaimmaksi ja kustannustehokkaimmaksi keinoksi parantaa ja ennalta ehkäistä laskimoperäisten säärihaavojen syntyä ja uusiutumista. Tehokkaimmaksi hoidoksi todettiin kahden kompressiositeen hoito, eli aloitetaan sitominen kapeammalla sidoksella ja jatketaan leveämmällä. (Liite 2)

Hapetuksen parantaminen on tulossa tärkeäksi osaksi modernia haavahoitoa. Tämänlaisen täydentävän hoidon tavoitteena on parantaa ja nopeuttaa haavojen paranemista.

Tutkimuksessa (Taulukko 2) aloitettiin käyttämään puhdistettua hemoglobiinia potilailla, joilla oli krooninen laskimoperäinen säärihaava. Vertaisryhmä sai suolaliuosta ilman hemoglobiinia. Molemmissa ryhmissä oli 36 satunnaisesti valittua potilasta. Hoito kesti 13 viikkoa ja ensisijainen tavoite oli haavan koon pieneneminen tai haavan sulkeutuminen.

Tulokset: 13 viikon aikana hemoglobiinia saaneiden ryhmän nekroottinen peite väheni 48 %, fibriinikate 42 % ja granulaatio lisääntyi 75 % sekä epitelisaatiota tapahtui 78 % haavoista.

Verrokkiryhmän tulosten ollessa vain: nekroottinen peite väheni 17 %, fibriinikate 12 % ja granulaatio lisääntyi 18 % sekä epitelisaatio 7 % haavoista. Kipu väheni hemoglobiinia saaneiden keskuudessa huomattavasti ja verrokkiryhmän henkilöillä kipu pysyi samana tai lisääntyi hiukan. Kipua arvioitiin hyödyntämällä VAS-asteikkoa. VAS-asteikko oli ensimmäisenä tutkimuspäivänä hemoglobiinihoitoa saaneilla ihmisillä 5.8 ja tutkimuksen loppupuolella enää vain 0.1. Kun taas verrokkiryhmän henkilöiden VAS-asteikko oli ensimmäisenä päivänä 4.8 ja tutkimuksen lopussa 5.0.

Tutkimuksen loputtua 11 henkilöä halusi jatkaa puhdistetun hemoglobiini tuotteen käyttöä ja verrokkiryhmästä peräti 31 henkilöä halusi aloittaa tuotteen käytön.

Tulos oli merkittävä ja haavan paraneminen jatkui haavan koosta riippumatta.

8 Tulosten luotettavuus ja eettisyys

Käytimme koulun tarjoaman mahdollisuuden ja teimme hakuja alussa yhdessä koulumme informaattikon kanssa. Häneltä saimme henkilökohtaista opastusta hakusanoihin, tietoa tulosten luotettavuudesta ja minkä tasoisia tutkimuksia mukaan kannattaa ottaa, esimerkiksi opinnäytetöitä ei saa käyttää tutkimuksessa. Tutkimus on tehty koulun ohjeistusten mukaisesti ja olemme opiskelleet nämä taidot koulun tarjoamilla kursseilla. Teimme hakuprosessin aikana taulukkoa, joka tukee tulosten luotettavuutta. Tämän työn luotettavuutta heikentää hieman se ettemme etsineet alkuperäisiä tutkimuksia kaikista lähteistä vaan käytimme myös muutamia sekundaarisia tutkimuksia ja teimme myös hakuja sähköisistä tietokantahauista. Ammatikorkeakoulun opinnäytetyössä ei myöskään edellytetä maksullisten hakutulosten läpikäymistä. Tämän työn luotettavuutta kuvaa, että kaikki tutkimukset olivat viiden vuoden sisällä tehtyjä, joten ne ovat viimeisimpiä tehtyjä tutkimuksia. Tiedon luotettavuutta kävimme kaikkien

tuloksien kohdalla yhdessä läpi ja yhdessä päätimme, mitkä tutkimukset kelpuutamme mukaan tähän opinnäytetyöhön ja mitkä hylkäsimme. Pohdimme yhdessä työmme eettisyyttä emmekä siinä huomanneet ristiriitoja. Luotettavuutta hieman tosin heikentää se, että yhtään tutkimusta ei oltu tehty Suomessa koskien laskimoperäistä säärihaava kotihoidossa. Säärihaavasta yleisellä tasolla löytyi paljon tietoa diagnostiikasta, hoitomuodoista, mutta ei juurikaan kotihoidon näkökannasta. Tämä opinnäytetyö on pyritty tekemään tarkasti, rehellisesti ja luotettavasti noudattaen yleisesti hyväksytyjä metodeja. Lähdemerkinnät olemme tehneet koulun ohjeiden mukaisesti jokaisesta käyttämästämme lähteestä. Opinnäytetyötä tehdessämme emme loukanneet ketään eikä tietoomme saadut tiedot loukanneet kenenkään yksityisyyttä.

9 Pohdinta

Tämän työn tavoitteena oli tuoda Pihlajamäen kotihoidon henkilökunnalle viimeisintä tutkittua tietoa, laskimoperäisestä säärihaavasta ja sen paranemista edistävästä tekijöistä. Työstämme tuli sopivan laaja ja siinä käsitellään oleellisia asioita laskimoperäisen haavan kannalta, kuten ihoa, laskimoperäisen säärihaavansyntyä, ravitsemusta, diagnostiikkaa, hoitomuotoja ja riskitekijöitä. Työmme antaa lukijalle hyvän yleiskuvan laskimoperäisestä säärihaavasta ja se edesauttaa hoitajia jatkossa hoitamaan ja ennaltaehkäisemään haavoja paremmin, hoitajat myös pystyvät ymmärtämään paremmin kuinka laaja käsitys laskimoperäinen säärihaavanhoido voi olla. Rajasimme työstämme pois haavakivunhoidon, tupakoinnin ja ylipainon yhtenä tekijänä laskimoperäisen säärihaavan synnyssä. Kirjallisuuskatsauksessamme keräsimme tutkittua tietoa yhteen laskimoperäisestä säärihaavasta ja sen paranemiseen vaikuttavista tekijöistä ja ongelmista. Tarkoituksenamme oli kerätä tutkittua tietoa nimenomaan laskimoperäisestä säärihaavasta kotihoidon näkökulmasta, mutta valitettavasti yhtään tutkimusta ei löytynyt. Lukuisia lähteitä ja artikkeleita löytyi, niin ulkomaalaisista tietokannoista kuin kotimaisista, jotka käsittelivät haavoja yleisesti ja näistä tietokannoista saimme tarvittavan tutkitun tiedon työhömmme. Tietokantahakujen perusteella maailmalla tiedetään, että turvotuksen esto on keskeisin hoitomuoto säärihaavan paranemisen ja ehkäisemisen kannalta, mutta valitettavasti hoitomuotoa käytetään puutteellisesti.

Ulkomailla kuten Australiassa ja Amerikassa on tehty tutkimuksia siitä, kuinka paljon säärihaavan hoitaminen tulee maksamaan vuosittain yhteiskunnalle, mutta Suomessa vastaavanlaista tutkimusta ei ole tehty, vaikka tiedetään kuinka monta prosenttia väestöstämme kärsii laskimoperäisestä säärihaavasta. Pohdimme, miksi Suomessa ei ole tehty vastaavanlaista arviota kustannuksista ja voisiko tämä johtua siitä, että Suomessa potilas joutuu myös itse osallistumaan joissakin tilanteissa kustannuksiin, joten kunnon laskelmia on vaikea tehdä. Pohdimme myös, että tullaanko lähitulevaisuudessa kiinnittämään enemmän huomiota laskimoperäisen säärihaavan hoitoon kotihoidossa, koska väestömme ikääntyy kovaa vauhtia ja suurena

trendinä on, että vanhuksia koitetaan hoitaa kotona mahdollisimman pitkään. Myös elinajanodote ja ylipainoisuus ovat lisääntymässä, joka tuo myös mukanaan omat riskinsä, kun mietitään laskimoperäistä haavanhoitoa.

Kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten valossa hoidon kannalta tärkeimmäksi tekijäksi nousi turvotuksen hoito ennakoivasti ja sairauden aikana tukisidosten ja tukisukkien säännöllinen käyttö. Vaikka turvotuksen hoito on avainasemassa laskimoperäisen haavanhoidon kannalta, vaatii se hoitoon sitoutumista myös kotihoidon asiakkaalta ja hoitajilta. Asiakkaan tulee sitoutua hoitoon ja elämäntapamuutokseen, jonka laskimoperäinen haava tuo mukanaan ja hoitajilla tulee taas olla tietoa mahdollisimman paljon laskimoperäisestä haavasta, jotta he voivat antaa parhaan mahdollisen hoidon asiakkaalle. Kaikkien lukemiemme tutkimusten ja kirjallisen materiaalin läpikäytyämme olemme täysin vakuuttuneita siitä, että yksi tärkeimmistä laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistävästä tekijöistä on monikerros tukisidoshoito tai lääkinnällinen hoitotukisukka. Läkinnällinen hoitotukisukka myös ennaltaehkäisee uuden säärihaavan syntyä. Yllättävää oli, ettei lääkinnällisen hoitotukisukan merkityksestä ennaltaehkäisevästi, ole tehty yhtään suomalaista tutkimusta.

Tulosten valossa olisi hyvä, jos jatkotutkimuksena tehtäisiin tutkimus laskimoperäisen säärihaavan hoitokustannuksista. Opinnäytetyönä se tuskin olisi mahdollista, mutta valtakunnallisella tasolla kyllä. Mielestämme tutkimustulokset osoittivat kiistattomasti, että mitä aikaisemmin ja laadukkaammin hoidetaan laskimoperäinen turvotus, sitä kustannustehokkaampaa ja inhimillisempää se on. Laskimoperäisen säärihaavan synnyn ja uudelleen syntymisen ehkäisemisessä, on tutkimusten mukaan ehdottoman tärkeää lääkinnällisten hoitotukisukkien käyttö. Tämä kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuotti aiempaan tutkimustietoon perustuvaa tietoa laskimoperäisestä säärihaavasta, sen syntymekanismista ja hoidosta.

Tämän työn teorian pohjalta tulemme tekemään toisella kurssilla pienen haavahoito-oppaan Pihlajamäen kotihoidon työntekijöille, jota he voivat kantaa mukanaan, kun he menevät asiakkaan luokse. Haavanhoito-oppaan tarkoituksena on, että hoitajat löytävät oppaasta kaiken tarvittavan tiedon laskimoperäisen säärihaavasta ja sen hoidosta.

Vastaus tutkimuskysymykseen: mitkä ovat laskimoperäisen säärihaavan paranemista edistävät tekijät? löytyy tämän työn tuloksena: turvotuksenhoito ja ennaltaehkäisy, joko kompressiosidoksilla tai lääkinnällisillä hoitotukisukilla.

Lähteet

Arenbergova, Monika, Engels, Peter, Gkalpakiotis, Spyros, Dubski, Zora, Arenbergova, Petr, 2013, Effect of topical haemoglobin on venous leg ulcerhealing. Viitattu 5.5.2016
http://old.ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/Scientific_articles/Articles_Oct_2013/Effect_of_topical_haemoglobin_Arenbergerova.pdf

Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. 2014. Viitattu 5.4.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi05030#T3>

Aveyard, H. 2014. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide 3rd edition. Maidenhead: Open university press

Baquerizo, N, Katherine, L, Yim, E, Van Driessche, F, Lamel, S, Richmond, N, Braun, L, Kirsner, R 2015, Educational interventions in venous leg ulcer patients. Viitattu 5.6.2016
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wrr.12247/abstract>

Brambilla, R, Aloisi, D, Weingard, I, Fioruzzi, M, Heisterkamp, T, Janthur, E, Kurz, P, Will, K 2013, VERUM-A European Approach for Successful venous leg ulcer Healing: Implementation of a Comprehensive Therapy Concept (VERUM 13) in Daily Practise. Viitattu 5.6.2016
http://old.ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/Scientific_articles/Articles_Oct_2013/VERUM_Brambilla.pdf

Castrèn, H. Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Haavat ja verenvuodot. Viitattu 10.01.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007

Dunder, U 2004, Haavanhoito kotihoidossa, haavalehti 1/2014, Helsinki, Suomen haavahoitoyhdistys Viitattu 7.6.2016

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Ihmisen terveyden tähden. Viitattu 5.5.2016
http://www.epshp.fi/files/7539/haava_ja_ravitsemus.pdf

Hannuksela, M. 2012. Säärihaava. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00511

Hytönen, I 2016, haava ja ravitsemus, haavalehti 1/2016, Helsinki, Suomen haavahoito yhdistys

Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) 2012. Haavahoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma pro.

Jyväskylän Yliopisto, Määrällinen analyysi. Viitattu 1.9.2016

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Kallio, H. 2011. Ohjeita haavapotilaiden hoitoon. Viitattu 5.4.2016

<https://tarjaalaharjula.files.wordpress.com/2014/03/haavanhoito-opas1.pdf>

Kallioinen, M. & Stenbäck, F. 2012. Ihon rakenne. Duodecim oppikirjat. Viitattu 29.3.2016

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=pat00645&p_haku=ihon%20rakenne

Kotihoito -haavanhoito, 2013. EWMA Document, HomeCare, Wound Care; Overview, Challenges and Perspectives. Käännös alkuperäisestä: Hjerppe, V., Hjerppe, A. & Castrèn, H. Viitattu 5.6.2016

http://shhy.fi/site/assets/files/1042/woundcare_homecare_k_nn_s_final.pdf

Krooninen alaraajahaava. 2014. Viitattu 5.4.2016

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058>

Kuopion yliopistollinen sairaala. 2013. Viitattu 5.4.2016

http://www.kunnet.fi/2203_projekti/haavan_biologinen_paraneminen

Pääkkönen, S. 2016. Haavahoitajan haastattelu 13.5.2016. Helsingin kaupunki.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 29.5.2016

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Solunetti. 2006. Orvaskesi (epidermis). Viitattu 29.3.2016

[http://www.solunetti.fi/fi/histologia/orvaskesi_\(epidermis\)/](http://www.solunetti.fi/fi/histologia/orvaskesi_(epidermis)/)

Solunetti. 2006. Yleistä ihosta. Viitattu 29.3.2016

<http://www.solunetti.fi/fi/histologia/iho/>

Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.

Suomen haavahoitoyhdistys ry. Laskimoperäisen turvotuksen ennaltaehkäisy ja hoito- potilasohje Viitattu 10.6.2016

<http://shhy.fi/site/assets/files/1041/potilashoito-ohje.pdf>

Suomen haavahoitoyhdistys ry. Vähäelastisen tukisidoksen sitomisohje viitattu 10.6.2016

http://shhy.fi/site/assets/files/1041/vahaelastisen_tukisidoksen_sitomisohje_pdf.pdf

Suomen haavahoitoyhdistys ry. Avoimen haavan-väriluokituksen helpperi, VPKM 10.6.2016
http://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Tasanen-Määttä, K. & Peltonen, S. 2011. Epidermis eli orvaskesi. Duodecim oppiportti. Viitattu 29.3.2016
<http://www.oppiportti.fi.nelli.laurea.fi/op/iht00002/do>

Turun yliopisto, Miten teen kirjallisuuskatsauksen?, Viitattu 1.9.2016
<https://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx>

Tuuliranta, M 2012, pääkirjoitus, haavalehti 4/2012, Helsinki, Suomen haavahoitoyhdistys

Vaalasti, A. 2014. Terveysportti. Viitattu 20.5.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00145&p_haku=laskimoper%C3%A4inen%20s%C3%A4%C3%A4rihaava

Vikatmaa, P, 2012, laskimoperäisen säärihaavan diagnosointi, haavalehti 4/2012, Helsinki, Suomen haavahoitoyhdistys viitattu 5.6.2016

Weller, C.D, Evans, S 2014, Monitoring patterns and quality of care for people diagnosed with venous leg ulcers: the argument for a national venous leg ulcer registry. Viitattu 5.6.2016
http://www.awma.com.au/journal/2202_02.pdf

LIITE 1

Kuva 1

Staasiekseema



(Käypä hoito 2007)

Kuva 2

Laskimokohjut ja staasipigmentaatio



(Käypä hoito 2007)

Kuva 3

Laskimovajaatoiminnan aiheuttamia ihomuutoksia



(Käypä hoito 2007)

Kuva 4

Atrophie blanche



(Käypä hoito 2007)

LIITE 2

Kuva 5

Tarvitset tukisidosten sitomiseen seuraavia tarvikkeita; Kapeampi sidos 1 kpl noin 5-8 ja leveämpi sidos 1kpl noin 10-12 cm vähäelastinen side, putkisukkaa sekä vanua tai muuta pehmustetta ja teippiä.



Sitominen tulee aloittaa varpainen tyvestä. Kierro suunta ulkoreunalta sisäänpäin.



Aloitetaan kapeammalla sidoksella. Nilkka tulee olla 90 asteen kulmassa.



Kantapää pitää saada lukituksi, tässä voi hyödyntää erilaisia kierto tyynejä, tärkeää on varoa, että kiertoja ei tule kuitenkaan liikaa, koska se voi haitata jalan liikettä. Nilkan etuosaan ja sääriluun päälle voi tarvittaessa laittaa pehmusteita.





Sidokset tulee laittaa sääreen niin, että paine hellittää ylöspäin mentäessä kohti polvea.



Sidoksiin ei saa tulla niiden laitton aikana ryppyjä sekä sidokset tulee kulkea tasaisesti säärel-
lä.



Sidos kiinnitetään teipillä.



Toinen kerros laitetaan leveämmällä sidoksella.

Aloitetaan nilkasta ja viedään polven alle.

Paine alenee asteittain.



(Vähäelastisen tukisidoksen sitomisohe 2011)

LIITE 3

Kuva 6



Kuva 7



Kuva 7



Kuva 8



(Suomen haavanhoitoyhdistys ry 2011)

